

**TIPOS Y EFECTOS DE LAS DROGAS EMERGENTES UTILIZADAS POR LOS  
ADOLESCENTES Y JÓVENES EN PAISES DE HABLA HISPANA**

LIDA ESTELLA BUILES TEJADA  
MARIA EUGENIA LONDOÑO HERRERA  
RAMON HUMBERTO GIRALDO GIRALDO  
MARIA YANSURY GIL OSORIO

**FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS AMIGO  
ESPECIALIZACION EN ADICCIONES  
MEDELLIN**

**TIPOS Y EFECTOS DE LAS DROGAS EMERGENTES UTILIZADAS POR LOS  
ADOLESCENTES Y JÓVENES EN PAISES DE HABLA HISPANA**

LIDA ESTELLA BUILES TEJADA  
MARIA EUGENIA LONDOÑO HERRERA  
RAMON HUMBERTO GIRALDO GIRALDO  
MARIA YANSURY GIL OSORIO

Trabajo de grado para optar por el título de  
Especialista en Adicciones

**Asesor**

Gustavo Adolfo Calderón Vallejo

**FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS AMIGO  
ESPECIALIZACION EN ADICCIONES  
MEDELLIN  
2012**

## **AGRADECIMIENTO**

Nuestro más sincero agradecimiento al señor Gustavo Adolfo Calderón Vallejo quien nos asesoró con la sabiduría y paciencia que tiene un maestro.

A nuestras familias y amigos quienes con su comprensión contribuyeron para lograr este nuevo reto.

## TABLA DE CONTENIDO

	INTRODUCCIÓN	8
<b>1.</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	10
1.1	TITULO	10
1.2	DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA	10
1.3	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.4	OBJETIVOS	20
1.4.1	Objetivo General	20
1.4.2	Objetivos Específicos	20
1.5	JUSTIFICACIÓN	21
<b>2.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	24
2.1	CONCEPTOS	24
2.1.1	Drogas emergentes	24
2.1.2	Legal Highs	24
2.1.3	Research Chemicals (RCs)	25
2.1.4	Pharming Parties	25
2.1.5	Club Drugs – Drogas Recreativas	25
2.1.6	Designer Drugs – Drogas de Diseño	26
2.1.7	Tipos de Drogas Emergentes	26
2.1.8	Tipos de Drogas Emergentes en países de habla hispana.	27
2.1.8.1	Heroína	27
2.1.8.2	Opio	29
2.1.8.3	Morfina	32
2.1.8.4	Codeína o Metilmorfina	35
2.1.8.5	Dextrometorfano (dxm)	37
2.1.8.6	Meperidina o Petidina	39
2.1.8.7	Fentanilo	40
2.1.8.8	Metacualona (Mandrax)	41
2.1.8.9	Bazuco	44
2.1.8.10	Rohypnol	

2.1.8.11 Crack	48
2.1.8.12 Free base	51
2.1.8.13 Dick	53
2.1.8.14 Hongos	54
2.1.8.15 Yagé o Ayahuasca	56
2.1.8.16 LSD	59
2.1.8.17 Éxtasis	61
2.1.8.18 Anfetaminas	63
2.1.8.19 GHB Gamma-Hidroxitirato (GHB, GOH, Oxibato sódico).	65
2.1.8.20 Éxtasis Vegetal	66
2.1.8.21 Fenciclidina	68
2.1.8.22 Metanfetamina	69
2.1.8.23 Ketamina	71
2.1.8.24 Tucibi (2cb)	72
2.1.8.25 Popper	73
2.1.8.26 Ritalina	74
2.1.8.27 Biperideno	75
2.1.8.28 Tryptanol	76
2.1.8.29 Clonazepan (Rivotril)	78
2.1.8.30 Cannabis	79
2.1.8.31 Spice	80
2.1.8.32 El paco	81
2.1.8.33 Escopolamina	81
2.1.8.34 Corrector Liquido	82
2.1.8.35 Adhesivos o pegantes	82
2.1.8.36 Aerosoles de pintura, desodorantes o aromatizantes	82
2.1.8.37 El lady´s o lady d	83

<b>3.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	85
3.1	ENFOQUE	86
3.2	MUESTREO	86
3.3	ESTRATEGIAS Y TECNICAS UTILIZADAS	87
3.4	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	87
3.4.1	Instrumentos de recolección de información	87
3.4.2	Fuentes de Información	87
3.5	PLAN DE ANÁLISIS	88
3.6	VALIDACIÓN	88
<b>4.</b>	<b>CATEGORIAS</b>	89
4.1	DROGAS EMERGENTES	89
4.2	LAS DROGAS EMERGENTES CONSUMIDAS POR ADOLESCENTES Y JÓVENES EN PAISES DE HABLA HISPANA	
4.2.1	España	91
4.2.2	Argentina	100
4.2.3	México	105
4.2.4	Uruguay	109
4.2.5	Colombia	112
4.2.6	Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú	122
4.3	EFFECTOS DE LAS DROGAS EMERGENTES UTILIZADAS POR ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LOS PAISES DE HABLA HISPANA	
4.3.1	Ketamina	126
4.3.2	Piperazinas	129
4.3.3	Mefedrona	129
4.3.4	Metanfetamina	130
<b>5.</b>	<b>ANALISIS DE RESULTADOS</b>	132
5.1	EN CUANTO AL CONSUMO DE DROGAS EMERGENTES	133

5.2	EN CUANTO A LA EDAD DE CONSUMO	140
5.3	EN CUANTO A LA LEGITIMIDAD DE LAS DROGAS	142
5.4	EN CUANTO AL CONOCIMIENTO QUE LOS USUARIOS TIENEN DE LAS DROGAS EMERGENTES	142
5.5	EN CUANTO A LAS FACILIDADES PARA CONSEGUIR DROGAS	
5.6	EN CUANTO A ASPECTOS DE ORDEN CULTURAL	146
5.7	EN CUANTO A LOS EFECTOS PRODUCIDOS POR LAS DROGAS EMERGENTES	148
<b>6.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>149</b>
<b>7.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>153</b>
<b>8.</b>	<b>REFERENCIAS</b>	<b>154</b>

## INTRODUCCIÓN

Es indudable que el mundo de las drogas está en continua evolución, tanto por parte de los consumidores como de los productores y distribuidores, los primeros buscan nuevas drogas, en pos de nuevas sensaciones, experiencias diferentes y en cierta medida, con la convicción de que disminuyen los riesgos para su salud derivados de su consumo; los segundos introducen nuevos productos para satisfacer las demandas del mercado (reales o incitadas por ellos mismos), utilizando para ello conocimientos químicos y farmacológicos de evolución, pero también con nuevas fórmulas de comercialización que les permiten circundar, cuando no, eludir la ley.

Actualmente en nuestra sociedad, el consumo de drogas de abuso consideradas como “clásicas” es un hecho ampliamente conocido, sin embargo, a medida que las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado ponen límites y desmantelan redes de distribución y laboratorios clandestinos, las organizaciones criminales van orientando su actividad a la síntesis y venta de sustancias nuevas menos conocidas, aunque más accesibles y en la mayoría de los casos legales.

Los índices de adolescentes y jóvenes que cada día experimentan y se adentran en el uso y abuso de sustancias psicoactivas como las emergentes son cada día mayores y de gran preocupación, no solo por las consecuencias a nivel individual sino también porque se ven reflejadas y afectan a la familia, la sociedad y la cultura. Drogas Emergentes se denominan a un grupo diverso de sustancias de reciente aparición, utilizadas fundamentalmente por individuos jóvenes con fines lúdicos y cuya toxicidad, en la mayoría de los casos no está perfectamente establecida, en ocasiones suelen ser derivados sintéticos de otras sustancias naturales o sintéticas ya conocidas, de los que apenas existe investigación clínica y que no son detectables en los laboratorios de los hospitales.

El concepto Drogas emergentes constituyó la base teórica que abarcó directa o indirectamente el contenido del presente trabajo; no obstante que el tema específico que se abordó, hizo referencia a **Tipos y Efectos de las Drogas Emergentes utilizadas por los adolescentes y jóvenes en países de habla hispana**. Así pues, tal como su nombre lo indica, se trató de indagar en qué medida adolescentes y jóvenes se ven inmersos en la problemática de las Drogas Emergentes y los efectos que éstas tienen sobre la salud física y mental.

El siguiente documento de investigación estará propuesto a fin de profundizar en conocimientos acerca de las Drogas emergentes, tipos y efectos de acuerdo al uso y abuso de las mismas en los grupos poblacionales de adolescentes y jóvenes.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. TITULO**

Tipos y efectos de las drogas emergentes utilizadas por los adolescentes y jóvenes en países de habla hispana.

### **1.2. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA**

*“Estoy convencido de que la adicción y sus consecuencias son los problemas más graves que enfrenta nuestra sociedad en el presente. Las enfermedades cardiovasculares, las respiratorias como el enfisema, muchas formas de cáncer y el sida son solo algunos de los estados a los que se llega, de manera directa o indirecta, por el camino de la adicción.” (Chopra, 2006, p.9).*

Al hablar de adicción no se está haciendo referencia a un problema específico, el camino de la adicción tiene devastadoras consecuencias para la salud, las relaciones interpersonales, la cultura y la sociedad en general, como lo manifiesta Chopra (2006) es uno de los problemas más graves en la actualidad alrededor del mundo, traspasa las fronteras personales generando conflictos económicos, sociales, culturales e internacionales. Un problema de tan compleja envergadura que se ha extendido a tantas áreas y ha trascendido tantos planos sociales no es algo que se gesticule de un momento a otro, por el contrario tiene una historia densa y remota, se encuentran registros de consumo de drogas desde la antigüedad; en la china y la india 4.000 años antes de Cristo con el consumo de cañamo, 3.000 años antes de Cristo en Asia menor aparece el consumo del opio, en Egipto en el 2.000 años antes de Cristo se encuentran registros relacionados con el consumo del alcohol, en los siglos XX, VI y III antes de Cristo aparecen registros de consumo de hongos, peyote y coca en Guatemala, México y Suramérica respectivamente.

Una de las primeras definiciones que se encuentran al respecto está en el tratado de medicina de Grecia, el Corpus Hipocraticum, en el que se encuentra según Escohotado (1994) que: “las drogas son sustancias que actúan enfriando, calentando, secando, humedeciendo, contrayendo y relajando, o haciendo dormir”. Para esta época “la antigüedad remota” las drogas eran usadas para fines sagrados y terapéuticos, se utilizaba en el arte de la adivinación, sanación, también con fines recreativos, y eran un implemento fundamental de rituales y ceremonias, su uso tenía una reglamentación específica según cada cultura lo estipulaba.

En Roma se ha hablado de generación en generación de sus grandes e interminables bacanales realizadas en honor al dios Baco en donde se consumían grandes cantidades de vino. También en Roma se usaba el opio como remedio y como sustancia que ayudaba a los enfermos terminales a morir dignamente.

Estos aspectos mencionados anteriormente cambian de manera drástica con la llegada del cristianismo, el cual asume una posición moral frente a la situación que se presenta con el consumo de drogas, la utilización de éstas en la eutanasia y la automedicación. Muchas de las plantas que hasta ese momento se consideraban como medicinales pasan a ser diabólicas, lo mismo sucede con la figura del dios Baco. Las mujeres que utilizaban alucinógenos fueron sentenciadas en tiempos de la inquisición, sometidas a morir en la hoguera supuestamente por tener pactos con el demonio.

El descubrimiento de América permite conocer que en muchas culturas se utilizaban plantas con fines terapéuticos, los indígenas utilizaban el peyote, brugmansia, olohliuqui, tabaco, yopo, San Pedro, hongos, coca, mate, cacao y guaraná, el uso de estas plantas fue remplazado por la fe cristiana.

Hacia el siglo XIX el advenimiento de la química y la medicina dio paso a nuevos productos como la morfina, codeína, atropina, heroína, entre otros, muchas

personas empezaron a utilizar estas sustancias para experimentar sus efectos en la creatividad. En los años 60 el movimiento hippie tras un mensaje de amor y paz para el mundo promovieron el consumo deliberado de sustancias alucinógenas. La disponibilidad de las sustancias, el consumo creciente, los problemas políticos y sociales impulsaron a los países a promulgar leyes en contra de las drogas ilegales.

En la actualidad existe una gran disponibilidad de sustancias, entre ellas el tabaco y el alcohol las cuales gozan de ser reconocidas como legales lo que no implica que tras su consumo no se presenten dificultades de adicción, problemas familiares y sociales. Las drogas ilegales que más consumo presentan son: cannabis y cocaína, observándose también un aumento de consumidores de heroína y otro tipo de sustancias.

A través de los años se han descubierto nuevas drogas, algunas naturales, otras seminaturales, y actualmente la connotación de ilegalidad de las drogas entre otras razones, ha dado paso a la innovación y a la creación de una cantidad de sustancias llamadas “emergentes” las cuales son vendidas en diferentes formatos y creadas con una combinación de productos estimulantes que pretenden imitar el efecto de las sustancias ilegales. Estos productos no son aptos para el consumo humano pero debido a los efectos que producen estas sustancias y además debido a que no se encuentran incluidas en las listas de sustancias psicotrópicas o estupefacientes, están siendo acogidas entre los consumidores recreativos alrededor del mundo, su consumo es cada vez más frecuente y peligrosamente adictivo, otro componente preocupante es que algunas de ellas se consiguen a bajo precio lo cual pone en riesgo a la población escolar.

El siguiente cuadro describe las características del uso y el abuso de las diferentes sustancias y su respectivo año de descubrimiento:

**TABLA1: DESARROLLO HISTÓRICO DE LAS DROGAS**

<b>DROGA</b>	<b>AÑO DESCUBRIMIENTO</b>	<b>USO</b>	<b>ABUSO</b>
Alcohol Procede del árabe “al-khul” (colirio),	Apróximadamente 5.000 A.C	Para acompañar las comidas o fiestas sociales	Globalización patrones de consumo, ingesta en grandes cantidades, en bree espacio de tiempo y asociado al ocio
Opio, extraido de la cabeza verde de la adormidera  Derivados: Morfina	Año 879 a.c  Aislada del opio a principios del S. XIX	Analgésico y calmante  Adormece el dolor, produce júbilo, induce el sueño y reduce las aflicciones	Se inicia su consumo con fines recreativos, generando adicciones y guerra éntre las naciones para parar su consumo
Diacetilmorfina- Heróina	En 1.874 se crea el primer opíaceo semisintético	Sustancia antitusígena (combate la tos) sustituto del opio y la morfina en tratamientos de deshabitación	Empieza a popularizarse como droga recreativa en varios países, generando comportamientos heroínómanos y

			muertes
Cannabis, consumidos en tres presentaciones: Hachis, marihuana y aceite de hachís	Año 4.000 ac	Fuente de fibras textiles. Sus propiedades alucinógenas fueron descubiertas en el oriente	Su abuso siempre estuvo obsevado en grupso pequeños, hasta que la era del rock, los hippies y el reggae la hicieron de uso recreativo a todos los sectores y niveles sociales.
Hoja de coca (Erythroxilum coca)	Usada en la región Andina hace aprox 5.000 a.c	Estimulante, hoja sagrada en rituales religiosos, medicinal para dificultades gastrointestinales, contusiones y gripes	Se inicia en el momento que empieza a comercializarse con fines lucrativos entre los países, empieza a ser mezclada con otros productos químicos generando las mayores adicciones.
Tabaco	Cultura Maya 2.000 ac	Posibles virtudes terapéuticas	La Industrialización de su cultivo y la legalización de la misma hacen que sea una de las más consumidas en el mundo.

Cafeína	Encontrada en Etiopia hace miles de años	Estimulante	Es consumido en grandes cantidades a diario en todo el mundo, por sus efectos estimulantes.
Alucinógenos (beleño, belladona, etc)		Ligadas tradicionalmente con la brujería	
LSD	Descubierto en el año 1.938	Facilitar la psicoterapia, combatir el alcoholismo	Cuando se observó que sus efectos eran impredecibles se prohibió, pero es usado por las personas con el fin de encontrar otros estados de conciencia
Anfetáminas derivado químico de la efedrina	Sintetizado en 1.887	Utilizado por los soldados para evitar la fátiga y mantener la alerta	El desconocimiento de sus efectos y la poca legislación frente a la misma generó el abuso en las personas

*Nota:* Corrêa de Carvalho JT. Historia de las drogas y de la guerra de su difusión.

Las drogas emergentes son sustancias psicoactivas que surgen en un ámbito y en grupos definidos. En algunos casos, su uso puede estar motivado por el hecho de

que algunas de estas sustancias no son fácilmente detectables y se puede pasar relativamente desapercibido.

Estas drogas surgen, por lo general, por la curiosidad y la experimentación permanente de narcotraficantes de generar nuevas sustancias y ampliar la oferta de opciones para el consumidor y los efectos correspondientes. Algunas de estas habían perdido importancia y resurgen nuevamente en pequeños laboratorios con la ayuda de personas expertas y profesionales, dándole una connotación de "drogas de diseño", lo cual genera en los consumidores la curiosidad y por ende la obsesión por ensayarlas y "darles el visto bueno" y, posiblemente, su uso y abuso compulsivo.

En nuestro medio pueden considerarse drogas nuevas o reemergentes, las de **síntesis** (MDMA, DOM, EVA, Metanfetaminas, Ketamina, PCP, derivados del fentanilo y la metacualona, el GHB, 2CB), **inhalantes** (poppers y derivados de hidrocarburos – Dick-), las denominadas **drogas vegetales**, (Yagüe, éxtasis vegetal, hongos, el Khat, el Iboga, el cacao sabanero), las benzodiacepinas, los **derivados de la cocaína** (crack, free base) y **la heroína sus derivados** (opio, morfina, meperidina, codeína) , las cuales necesitan de un monitoreo constante , por las implicaciones y graves consecuencias a nivel biosicosocial, que tales consumos supone, dados por el desconocimiento que tienen los consumidores de estas sustancias y en muchas ocasiones, por la manipulación que hacen los expendedores – jibaros-, al "cortar" el producto con otros contaminantes o distribuir una sustancia que no es la esperada, como en el caso del éxtasis.

### 1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En cuanto a las drogas emergentes se dice que “son sustancias que aparecen en el mercado de las drogas en un momento determinado y son una novedad. Pueden ser conocidas previamente o ser nuevas drogas, pueden haber aparecido anteriormente o nunca antes, y generalmente no están incluidas en las listas de sustancias psicotrópicas o estupefacientes y por tanto no son ilegales” (Informe drogas emergentes), también han sido llamadas drogas de síntesis, de diseño o recreativas, se adoptó el término emergentes por considerar que englobaba los otros términos.

Estos productos se hacen con la mezcla de hierbas hasta preparaciones en laboratorio, imitan los efectos de otras sustancias psicoactivas como la marihuana, el éxtasis y la cocaína entre otros, pueden consumirse por diferentes vías, fumados, esnifados, ingeridos, etc. Son vendidos en las tiendas de manera legal y pueden encontrarse como ambientadores de hogar, incienso, sales de baño, muchos de ellos contienen etiquetas que anuncian que no son aptos para el consumo humano. Estas características hacen que las drogas emergentes estén teniendo acogida por los jóvenes y por la población escolar.

Un reciente informe del Observatorio Europeo para Drogas y Toxicomanías pone de manifiesto que durante el año 2008 aparecieron en el mercado 13 sustancias psicoactivas nuevas, 11 de ellas sintéticas y 2 productos vegetales. Estas sustancias son conocidas como drogas emergentes, smart drugs, legal highs, drogas de diseño o síntesis, unidas a la cultura *rave* o *after*, esto es, la moda de un consumo recreativo y/o lúdico inicialmente asociado a macrofiestas al aire libre, pero introducidas ya como parte del modo de diversión rutinario durante los fines de semana, sobre todo en los segmentos jóvenes de la población. Todas ellas tienen en común que existe un amplio desconocimiento de sus propiedades toxicológicas, no están reguladas en la mayoría de los países y se pueden obtener fácilmente a través de internet. (García, R. Y Soria, M., 2011, párr.1)

A nivel social puede decirse que la dinámica del “entretenimiento” y “la rumba” han cambiado, en las fiestas se ha vuelto normal el consumo de sustancias, la mezcla de licor, cigarrillos e inhaladores, los jóvenes buscan emociones fuertes por lo que el consumo de sustancias que tienen efectos inmediatos en el sistema nervioso central son cada vez más utilizados, muchas personas las consumen por la presión que ejerce el entorno social y otros han ingresado a la moda de esas rumbas donde se visitan varios lugares en una sola noche para buscar el ambiente más eufórico, la fundación nacional para la prevención de la drogadicción, en la juventud Colombiana en su documentación acerca de drogas sintéticas afirma que: “Las sensaciones se perciben con sólo inhalar una pequeña cantidad de una sustancia que ahora los jóvenes de los estratos más altos de la ciudad mezclan con licor y cigarrillo para ‘sollarse’ las rumbas del fin de semana. El nombre es lo de menos: Muchos le dicen ‘popper’, otros ‘rush’, ‘bolt’, ‘locker’, ‘room’, ‘leatler’ o ‘el sacol de los ricos’. El fin es el mismo: cinco minutos de euforia”. A esto se suma que el consumo de licor y cigarrillo está iniciando a temprana edad, de ahí que exista una mayor vulnerabilidad de iniciar también con el consumo de sustancias.

Acerca de las drogas emergentes Manuela una joven de 17 años comenta lo siguiente: “No da tufo, ni nos mete en problemas como sucede con otras sustancias”, “Siento que se me ensancha el pecho y como si se me abriera todo. Me quita el hambre y el cansancio. Lo mejor es que no deja malos olores ni los ojos o la nariz roja”, “a veces mis amigos llevan a las rumbas y cuando estamos en la calle hay un tipo que nos lo lleva al sitio a domicilio. Así que donde estemos tenemos el popper a la mano” (Diario El país. Julio 24 de 2012).

Este panorama obliga a la investigación exhaustiva de las drogas emergentes ya que el hecho de que no estén incluidas en el marco de las drogas ilegales no implica que no sean peligrosas y que no generen adicción. Muchos jóvenes, niños y niñas están acercándose peligrosamente a este fenómeno el cual trae consigo un panorama desalentador, en primera medida exponen su salud y se vuelven

vulnerables ante situaciones de riesgo, después de esto se suman todas las demás problemáticas, la adicción, problemas familiares, sociales, incapacidad de llevar a cabo un proyecto de vida saludable, la perpetuación de un ciclo de deterioro, etc. Se hace necesario entonces conocer en detalle este fenómeno de modo que a partir de una profunda contextualización del tema se pueda dar inicio a proyectos de prevención que apunten a generar en la población un mayor conocimiento y responsabilidad sobre sus decisiones, esta investigación documental pretende trabajar acerca del siguiente tema: ¿Cuáles drogas emergentes consumen los adolescentes y jóvenes en la actualidad en países de habla hispana y cuáles son sus efectos?

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

- Indagar acerca de los tipos de drogas emergentes y sus efectos utilizadas por los adolescentes y jóvenes en los países de habla hispana con el fin de establecer pautas para posibles proyectos de prevención que apunten a generar en la población un mayor conocimiento y responsabilidad sobre sus decisiones.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los tipos de drogas emergentes.
- Describir los tipos de drogas emergentes utilizadas por adolescentes y jóvenes en países de habla hispana).
- Definir los efectos de las drogas emergentes utilizadas por adolescentes y jóvenes en países de habla hispana.

## 1.5. JUSTIFICACIÓN

El interés por el tema de las drogas emergentes surge por una movilización personal con la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad de Medellín, en donde desde el quehacer laboral se evidencia un incremento gradual de adolescentes y jóvenes consumidores, además se ha detectado que la edad en la cual las personas están iniciando el consumo de sustancias es cada vez menor. Esta problemática es el resultado de la suma de muchos factores de riesgo entre los cuales se encuentran los conflictos familiares y sociales, falta de acompañamiento familiar, ausencia de un proyecto de vida adecuado, relaciones con pares que consumen drogas, facilidad para conseguir sustancias psicoactivas, entre otros, todo ello contribuye diariamente a debilitar las relaciones sociales y a destruir el tejido social, esto no solamente afecta al adicto sino también a su familia y su entorno.

En la actualidad se vive en una cultura de la droga, desde la mañana cuando se toma cafeína al desayuno, hasta las horas de la noche, en donde puede haber un momento de relajación al regresar a casa, con un aperitivo alcohólico, o un inductor del sueño con un somnífero prescrito por el médico, se están utilizando diferentes sustancias que afectan el Sistema Nervioso Central; muchos además se activan a medida que transcurre el día, aspirando nicotina. Aun cuando las drogas han estado presentes en todas las culturas y en todas las épocas, hoy son más las personas que consumen, hay más cantidad y más facilidades en su adquisición.

Cuando se pregunta por los mayores problemas de la sociedad actual se nombra dentro de los primeros lugares el consumo de sustancias psicoactivas que cada vez va en aumento.

El consumo de drogas, legales e ilegales, es un tema en torno al cual en nuestro País existe una gran preocupación social. El uso y abuso de las drogas representa

un problema grave, capaz de producir importantes alteraciones de la salud y conflictos sociales convirtiéndose en un asunto de salud pública.

El fenómeno del consumo de drogas se presenta con unas características que lo hacen muy preocupante: tipo de sustancias consumidas, la frecuencia de su uso, aumento del número de consumidores junto con un descenso en la edad de inicio en el consumo. Surgen preguntas acerca de como un adolescente de 14 años o menos puede tener acceso a drogas sobre las que no se dispone de mucha información especialmente en lo que referente a sus efectos. Es obvio que el “mercado” de las sustancias psicoactivas se diversifica y se introduce en los jóvenes a través de canales de fácil acceso para ellos, por lo tanto ahora más que nunca se torna necesario que los padres, madres, profesores, agentes educativos, e instituciones estén informados.

“Los efectos de las drogas emergentes son tan variados como su origen y composición. Una gran mayoría pueden considerarse psicoestimulantes y producen hiperactivación del sistema nervioso central con repercusión cardiovascular, que puede agravarse por el aumento de temperatura corporal secundario al ejercicio físico por el baile y a otros factores relacionados con las características de los locales de ocio; otras tienen efectos depresores sobre el sistema nervioso central, o una mezcla de ambos, y en un tercer grupo se encuentran las que provocan efectos alucinógenos” (Artículo: El consumo de drogas emergentes muestra gran prevalencia entre jóvenes).

Aunque el narcotráfico y la drogadicción han estado afectando las diferentes sociedades desde tiempos inmemoriales, ha sido, básicamente en los últimos años cuando en mayor proporción el género humano ha enfrentado los devastadores efectos de este mal social.

En la actualidad los adolescentes y jóvenes que viven en las ciudades capitales, se dedican con insistencia a innovar con drogas que alteran su mente y perjudican profundamente las funciones cerebrales y cognitivas, con el único propósito de

obtener placer a cualquier costo, esto se observa en las fiestas a las que acuden y participan los jóvenes, además de las diferentes mezclas que realizan exponiendo en ocasiones hasta su vida con una sobredosis.

Es evidente que el joven en la actualidad se halla en una búsqueda de nuevos objetos extrafamiliares para experimentar y luchar contra su propia dependencia infantil de las figuras parentales. En consecuencia, pasa a depender en mayor grado de su grupo social y se torna más influenciado en sus opiniones, costumbres y hábitos por la presión que ejercen los medios modernos de comunicación, que muchas veces presentan el consumo de drogas como privilegio exclusivo, placentero y excitante.

Con esta propuesta de investigación se pretende generar una comprensión y un abordaje integral acerca de esta problemática relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas llamadas drogas emergentes.

Estos nuevos estilos de consumo, especialmente en el caso de los adolescentes y jóvenes, no suponen en general posiciones contraculturales o comportamientos marginales, como sucedía anteriormente; nos encontramos con nuevas modas, nuevas formas de estar en sociedad, que afectan a grupos importantes de jóvenes aceptablemente integrados en su medio familiar y social.

Es entonces necesario trabajar la prevención como una estrategia importante para enfrentar el problema de las drogodependencias, dirigida a evitar tanto el uso y abuso de drogas como otros problemas sociales asociados, teniendo en cuenta los consumos emergentes de carácter recreativo: el alcohol y el tabaco.

Se espera que esta información sea un aporte valioso tanto a nivel personal como para todos aquellos que se encuentran interesados en salvaguardar la vida y trabajar por la calidad de esta.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Conceptos**

#### **2.1.1 Drogas Emergentes**

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España en su Plan Nacional sobre Drogas define las drogas emergentes como “sustancias que aparecen en el mercado de las drogas en un momento determinado y son una novedad. Pueden ser conocidas previamente o ser nuevas drogas, pueden haber aparecido anteriormente o nunca antes, y generalmente no están incluidas en las listas de sustancias psicotrópicas o estupefacientes y por tanto no son ilegales” (2011, p.17).

Cuando se habla de Emergente no siempre significa “nuevo”. En ocasiones puede llegar a ser un re-descubrimiento de lo ya conocido y no siempre es una síntesis buscada voluntariamente. También emergentes porque aparecen fuera del contexto permanente y cotidiano de su producción y consumo sin llegar a ser novedoso. Las Drogas Emergentes son sintetizadas clandestinamente y tienen variaciones en su estructura química a fin de producir efectos parecidos o más potentes que los de las sustancias psicoactivas clásicas y así evitar el control de normatividad al que éstas son sometidas.

#### **2.1.2 Legal Highs**

En el Plan Nacional sobre Drogas de España se encuentran definidos como aquellas que “Incluyen una o varias sustancias y pueden ir desde mezclas de hierbas a drogas preparadas en laboratorio, imitando los efectos de sustancias psicoactivas ilegales como la marihuana, el éxtasis, la catinona, el LSD, la cocaína pero no utilizan elementos psicoactivos o sustancias prohibidas por la ley; pueden consumirse por diferentes vías: fumados, esnifados, ingeridos entre otros” (2011,

p17). Los productos más relevantes de este grupo son los denominados *Spice Drugs* que contenían cannabinoides sintéticos, muchas de ellas se incluyen en el grupo de los *Research Chemicals*.

### **2.1.3 Research Chemicals (RCs)**

Según el Plan Nacional sobre Drogas (2011) “Los RCs, término que en castellano significa “sustancias químicas de investigación”, reciben también el nombre de “nuevas sustancias de síntesis”. Son sustancias psicoactivas sintéticas no fiscalizadas internacionalmente, que son vendidas por proveedores que operan principalmente a través de internet; no significa que sean drogas nuevas, unas lo son, otras fueron sintetizadas hace muchos años”.

### **2.1.4 Pharming Parties**

Según el Plan Nacional sobre Drogas (2011) “Término concebido por los medios de comunicación que hace referencia a reuniones, fiestas o encuentros donde los asistentes se intercambian fármacos de prescripción y los ingieren al azar con el fin de intoxicarse”.

### **2.1.5 Club Drugs – Drogas Recreativas**

Según el plan nacional sobre drogas (2011) “Término genérico utilizado para referirse a las drogas psicoactivas, generalmente ilegales, que son consumidas por los participantes en festivales organizados (*rave*), discotecas de música electrónica (*dance club*) y subcultura de las drogas recreativas. Las sustancias más comúnmente utilizadas son: Éxtasis (MDMA) y otros derivados anfetamínicos, *Rohypnol* o *Rohipnol* (punitrazepam), GHB, Ketamina, LSD y otros alucinógenos.”

### 2.1.6 Designer Drugs – Drogas de Diseño

En el Plan Nacional sobre Drogas exponen que el término drogas de diseño se utiliza para aquellas sustancias de abuso sintetizadas o fabricadas para producir los mismos o similares efectos de las drogas ilícitas. Son producidas en un laboratorio clandestino mediante la modificación química en algunos de los medicamentos existentes. Es menos frecuente que existan fármacos con una estructura química totalmente diferente a la de las drogas recreativas ilegales, pero aun así producen efectos similares a los de las mencionadas en última instancia. Es importante mencionar que algunas sustancias nuevas, conocidas, legales, ilegales pueden estar en una o más de los conceptos anteriores. (p19)

### 2.1.7 Tipos de Drogas Emergentes

“Las sustancias que pueden ser incluidas en el grupo de las denominadas **Drogas Emergentes** son numerosas y muy variadas y pueden además ser Legal Highs, Research Chemicals, Drogas Recreativas o Drogas de Diseño”. (Plan Nacional sobre Drogas, 2011, p19)

Según el Sistema Epidemiológico de Alerta Temprana al consumo de drogas en Medellín “en nuestro medio pueden considerarse drogas nuevas o reemergentes, las de síntesis (MDMA, DOM, EVA, Metanfetaminas, Ketamina, PCP, derivados del fentanilo y la metacualona, el GHB, 2CB), inhalantes (poppers y derivados de hidrocarburos – Dick-), las denominadas drogas vegetales, (Yagüe, éxtasis vegetal, hongos, el Khat, el Iboga, el cacao sabanero), las benzodiazepinas, los derivados de la cocaína (crack, free base) y la heroína sus derivados (opio, morfina, meperidina, codeína) , las cuales necesitan de un monitoreo constante , por las implicaciones y graves consecuencias a nivel biosicosocial, que tales consumos supone, dados por el desconocimiento que tienen los consumidores de estas sustancias y en muchas ocasiones, por la manipulación que hacen los

expendedores – jibaros-, al “cortar” el producto con otros contaminantes o distribuir una sustancia que no es la esperada, como en el caso del éxtasis.” (2012, párr., 2)

### **2.1.8 Tipos de Drogas Emergentes en países de habla hispana.**

Teniendo en cuenta la Investigación consumo de Drogas Emergentes en Medellín. Calderón Gustavo, Castaño Guillermo (2011) se encuentran las siguientes sustancias:

**2.1.8.1 Heroína:** El National Institute on Drug Abuse la define como “una droga opiácea hecha a partir de la morfina, una sustancia natural que se extrae de la bellota de la amapola, también conocida como “adormidera asiática” (párr.1). La heroína suele presentarse en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra y pegajosa conocida como “alquitrán negro” o "goma". En inglés sus nombres incluyen "smack", "H", "ska" y "junk". Se la puede inyectar, inhalar o fumar.

La heroína con base al grado de pureza y origen se clasifica en tres tipos:

- Heroína N°2: Llamada también heroína base o Tsao-ta, del sudeste asiático, y se obtiene con facilidad tras oportunos procesos químicos.
- Heroína N°3: O Brown Sugar, aparece mezclada con otras sustancias como cafeína, esticnina, azúcares entre otros. Su contenido en heroína oscila entre un 25% y 50%.

- Heroína N°4: popularmente se conoce como tailandesa y es la que tiene el porcentaje más elevado en principio activo, supera la mayoría de las veces el 90% de riqueza en origen.

En la guía sobre drogas para el Plan Nacional sobre Drogas en España realizado en el año 2007 se expresa acerca de la heroína lo siguiente: “es una droga sintetizada a partir de la morfina, derivada a su vez del opio que se obtiene de la planta *Papaver somniferum*. Se incluye en el grupo de los opiáceos. Fue sintetizada en 1874, tratando de buscar un fármaco con la potencia analgésica de la morfina, pero sin su capacidad adictiva, aunque pronto se comprobó que sus riesgos y efectos negativos eran superiores a los de la morfina y la mayoría de los países occidentales suspendió su uso médico. Se presenta originariamente como un polvo blanco, inodoro y fino que, dependiendo del proceso de producción, puede presentarse con otro color y textura.

La heroína puede ser adulterada con quinina, lactosa, bórax, azúcar, almidón, etc., incluso se ha utilizado estricnina y otros depresores del Sistema Nervioso Central como barbitúricos y sedantes. Las adulteraciones son las causantes de una parte de los problemas médicos derivados de su consumo, a lo que hay que añadir la “contaminación” con bacterias, virus, hongos o partículas tóxicas.

La heroína puede fumarse, inyectarse o inhalarse por la nariz. Las dos primeras vías de administración son las de acceso más rápido al cerebro y, por tanto, las que producen efectos de forma más rápida. Muchos usuarios jóvenes se inician aspirándola por la nariz o fumándola, pensando, erróneamente, que de esta manera no se llega a la adicción. Sin embargo, a medida que el organismo se acostumbra a la droga y los efectos que produce se hacen menos evidentes, recurren a la inyección para obtener resultados más intensos, como los que experimentaban cuando comenzaron a consumir”. (Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad, 2007, p. 49)

## **Efectos producidos por la heroína**

El Plan Nacional sobre Drogas plantea que la heroína activa un sistema de nuestro propio organismo denominado “sistema opioide”, que regula procesos físicos y psíquicos tan importantes como la sensación de placer, de satisfacción, el control del dolor y de las funciones respiratorias y cardiovasculares. Este sistema produce unas sustancias naturales llamadas “opioides endógenos” cuyos efectos son imitados en gran parte por la heroína.

Así, el consumo de heroína activa el sistema opioide de forma antinatural y produce cambios en el cerebro que obligan a la administración continuada de esta droga ya que, si se interrumpe, aparece sintomatología de abstinencia, es decir, el sistema nervioso central necesitará la aportación externa de esta sustancia para mantener la regulación de las funciones que realiza.

Poco tiempo después de consumirse llega al cerebro, donde se convierte en morfina y se adhiere a los receptores opioides, dando como resultado una oleada de sensaciones agradables, calma y euforia. La intensidad de estas sensaciones dependerá de la cantidad de heroína tomada y de la rapidez con que llega al cerebro. Inicialmente, se percibe acaloramiento de la piel, sequedad de boca y sensación de pesadez en las extremidades, en ocasiones seguidas de náuseas, vómitos y picor considerable. Posteriormente, se siente somnolencia durante varias horas, las funciones mentales se ofuscan, las funciones cardíaca y respiratoria se alteran, a veces hasta el punto de causar la muerte, según la dosis consumida. (Ministerio de sanidad y consumo. Secretaría general de sanidad, 2007, p. 50)

**2.1.8.2 OPIO:** Del latín Opium, es una sustancia amarga y de color fuerte que se utiliza como estupefaciente. El opio procede de las cabezas de adormideras verdes, se trata de su jugo desecado.

La adormidera (*papaver somniferum*) es una planta herbácea anual que se parece a la amapola común. Puede llegar a medir un metro y medio y exhibe flores blancas, fucsias o violetas. Para extraer el opio, se espera la caída de las flores y se realizan cortes superficiales en la cabeza de la planta, que exuda una sustancia blanca y viscosa. Dicha sustancia al secarse, se convierte en una resina pegajosa de color marrón que puede rasparse de la cabeza de la adormidera para obtener el opio en bruto.

Si el opio se deja secar por más tiempo, se transforma en una piedra más oscura ya que pierde agua y se concentran sus alcaloides: morfina, codeína, tebaína, narcotina y narceína entre otros.

El opio puede fumarse, ingerirse por vía oral o beberse a modo de infusión. El proceso de fumar opio implica diluir la sustancia en agua y calentarla a fuego lento, para luego filtrarla y calentarla de nuevo hasta que se evapore el agua. Cabe destacar que, por sus efectos dañinos sobre el organismo, la comercialización y posesión del opio está prohibida en la mayoría de los países.

Cuando las semillas están todavía inmaduras, una leve incisión en la cápsula produce un látex blanco que al contacto con el aire se torna marrón (y en algunos tipos de planta negro). Esas gotas son acumuladas y constituyen una masa maleable de opio crudo, que se convierte en opio cocido (lustroso y quebradizo) mediante procedimientos como fumarlo en ciertas pipas o cocer en agua esa materia, cuidando de hacerlo justamente el tiempo debido y sin sobrepasar los 80°. Esos procedimientos son importantes, pues el opio crudo es mal asimilado por el estómago, y peor aún por otras vías.

## **Efectos del Opio**

La ingesta del opio genera varios efectos en el organismo de las personas: primero se experimenta una somnolencia que continúa con prurito y hormigueo y puede continuar con alucinaciones, náuseas y vómitos.

Los opioides pueden producir euforia intensa en una persona y un sentido de bienestar. Los efectos secundarios incluyen sedación, depresión respiratoria, un muy fuerte síndrome de abstinencia, desarrollo de tolerancia y dependencia.

Baja la temperatura, se reducen las necesidades asimilativas y, consecuentemente, baja el ritmo de funcionamiento corporal, mientras el excedente energético se distribuye como una sensación de cálida homogeneidad. Las pupilas se contraen, y al ritmo en que el sistema nervioso va perdiendo tensión el acto de respirar se hace progresivamente leve.

La etapa de intoxicación grave incluye depresión y coma respiratorio, reversible o no dependiendo del momento en que se combata.

Uno de los efectos leves aunque engorrosos -especialmente en casos de administración regular- es el estreñimiento, cosa comprensible atendiendo la situación de pereza inducida en el aparato digestivo por la hibernación del organismo.

Por vía intravenosa, la sensación inmediata era un calor generalizado, que se concentraba sobre todo en el cuello, seguida por un largo período de ensoñación que va convirtiéndose muy poco a poco en sopor puro y simple, terminado por un largo sueño. (Escohotado. 2005).

Según el Sistema Epidemiológico de Alerta Temprana al consumo de drogas emergentes de la ciudad de Medellín, los opiáceos actúan en los receptores

opioides situados en el Sistema Nervioso Central y en la periferia. Sin embargo, el efecto predominante, es la modificación de la actividad de dicho sistema.

En cuanto a efectos psicológicos se presenta: Euforia, energía, placer, vigor sexual, pero en cuanto decae la acción de la droga, aparece la angustia, la depresión, el abatimiento y la desazón.

Al poco tiempo de uso, los adictos experimentan síntomas de abstinencia entre una y otra toma, que se caracterizan por presentar un cuadro pseudo-gripal en el curso de las primeras doce horas: estornudos, sudoración, lagrimeo, bostezos y dolores musculares. Luego de 36 horas de abstinencia los síntomas se intensifican aparece escalofríos, sofocos, insomnio, diarrea, incremento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea.

**2.1.8.3 Morfina:** La Morfina es el principal alcaloide del Opio, su contenido puede variar entre el 8 y el 18 % según la región donde se cultive la planta.

Se trata de un potente supresor del dolor, y produce efectos somníferos; es un polvo cristalino blanco muy suave al tacto siendo su olor ligeramente ácido teniendo sabor amargo.

Se extrae al disolver el opio crudo en agua, tratarlo con cal y luego filtrarlo. Se añade cloruro de amonio a la solución lo que tiene como resultado la precipitación de una base cruda de morfina. Se separa y se purifica aun más con otros productos químicos. La sustancia resultante es un analgésico, de tres a cinco veces más potentes en sus efectos que el opio mismo.

La morfina destinada a convertirse en heroína, en los laboratorios clandestinos, varía de color hasta llegar a un pardo o marrón claro, ya que su color es tanto más claro cuánto más refinado es el producto, se solía presentar en bloques rectangulares con la marca 999 u Ok.

El principal elemento activo del opio la Morfina, fue aislado al inicio del S. XIX, por un farmacéutico alemán llamado F. Serturmer.

Esta sustancia recibió su nombre en recuerdo al dios griego del sueño Morfeo. Otros nombres que ha ido adoptando a lo largo de su historia son: Morfo, Mor, Santa Enma o Casa Blanca.

Resultó ser uno de los estupefacientes más activos que existen y un producto con aplicación médica de gran utilidad.

Algunos eventos científicos y bélicos propiciaron que su uso se generalizara: por una parte el perfeccionamiento de la jeringuilla hipodérmica en 1853, y por otra la contienda franco- prusiana (1870-1871) y la Guerra Civil Norteamericana (1861-1865). Las altas dosis suministradas a los soldados con una finalidad analgésica dieron lugar a la aparición de los primeros morfinómanos.

Su popularidad alcanzó a todas las clases sociales de Europa y Norteamérica y entre las que se extendió su consumo.

El polvo de Morfina para uso farmacológico es blanco e inodoro y se emplea principalmente en la preparación de líquidos. Normalmente no se encuentran los líquidos como tales, podrían ser recetados en forma de jarabes para calmar la tos o en soluciones orales de hidrocloreuro de Morfina utilizadas para el tratamiento de dolores severos en enfermedades terminales.

También se puede presentar en comprimidos, productos farmacéuticos que contienen sulfato de morfina que se fabrican en la forma de efecto retardado, en varias concentraciones (10 mg., 30 mg., 60 mg. y 100 mg.), bajo el nombre de MST continus.

La sustancia que se presenta en forma de polvo, tabletas o líquido, se introduce en el organismo por vía oral o inyectada, se difunde en la sangre y alcanza con prontitud el tejido nervioso con el que tiene especial afinidad. Generalmente es inyectada en vena, aunque también puede inyectarse subcutáneamente.

### **Efectos de la Morfina**

Elimina el dolor, relaja al paciente, y le proporciona una sensación de bienestar, es por ello que se utiliza en casos graves, traumatismos o ciertas enfermedades terminales (algunos tipos de cáncer o síndrome de dolor intenso.)

Dentro de los efectos indeseados se encuentran:

- Adicción y una fuerte dependencia física.
- Desasosiego.
- Sudoración excesiva.
- Dilatación pupilar (midriasis).
- Dolores y contracciones musculares.
- Diarreas.
- Insomnio.
- Pérdida acusada de peso.
- Introversión, soledad, depresión.
- Fuerte sensación de calor, temblores.
- Náuseas y vómitos.
- Desnutrición.
- Infecciones en diversos órganos del cuerpo.
- Elevación de la presión arterial.
- Muerte.

**2.1.8.5 Codeína o Metilmorfina:** Según el Portal Solidario, la Codeína es uno de los elementos más comunes, por su eficacia en combatir la tos, ejerciendo también un ligero efecto analgésico. En grandes cantidades es utilizada por los consumidores cuando no tienen heroína o Morfina, aunque sus efectos son menos potentes.

Se trata al igual que la Morfina de un alcaloide que se encuentra de forma natural en el opio; como sustancia opiácea presenta una serie de rasgos comunes con estas como:

- Son derivados de la adormidera con una potente acción depresora y analgésica sobre el sistema nervioso central.
- Tienen la capacidad de generar con prontitud tolerancia y dependencia.
- Al suspender o disminuir su administración, se presenta un síndrome de abstinencia con características muy definidas.

La Codeína es un calmante similar a la Morfina, pero mucho menos potente y con pequeños efectos sedantes; es útil para aliviar dolores moderados y tiene mucho menor riesgo que la Morfina de provocar dependencia o efectos tóxicos. Si se instaura la adicción, mediante el uso prolongado de altas dosis, el síndrome de abstinencia resultante es menos severo.

El alcaloide fue descubierto en 1832, por el Dr. Robiquet, la Codeína debe su nombre al vocablo griego que significa “cabeza de la adormidera”.

A mediados del S. XIX, comenzó a diseminarse por todo el mundo médico el empleo de alcaloides puros, en vez de los preparados de opio en bruto.

Se encuentra en el mercado farmacéutico en forma de comprimidos, como jarabe para aliviar la tos o por vía inyectada; puede presentarse en forma de cristales inoloros e incoloros o como un polvo cristalino blanco.

Nombres comerciales:

Flutox: Jarabe

Sekisán: Jarabe

Bisoltus: Solución

Codeisán: Jarabe

Fludán Codeína: Solución

Histaverín: Jarabe

Toseína: Solución

Paracodina: Jarabe

Tosidrín: Gotas

Trophires: Jarabe y supositorios

Bisolvon Compositum: Jarabe antitusígeno

Codipront: Suspensión antitusígena

Diminex antitusígeno: Supositorios antitusígenos

### **Efectos de la Codeína**

Sus efectos son similares a los de la Morfina pero mucho menos intensos, clínicamente se utiliza para atenuar dolores moderados y como antitusígeno.

Los efectos secundarios más comunes son:

- Introversión, soledad, depresión.
- Fuerte sensación de calor.
- Temblores.
- Náuseas y vómitos.
- Desnutrición.
- Infección en diversos órganos del cuerpo.
- Estreñimiento.
- Vértigo.
- Somnolencia.

- Las dosis elevadas pueden producir inquietud y excitación.
- En los niños puede provocar convulsiones.

El abuso crónico del analgésico puede ocasionar fallas renales graves, úlcera péptica, hemorragias gastrointestinales, anemia y trastornos psiquiátricos.

Debido a que la Codeína está combinada a menudo con Paracetamol, el abuso conlleva un alto grado de riesgo, ya que el Paracetamol es muy tóxico para el hígado, incluso en dosis moderadas.

**2.1.8.5 Dextrometorfano (dxm):** Según el National Institute on Drug Abuse el Dextrometorfano es el principio activo de los medicamentos para la tos y el resfrío que se venden sin necesidad de prescripción médica. Cuando se toman en las dosis recomendadas, estos medicamentos son seguros y eficaces. El DXM se toma por vía oral. Para poder experimentar sus efectos de alteración mental, es necesario consumir cantidades excesivas del líquido o de las cápsulas de gel.

La disponibilidad y la accesibilidad de estos productos los convierten en un problema grave, especialmente para los jóvenes, que tienden a ser los abusadores principales. En cantidades muy grandes, el DXM puede causar efectos similares a los de la Ketamina y la PCP, ya que estas drogas afectan sitios similares en el cerebro.

Es un compuesto químico, de nombre científico Dextrometorfano Hidrobromido, usado para calmar o suprimir la tos.

Se solía encontrar en muchos remedios para la tos como Robitussin, Vicks 44 entre otros; algunos de los medicamentos que hoy lo contienen son Aseptobron jarabe, Benadryl, Amiorel, Cobezil por lo que se venden solo bajo prescripción médica. Los nuevos jarabes tienen como componente activo la gauifenesina o el paracetamol.

Es bastante particular en sus efectos ya que la curva de respuesta dosis/efecto no es lineal sino que ofrece cinco mesetas características. Las dos primeras son levemente eufóricas similares al MDA (no al MDMA) y las dos segundas similares a experiencias de Ketamina. La quinta meseta es bastante particular en sí misma.

El DXM es una droga de riesgo especialmente si se le abusa.

### **Efectos del Dextrometorfano (DXM)**

Dosis bajas:

- Alteración del humor.
- La disociación de la mente del cuerpo.
- Experiencias de ensueños creativas.

Dosis medias:

- Dilatación de pupilas.
- Alucinaciones visuales y auditivas.
- Función sexual disminuida (dificultad de lograr el orgasmo).

Dosis altas:

- Afecta el estómago produciendo vómitos y problemas gastrointestinales.
- Presencia de manchas o ronchas rojas en la piel, produciendo comezón en el cuerpo.
- Diarrea.
- Fiebre.
- Taquicardia.
- Pérdida de conciencia.
- Posiblemente la muerte si los cuadros de intoxicación son muy elevados.

**2.1.8.6 Meperidina o Petidina:** Según el Portal Solidario la Meperidina es un analgésico opiáceo, agonista puro que se emplea en medicina en lugar de la morfina, actúa sobre el sistema nervioso central (SNC) aliviando dolores de mediana o elevada intensidad; principalmente para reducir los dolores de parto, así como antes y después de las operaciones quirúrgicas presenta además una actividad anticolinérgica.

Aunque sus efectos son similares a los de la heroína, no son tan potentes ni tan prolongados.

Funciona como analgésico local o como sedante suave. No es un hipnótico fuerte y por lo tanto, es menos efectivo que la morfina cuando una persona tiene un dolor continuo que le impide dormir.

### **Efectos de la Meperidina o Petidina**

El efecto analgésico de la Meperidina o Petidina, se acompaña de una leve euforia.

La administración continua de esta sustancia puede llevar a una dependencia del tipo de la morfina y se han conocido adictos que requieren una dosis de hasta 4 gramos al día.

Los efectos no duran tanto como los de la morfina, y el síndrome de abstinencia se manifiesta más rápidamente.

Sus efectos secundarios son:

- Náuseas y vómitos.
- Palpitaciones.
- Vértigos.
- Dolores de cabeza.
- Debilidad.
- Estreñimiento.

Una sobredosis puede causar:

- Temblores
- Movimientos musculares involuntarios.
- Pupilas dilatadas.
- Convulsiones a veces seguidas de depresión respiratoria y coma.

Su toxicidad sigue un perfil semejante al resto de los opiáceos y produce una dependencia psíquica, física y tolerancia.

**2.1.8.7 Fentanilo:** Según el National Institute on Drug Abuse el Fentanilo, es un potente analgésico opiáceo sintético similar pero más potente que la morfina. Se utiliza típicamente para tratar a pacientes con dolor severo, o para controlar el dolor después de la cirugía. A veces también se utiliza para tratar a las personas con dolor crónico. Se trata de una droga de Clase II con receta. En su forma de prescripción, el fentanilo que se conoce como Actiq, Duragesic, y Sublimaze. En las calles de la droga se encuentra con el nombre de: Apache, muchacha de China, el blanco de China, la fiebre del baile, amigo, Goodfella, bote, el asesinato 8, TNT, así como Tango y Cash.

Esta sustancia ha sido efectiva en el tratamiento del dolor crónico de origen canceroso. Está indicado en el control del dolor oncológico crónico y en el dolor intratable que requiere analgesia con opiáceos.

Es un potente analgésico opioide con una potencia entre 50 – 100 veces superior en comparación con la morfina.

Comercialmente se presenta como Durogesic (Janssen Cilag) “100” 10 mg/5 parches, “50” 5 mg/5 parches, o “25” 2.5 mg/5 parches.

En pacientes sin tratamiento previo con opiáceos, deberá iniciarse el tratamiento con la dosis 25 mcg/h.

En pacientes con tratamiento previo con opiáceos, podrán usarse las otras dos dosis disponibles (50 y 100 mcg/h).

Los incrementos de dosis deben de realizarse cada tres días y utilizando los parches de 25 mcg/h. no debe superarse la dosis de 300 mcg/h, si se precisa una dosis superior puede emplearse métodos y alternativas adicionales.

### **Efectos del Fentanilo**

- El Fentanilo puede producir tanto dependencia física como psíquica.
- En dosis excesivas produce los efectos propios de los opiáceos como: euforia, somnolencia, fuerte sensación de calor, temblores, náuseas, vómito, desnutrición, estreñimiento, infección en diversos órganos del cuerpo.
- Depresión respiratoria y paro, rigidez muscular suficiente como para imposibilitar la ventilación a través de la mascarilla.
- Confusión, sedación, pérdida de consciencia, coma, la tolerancia y adicción.
- Efectos específicos del parche: erupción y eritema en la zona de aplicación del parche que desaparece al retirarlo.

**2.1.8.8 Metacualona (Mandrax):** Quinazolona compuesta, según el Portal Solidario es un hipnótico-sedativo que produce una acción hipnótica comparable a la de los barbitúricos, pero difiere de estos en que no bloquea las fases paradójicas del sueño, que se asocian a la ensoñación por lo que no hay efectos residuales ni psicodelia.

La Metacualona es notable por la gran potenciación de su acción hipnótica que puede ser inducida por el antihistamínico difenhidramina.

Posee propiedades anticonvulsivas, antiespasmódicas, antitusígenas (comparables a la Codeína), anestésicas locales y antihistamínicas débiles.

Ejerce una acción depresiva miocárdica que es la causante de la hipotensión arterial. La dosis sedante es de 100 mg cuatro veces al día, y la hipnótica de 200 – 400 mg cuatro veces al día, en dosis hipnóticas puede haber parestesias transitorias.

Es interesante señalar que si bien los drogadictos no consumen la sustancia aislada en cambio con la combinación difenhidramina-metacualona es muy popular; esta combinación puede causar muerte por intoxicación.

Se liga a la albúmina en un 70 - 90 % y más del 99% se metaboliza en el sistema microsomal hepático.

Puede producir severa depresión del Sistema Nervioso Central cuando se toma combinada con etanol, y otros depresivos del Sistema Nervioso Central. Aumenta los efectos inhibidores de la MAO y de los antidepresivos tricíclicos. Los abusadores de este fármaco emplean dosis de 75 mg a 2 g por día con un promedio de 275 mg.

La Metacualona fue sintetizada por primera vez en la India en 1955 por M.L. Gujral y muy pronto llegó al mercado japonés y europeo como un supuesto hipnótico no adictivo en formas de pastillas para dormir.

En 1960, fue puesta a la venta por la compañía Boots bajo los nombres de Melsed y Melsedín y por Mark como Renoval.

En 1965, la Metacualona combinada con antihistamina fue comercializada por los laboratorios Roussel en forma de sedante Mandrax.

Hacia 1965, era el sedante más recetado en Gran Bretaña; también comenzó a convertirse en una droga de abuso popular recibiendo los nombres callejeros de mandies y mandrake.

También fue un éxito comercial en Estados Unidos, donde la compañía William H. Rover le dio el nombre de Quaalude.

En 1972 era el sedante más vendido del mercado.

Como ha sido a menudo el patrón familiar de la historia vital de los sedantes, en un principio se creía que la Metacualona no era adictiva y que no tenía efectos secundarios importantes; por lo tanto sustituyó a gran escala a los barbitúricos, con la esperanza de que fuera una alternativa inocua a la ahora desacreditada panacea de estos. Como era de esperar salieron a la luz problemas relacionados con la Metacualona y fue retirada del mercado inglés a principio de la década de los años ochenta.

En su apogeo no se trataba de una droga controlada, pero en 1971 con una reputación bien establecida como droga de abuso (en cierto modo irónicamente se ganó el nombre argot de “Dr. Jekyll y Mr. Hyde” que describe a la perfección la transformación social por la que pasó la droga: de ser un miembro respetable del arsenal médico a una droga callejera antisocial) pasó a estar bajo la Legislación de Drogas de Abuso de Gran Bretaña.

Estados Unidos la clasificó en la lista II en 1973, o sea, como droga con una tasa de abuso, con problemas de dependencia, con limitadas, aunque legítimas aplicaciones médicas. Estos usos médicos aceptables fueron descartados en 1984 cuando pasó a la lista I de sustancias.

### **Efectos de la Metacualona**

Los síntomas de abuso de la Metacualona se pueden apreciar cuando se presentan varios de estos efectos:

- Estado de intoxicación parecido al alcohol.
- Confusión mental.
- Pérdida de coordinación motora.
- Problemas en la pronunciación.
- Pulso débil y rápido.
- Respiración rápida.
- Piel fría y húmeda.
- Inquietud.
- Excitación.

Con sobredosis grave puede haber delirio, signos piramidales (hipertonicidad, hiperreflexia y mioclonías y convulsiones tónico – clónicas. Casi todas las muertes se producen en personas que han ingerido alcohol.

La sobredosis mortal de Metacualona normalmente se produce por fallo pulmonar, del hígado, del riñón o del corazón.

**2.1.8.9 Basuco:** Según el Portal Solidario tras macerar en agua las hojas de coca, éstas se tratan con determinados productos (sobre todo solventes y ácido sulfúrico) obteniéndose de esta manera la "cocaína cruda", también llamada **pasta de coca**, "pitillo" en Bolivia, "baserolo" en Ecuador, "**basuca**" en Colombia y en España, etc.

No hay estadísticas fidedignas de la magnitud que ha alcanzado su utilización, pero mientras que en Europa y Norteamérica el problema es prácticamente inexistente, se puede afirmar que en algunos países de América Latina "nunca un tipo de droga alcanzó grados más alarmantes de consumo y porcentajes más altos en tan corto tiempo que la Basuca". Nadie suele limitarse a un único cigarrillo: la mayoría toma entre cinco y doscientos en una misma sesión (que se puede prolongar hasta dos días).

La Basuca se suele mezclar con otras sustancias, generalmente marihuana (compuesto denominado de forma coloquial "diablito" o "banano") y casi siempre se alterna con alcohol. Este patrón de poliadicción se relaciona por una parte con la urgencia de contrarrestar la angustia, el insomnio y las alteraciones físicas y, por otra, con la necesidad de moderar síntomas de tensión, irritabilidad e hiperactividad. (Programa La Casa, Universidad Los Andes, 1993).

### **Efectos del Basuco**

La absorción de la Basuca, al igual que la de la base libre y el crack, es muy rápida y los efectos se suelen presentar tras la primera inhalación de manera inmediata, éstos duran cuatro o cinco minutos y consisten en:

- Sensación de estimulación y bienestar efímero.
- Taquicardia, aumento de la presión arterial, sudoración.
- Anorexia o falta de apetito.
- Hipersexualidad.
- Manifestación de efectos adversos como ansiedad creciente, vómitos, diarreas, insomnio, ardor de ojos, cambios súbitos del humor.

Paradójicamente, la experiencia subjetiva que describen los usuarios de forma casi unánime no es placentera sino de angustia, la cual se ve disminuida al fumar de nuevo otro cigarrillo.

Tras un consumo considerable de pasta, el sujeto presenta un estado de mutismo con disminución de la atención y dificultades de tipo psicomotriz. Puede presentarse la conocida psicosis cocaínica, con síntomas semejantes a los producidos por el clorhidrato de cocaína.

El uso ocasional de Basuco suele tornarse con prontitud en consumo problemático: un alto porcentaje de adictos manifiestan que iniciaron un abuso

diario de cantidades altas de pasta entre la segunda y la cuarta experiencia con esta droga, es decir, que la tolerancia se instaura rápidamente y que la adicción se presenta entre tres y seis meses de uso, si no es con mayor celeridad.

La supresión de la sustancia acarrea un síndrome de abstinencia en el que prevalecen los síntomas psicológicos sobre los orgánicos y caracterizado por ansiedad, necesidad del producto, diarrea, palidez, crisis de llanto, sudoración y taquicardia.

Si se trata de un consumo crónico, el sujeto aparece con un enorme desgaste físico (problemas bucodentales, desnutrición, dermatitis, alteraciones hepáticas, encefalopatías, disminución del deseo y actividad sexual, etc.) además de importantes consecuencias en los ámbitos psicológico y social; algunas de ellas son:

- Reacciones paranoides (hipervigilancia, delirios de persecución, etc.).
- Tendencia a la depresión, indiferencia sexual, melancolía, inseguridad, baja autoestima y, con menos frecuencia, ideas de suicidio.

Fruto de lo anterior es el aumento de la criminalidad, el absentismo escolar y laboral, los problemas familiares entre otros. Salvo en casos muy extremos, la mayor parte de estos síntomas son reversibles si concurren una abstinencia total y un tratamiento adecuado.

**2.1.8.10 Rohypnol (flunitrazepam):** Es un fármaco cada vez más popular y de bajo costo. Como suele conseguirse en blisters presellados, muchos adolescentes consideran que esta droga es segura, se conoce también como píldora del olvido, rufis, rofis, píldora de la violación.

Es un sedante fuerte manufacturado y distribuido por Hoffman-La Roche. Es de la familia de la Benzodiazepina, que incluye drogas, como, Librium, Xanax y Valium.

El Rohypnol es 10 veces más fuerte que el Valium; aunque en muchos países el Rohypnol se usa como anestésico para antes de las cirugías o como medicina para el insomnio, en Estados Unidos la droga nunca se ha aprobado para uso médico porque se pueden usar otras medicinas más seguras.

El Rohypnol se fabrica en pequeñas tabletas blancas. Cada tableta tiene la palabra "Roche" escrita en un lado, y el número 1 ó 2 encerrado en un círculo indicando la dosis de 1 mg ó 2 mg. Este tipo de marcas se encuentran en otros productos farmacéuticos de Roche y han fomentado un patrón de abuso de cualquier droga fabricada por Roche (Valium, Klonopin, Rivotril). Por lo general, el Rohypnol se toma oralmente, aunque hay informes de que lo muelen y lo aspiran.

### **Efectos del Rohypnol**

Después de tomar Rohypnol, la persona se puede sentirse embriagada y luego con sueño, una sensación que puede durar hasta ocho horas, pueden sufrir dificultad para hablar, trastornos de criterio, y dificultad para caminar, puede causar profunda sedación, dificultades respiratorias, disminución de la presión sanguínea, mareos y malestar estomacal, pérdida temporal de la memoria que puede durar hasta 24 horas y amnesia que puede hacer olvidar eventos experimentados cuando estaba bajo sus efectos.

El Rohypnol ha recibido mucha atención porque se lo asocia con las violaciones durante las citas. Muchas adolescentes y mujeres han informado que fueron violadas después de que les colocaron Rohypnol en sus bebidas. La droga también provoca "amnesia anterógrada" Esto significa que es difícil recordar lo que ocurrió mientras se estaba bajo los efectos de la droga, como si se tratara de una laguna temporal.

En algunos casos, la droga tiene efectos contrarios y causa agresividad en quienes la usan.

Los consumidores pueden volverse adictos físicamente al Rohypnol y éste puede provocar síntomas extremos de abstinencia cuando dejan de consumirlo.

Se puede detectar en la sangre varias horas después de la ingestión, y un metabolito de flunitrazepam llamado 7-aminoflunitrazepam se puede detectar en la orina hasta 48 ó 72 horas después de haber tomado la droga.

**2.1.8.11 Crack:** Es el nombre vulgar de un derivado de la cocaína, resultado de hervir clorhidrato de cocaína en una solución de bicarbonato de sodio y evaporar el agua. El término crack es una onomatopeya que sugiere el ruido que hacen las piedras de esta droga al calentarse por la evaporación de la cocaína en base que contienen, al liberarse de la mezcla con el bicarbonato de sodio.

Se elabora en laboratorios clandestinos macerando las hojas de coca con queroseno; a la pasta resultante suele agregársele bicarbonato de sodio para aumentar el volumen y disminuir su costo, y hacer más manejable la sustancia.

Posee un alto grado de impurezas, pero lo que hace imposible su consumo por vía nasal o intravenosa, no es soluble en agua, ya que no es una sal de cocaína y por ello su forma de uso es pulmonar. A veces erróneamente se le confunde con el Bazuco o el Paco que es la costra que queda en la olla donde preparan la cocaína y está compuesto por los alcaloides de la planta sin refinar ni purificar.

Desde 1980, el Crack se fuma en pipa de vidrio, con ceniza de cigarro sobre una lata con orificios, en un gotero de cristal, en un cigarro como primo (nombre que se le da a un tabaco mezclado con cocaína), entre otras. Otro instrumento utilizado para consumir Crack es un tubo metálico similar a una antena de radio (en muchos casos lo es) a la que se le introduce una suerte de alambre y se utiliza para fumar Crack simulando una pipa. Este método es utilizado principalmente por adictos de muy pocos recursos y se conoce como "fumar en tubo".

Durante 1990, según el Instituto de Adicciones (Addictions Institute) aumentó enormemente el número de personas que consumen Crack en Norteamérica.

El uso del Crack se ha vinculado con la violencia, pero no se puede asegurar que esto sea un efecto derivado del propio consumo de la droga, tanto como de los grupos social y económicamente más pobres, con un alto índice de violencia y delincuencia en sí mismos, que no pueden permitirse usar la cocaína y esta es su forma barata de acceso a la misma.

Se hizo muy popular en la década de los 80. Otra razón para su popularidad es que no cuesta mucho, económicamente hablando, procesarlo ni adquirirlo.

### **Efectos del Crack**

Dado que el Crack se fuma, ingresa rápidamente al torrente sanguíneo, produciéndole al individuo una sensación de euforia, pánico, insomnio y la necesidad de repetir la toma.

Debido a la rapidez de los efectos, casi inmediatos, sus efectos secundarios son muy similares a los de la cocaína, solamente que el riesgo de padecer alguno de ellos es mucho más alto por las vía de consumo, propensa a producir accidentes cardio y cerebro vasculares.

El mayor problema con este derivado de la cocaína es que es altamente adictivo; aunque la adicción que provoca no es física, pero es psicológica y fuerte. Los usuarios de Crack describen sus efectos como más intensos, pero de menor duración, lo que implica que su dosificación sea más continua.

No hay estudios al respecto. Sólo se sabe que su mecanismo de acción es básicamente el mismo que el de la cocaína, aunque al ser fumado, el alcaloide llega más rápido al cerebro, en mayores cantidades y presentando un efecto

sinérgico con los otros químicos que se hayan usado para la elaboración de las rocas.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, fumar Crack produce:

Una considerable euforia o estimulación del Sistema Nervioso Central casi inmediatamente, a los pocos minutos la euforia es reemplazada por ansiedad, miedo, depresión o apatía considerables.

Estos efectos psicológicos desagradables (disforia) pueden combatirse fumando más con lo que la persona adquiere la necesidad de utilizar la droga continuamente durante muchas horas, para sentirse de nuevo relativamente bien aunque raramente volverá a presentar la embriaguez o euforia iniciales. Los usuarios describen este tipo de reacción como ansiedad, pero en realidad es un estado complejo de angustia asociado con una necesidad imperativa de fumar más.

Si el individuo sigue fumando, puede llegar a tener alucinaciones, percepciones ilusorias, ideas paranoides o un comportamiento francamente psicótico. Es indudable que cuando las personas empiezan a usar la droga pueden limitar su uso a una o dos veces por semana; sin embargo, en la mayoría de los casos esta frecuencia aumenta gradualmente hasta que la persona se ve obligada a fumar intensamente todos los días, llevada por una necesidad irreprimible.

Fumar Crack provoca insensibilidad, sequedad de boca, sensación de ardor en los ojos, sudoración, palpitaciones, dolor de cabeza, contracciones musculares, aumento en los reflejos y dilatación de las pupilas.

El uso crónico produce irritabilidad, insomnio, pérdida de peso, hipertensión, arritmia cardíaca, temblores, indiferencia sexual, accesos crónicos de tos, paranoia creciente, delirios de parasitosis, percepciones visuales miniaturizadas (micropsia) e infecciones pulmonares que pueden desencadenar en edema.

Se ha comprobado que el uso de Crack por mujeres embarazadas puede provocar deterioro fetal, retardo en el crecimiento intrauterino y parto prematuro. Los niños nacidos en estas condiciones, parecen estar destinados a sufrir conductas anormales.

Los "Bebés del Crack", como empieza a conocerseles, "tienen problemas para jugar y hablar con los otros niños... 'Operan sólo en un nivel instintivo'... Algunos tienen temores y periodos en que se desconectan del mundo nadie sabe todavía cómo deshacer el daño causado por las madres."

El Crack produce una tolerancia muy alta que se desarrolla con extrema facilidad. Aunque hay informaciones contradictorias, la mayoría de los investigadores afirman que el Crack no provoca adicción en el sentido físico, pero sí una grave dependencia psicológica cuyo síndrome abstinencial se manifiesta por insomnio, fatiga, apatía y depresión grave.

La sobredosis puede causar paro cardíaco o paro respiratorio ocasionado por la vasoconstricción, por lo que cualquier sospecha debe considerarse como urgencia médica. Mientras tanto conviene mantener despejadas las vías respiratorias y aplicar respiración artificial en caso necesario.

**2.1.8.13 Free – Base:** Según el Sistema Epidemiológico de Alerta Temprana al consumo de drogas emergentes de la ciudad de Medellín, es la configuración más pura y potente del alcaloide logrado hasta ahora. Hizo su aparición en Estados Unidos a principios de los años setenta.

Para la obtención de Free Base el consumidor disuelve el polvo de cocaína en agua, le agrega amoníaco o bicarbonato sódico y finalmente éter para agilizar su secado; luego pone la materia sólida en una pipa de vidrio y la calienta a 800 grados de temperatura con propano, llega al cerebro en 15 segundos desatando

una sensación de euforia desmedida seguida de irritabilidad e irrefrenables deseos de consumir otra dosis.

Al pasar con mayor rapidez a la sangre a través las vías pulmonares, los síntomas de euforia son muy rápidos que se disipa en menos de un cuarto de hora.

Se conoce también como Base, base libre, cocaína base libre, su nombre científico o químico es Cocaína Base.

Su presentación es un polvo blanco, tiene unas características físicas presenta bajo punto de ebullición (cuando se encuentra en solución). Es fumada en pipas de agua, la droga se calienta cuidadosamente en la pipa hasta que se vaporiza y se pueden inhalar los gases (proceso conocido como freebasing).

### **Efectos del Free Base**

En el Sistema Nervioso Central, se presenta un aumento de la biodisponibilidad de Dopamina por inhibición de la recaptación. Bloqueo en la recaptación de serotonina, aumento de la actividad simpática.

Dentro de los efectos psicológicos, los comportamientos típicos durante el efecto son hiperactividad, euforia, aumento de energía, estado de alerta, confianza y actividad sexual. El consumidor puede tener también comportamientos imprevisibles, sentirse invencible y mostrar una actitud tanto peleadora como agresiva.

En cuanto a los efectos orgánicos se da un aumento de la presión arterial, dilatación de la pupila, sudoración, temblor, disminución de apetito y sensación de fatiga, insomnio, bruxismo.

**2.1.8.14 Dick:** Según el Sistema Epidemiológico de Alerta Temprana al consumo de drogas emergentes de la ciudad de Medellín el Dick es cloruro de metileno. Es una sustancia orgánica de olor medianamente agradable, se usa como disolvente, fumigante, desengrasante, para curtir cueros, quitar manchas, se usa como refrigerante, componente de aerosoles, para el soplado de espumas, etc.

Tiene efecto narcótico, puede causar inconsciencia y hasta ocasionar la muerte. Si esta sustancia es aspirada entra muy fácil a los pulmones y puede dañar otros aparatos y sistemas internos; si se expone la piel, puede ocasionar quemaduras. En los ojos puede ocasionar dolor e irritación de la cornea. Es un producto carcinogénico para los humanos.

El nombre científico o químico Diclorometano, Cloruro de metilo, Dicloruro de Metilo (DCM, CH<sub>2</sub>Cl<sub>2</sub>). Su presentación es líquida, en botellas .

Tiene algunas características físicas Incoloro, de olor aromático, dulzón. Es un producto muy volátil, cuyo vapor es invisible.

Su vía de administración es inhalada “sniffing” directamente del frasco o la más común impregnando prendas de vestir (Mangas de camisa o sacos).

Usado como solvente industrial y para eliminar pinturas. Puede encontrarse en algunos aerosoles y plaguicidas. Se usa también en la manufactura de las cintas fotográficas. Sobre el Sistema Nervioso Central, genera depresión, que se puede manifestar con diplopía, ataxia, desorientación y alucinaciones visuales. Posteriormente puede conducir a una situación de coma, convulsiones y depresión respiratoria.

### **Efectos del Dick**

Psicológicos:

- Efectos narcóticos parecidos a la embriaguez, somnolencia.

- Alteración del juicio, impulsividad y agresividad, falta de concentración.

Orgánicos:

- Vértigo, dolor de cabeza, náuseas, irritación en los ojos, piel seca enrojecimiento y sensación de quemazón.
- Irritación pulmonar y broncoespasmo.
- A bajas dosis, pueden producir disminución de la contractilidad miocárdica y vasodilatación periférica, y a altas dosis, bradicardia y fallo cardíaco.

Debido a que el efecto dura entre 15 a 45 minutos, el adicto tiende a inhalar repetidamente la sustancia tóxica lo que aumenta enormemente el peligro de muerte.

El uso repetido o crónico del cloruro de etilo, así como de otros inhalantes, deja daño permanente en el organismo, entre los que se encuentran: temblores, descoordinación, problemas de equilibrio, memoria, inteligencia, estados de depresión o psicosis, infartos cerebrales, trastornos del lenguaje y la memoria, epilepsia, trastornos de la sensibilidad y movimiento involuntario de las extremidades.

**2.1.8.14 Hongos:** Según el Sistema Epidemiológico de Alerta Temprana al consumo de drogas emergentes de la ciudad de Medellín los Hongos, setas, hongo de vaca, los psilocybes (cubensis y mexicana) los más comunes.

Antes era buscado y consumido directamente por los interesados en campo abierto, ahora está siendo ofrecido por los “jibaros”, desecados en bolsitas plásticas con sello hermético. El porcentaje de ingredientes activos en el producto desecado es 10 veces mayor que en el producto fresco, debido a que el agua constituye el 90% del peso del producto fresco.

Tienen un color cremoso, amarillento o café, sabor muy amargo. Su administración es oral, masticados directamente o en infusión.

Los componentes alucinógenos de los psicocibes son la psilocina (4-hidroximetiltriptamina, 4-OH-DMT) y la psilocibina (fosforil-4-hidroxidimetiltriptamina, 4-PO-DMT), similares estructuralmente al neurotransmisor serotonina (5-HT).

### **Efectos de los Hongos**

Los efectos suelen aparecer a los 30 minutos de la ingesta y duran, aproximadamente, 4-6 horas. Metabolismo hepático, excreción por heces y renal.

El efecto en el Sistema Nervioso Central es alucinógeno, es semejante a un “viaje” con LSD-25 pero varía dependiendo de la dosis ingerida, el entorno donde se consume y la idiosincrasia del consumidor.

A nivel psicológico se presenta relajación placentera y bienestar, alteración del tiempo y el espacio, pero en ocasiones, se producen ansiedad, reacciones de pánico, sensación de despersonalización y psicosis paranoides de evolución subaguda y tórpida.

Alucinaciones visuales y auditivas, hilaridad fácil, risa ruidosa y sostenida, facilitan la expresión de los sentimientos y puede producir estimulación sexual.

Dentro de los efectos en el organismo se presenta: taquicardia, aumento de la tensión arterial, alteración de la percepción visual, midriasis (dilatación pupilar), temblor, náuseas, dolor abdominal, diarrea y dolores musculares, incremento de la temperatura corporal y de la sudoración, enrojecimiento de la piel y descoordinación muscular.

Pueden producir malos viajes con efectos desagradables y alucinaciones terroríficas y Flash-back: sensaciones psicodélicas que se repiten espontáneamente durante años sin haber consumido.

### **2.1.8.16 Yagé o Ayahuasca**

Según Vélez y Pérez (2004) el Yagé o Ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*) es un bejuco selvático que se da en el piedemonte amazónico de Colombia, Perú y Ecuador. Considerado como una planta sagrada, constituye la clave del conocimiento empírico de todo el saber médico tradicional de la Amazonía. Generalmente suele darse el mismo nombre al bejuco y a la bebida; sin embargo, esto puede prestarse para confusiones debido a que muchas personas creen que el yagé es el líquido resultante de la cocción de la planta, y no saben que los efectos alucinógenos no proceden de ella sino de otras especies vegetales ricas en triptaminas que se añaden al bebedizo; es decir el yagé, al tiempo que es uno de los principales componentes de la poción, es también la decocción purgativa producto de la mezcla de varias plantas psicotrópicas. (p.2)

#### **Efectos del Yagé**

Es importante tener en cuenta las diferencias individuales, debido a que con el mismo preparado, la misma dosis y en la misma sesión, los efectos pueden variar sustancialmente entre los diversos participantes, pasando así desde una ausencia total de efectos hasta una auténtica “chuma” (o borrachera) con elaboradas ‘pintas’ (experiencias alucinatorias). Así como los efectos varían entre sujetos, también pueden variar en una misma persona de una experiencia a otra, aun con la misma dosis y preparación de otras tomas anteriores; es decir, el sujeto puede manifestar una asombrosa variación en la respuesta a la ingestión de yagé en diferentes sesiones. (Shultes, 1982, citado en Vélez Cárdenas, Pérez Gómez, 2004).

Según Vélez y Pérez (2004) en general, es posible identificar tres grandes etapas durante la toma de yagé. La primera de ellas es la purga, en donde a través del vomito y la diarrea se busca producir una limpieza y desintoxicación del cuerpo y del alma (desintoxicación emocional, según la cultura tradicional indígena) que prepara al individuo para “la tinta”, fenómeno alucinatorio que puede empezar con

figuras sencillas y geométricas (fosfenos) y terminar con elaboradas imágenes que se entretengan entre sí logrando una cierta continuidad. La última etapa identificable, sería el estado de bienestar que alcanza el individuo durante los días posteriores a la toma.

Los efectos pueden ser displacenteros o no; en general la etapa de la purga suele ser poco placentera por obvias razones. Mientras tanto la pinta puede estar acompañada de imágenes totalmente agradables, que transmitan paz y tranquilidad o, por el contrario, se pueden presentar imágenes terroríficas que intranquilen al sujeto y lo pongan en un estado de desesperación y ansiedad. (p.3)

Algunas pre-condiciones pueden alterar o afectar los efectos producidos por la toma de yagé. Entre ellas se encuentran la situación emocional y afectiva en la que se halla la persona, la cual puede llegar a potenciar o neutralizar los efectos del yagé, sea en forma consciente o inconsciente. También la voluntad del participante, la confianza, su entrega a la experiencia, la proximidad de un trauma psicológico, y su compromiso con el curandero y con el grupo, pueden afectar los resultados. Por otro lado, las condiciones ambientales en que se realice la sesión, el control de la luz, los sonidos, los olores y la postura del sujeto, son elementos que pueden modificar profundamente el efecto del yagé. (Palma, 1996, citado en Vélez Cárdenas, Pérez Gómez, 2004).

### **Efectos Fisiológicos**

El principal efecto físico identificable es la “purga”, fenómeno que se manifiesta aproximadamente 30 minutos después de consumir la bebida y que se caracteriza por una “limpieza del cuerpo” que se ve reflejada en náuseas, vómito y defecación de tipo violento (Shultes, 1982, citado en Vélez Cárdenas, Pérez Gómez, 2004).

## **Efectos Alucinógenos**

El Yagé, por su naturaleza alucinógena, puede producir alteraciones en la percepción del tiempo, el espacio, de sí mismo o los demás, así como también generar alucinaciones principalmente en el campo visual, aunque también se puede involucrar cualquier modalidad perceptual, ya sea a nivel auditivo, táctil y algunas veces también a nivel del gusto y el olfato. Entre las alucinaciones que experimentan los consumidores de yagé se resaltan figuras geométricas, caleidoscópicas, imágenes selváticas, místicas o religiosas, siempre de colores muy fuertes y brillantes. Todo esto ha llevado a pensar que existe algún tipo de universalidad de las alucinaciones con independencia del contexto social o cultural del que provenga la persona que se somete a la experiencia (Reichel-Dolmatoff, 1997, citado en Vélez Cárdenas, Pérez Gómez, 2004).

## **Efectos psicológicos**

Con frecuencia los sujetos hablan de sensaciones místicas y telepáticas, se advierten cambios en la percepción del yo y en la experiencia de cercanía con otros y de unidad con el universo. De la misma manera, se percibe un incremento en la capacidad de interacción con uno mismo. En general los efectos cuentan con una marcada carga espiritual así como con un fuerte componente que involucra la introspección y la reflexión (Uribe, 1999, citado en Vélez Cárdenas, Pérez Gómez, 2004)

Según Vélez y Pérez (2004) los estados psicológicos que el consumo de yagé generan en los individuos se pueden clasificar en cuatro grupos diferentes: En primer lugar estarían aquellos efectos que facilitan la introspección y la reflexión. En segundo lugar, se encuentran los efectos relacionados con la exaltación de facultades extrasensoriales, las cuales se relacionan generalmente con sensaciones de muerte y desdoblamiento o separación del cuerpo y el alma.

Estos resultados se manifiestan especialmente en las comunidades indígenas, en donde el consumo de yagé es usado muchas veces con propósitos adivinatorios. En tercer lugar, se encuentran los efectos relacionados con la espiritualidad y el misticismo, los cuales se relacionan fuertemente con la visualización de imágenes religiosas tales como santos y ángeles, así como también con la sensación de contacto o presencia de espíritus (p.3). Por último, y como efectos a mediano plazo, es posible afirmar que a diferencia de la mayoría de las sustancias alucinógenas, el yagé se asocia con un bienestar general durante los días o semanas posteriores al consumo del mismo (Pérez et al, 2000, citado en Vélez Cárdenas, Pérez Gómez, 2004)

#### **2.1.8.16 La LSD (Dietilamida del Ácido Lisérgico)**

Según Rossi (2008) Las drogas alucinógenas fueron bautizadas por el doctor Humphrey Osmond como “psicodélicas” porque inducen a la psique a experimentar sensaciones estáticas y místicas y episodios alucinatorios. El nombre científico de la droga es Dietilamida del Ácido Lisérgico (LSD), que es un compuesto científico obtenido en el laboratorio en 1953 por el médico suizo Albert Hoffmann, a partir de la mescalina y la psilocybina, elementos ambos que se encuentran en la naturaleza. La mescalina se extrae del peyote, un cactus oriundo de México y América central. La psilocybina es el ingrediente activo de un hongo mexicano. Ambas sustancias producen efectos similares al LSD, pero su potencia es mucho menor.

En la jerga de los adictos al LSD se le dice “ácido”, “viajes” y “hongos”, entre otros nombres, y se presenta en forma de tabletas cilíndricas o cuadrados gelatinosos. Las sustancias alteradoras de la mente pueden provocar efectos negativos que se contraponen a las expectativas que despiertan. Los efectos buscados son el aumento de la sensibilidad hacia los sonidos y los colores, la exaltación del humor,

la disociación, la embriaguez y la relajación, pero esto se da solamente en un 50% de las experimentaciones.

### **Efectos físicos**

- Taquicardia
- Hormigueo y entumecimiento en las extremidades.
- Aumento de la temperatura corporal.
- Dilatación de las pupilas.
- Debilidad y pérdida de peso.
- Escalofríos.
- Vértigo.
- Vómitos.

### **Efectos psicológicos**

- Afecta la creatividad.
- Produce mente flotante y sinestesias.
- Perturba las emociones y genera cambios de humor.
- Provoca depresión y confusión mental.
- Activa la ansiedad y lleva a la desesperación.
- Crea delirios persecutorios.

El LSD tiene además un valor residual que hace experimentar los mismos efectos, aún pasadas varias semanas o incluso meses de haberlo consumido. En cuanto a las secuelas que deja esta droga, los resultados de algunos estudios preliminares hacen sospechar alteraciones cromosómicas y reacciones de tipo psicótico en personas con historial psicopatológico.

La mayoría de los usuarios de LSD disminuyen o abandonan voluntariamente su uso con el transcurso del tiempo. La LSD no se considera una droga adictiva, ya que no causa un comportamiento compulsivo tendiente a la búsqueda de la droga, como sucede con la cocaína, las anfetaminas, la heroína, el alcohol y la nicotina, sin embargo, al igual que muchas de las drogas adictivas, la LSD produce tolerancia, de manera que algunas personas que usan la droga repetidamente deben tomar dosis cada vez más fuertes para lograr el mismo estado de intoxicación que lograban anteriormente. Dada la naturaleza impredecible de la droga, esta práctica es sumamente peligrosa. (p. 53)

#### **2.1.8.17 Éxtasis**

Según The Addiction Technology Transfer Center Network el éxtasis es una droga ilegal que tiene efectos similares a los alucinógenos y estimulantes. El nombre científico de esta droga es "MDMA" o metylenedioxymetanfetamina. El éxtasis se usa mayormente en las fiestas "raves" y clubes, por eso se le conoce como un "club drug".

El MDMA es sintético, o sea que no proviene de una planta como la marihuana, es un químico producido en laboratorios. Frecuentemente, al MDMA se le añaden otros químicos o sustancias tales como: cafeína, dextrometorfán (jarabe para la tos), anfetaminas y hasta cocaína. Los productores de Éxtasis pueden añadirle lo que quieran, por lo que la pureza de la droga siempre es cuestionable. Algunas de las formas como se le conoce en la calle son: E, XTC, Adán, Tacha, Rola, droga del amor.

En general, los estudios apoyados por NIDA (National Institute on Drug Abuse) demuestran que el uso de cualquier "club drug" puede causar serios problemas a la salud y en raros casos, hasta la muerte.

Muchos de los usuarios de drogas las combinan con otras drogas, incluyendo el alcohol, lo cual puede hacerlas aún más peligrosas. Para la mayoría de los usuarios, un pase de Éxtasis dura de 3 a 6 horas, una vez se traga la pastilla, sólo toma cerca de 15 minutos para que la droga entre al flujo sanguíneo y llegue al cerebro, unos 45 minutos más tarde, el usuario de MDMA experimenta el clímax o punto más alto de la droga, luego las sensaciones comienzan a disminuir, a menos que el usuario haga "bumping" y se tome más de una pastilla a la vez. Pero aún si el usuario se tomara una sola pastilla, los efectos del MDMA pueden durar hasta una semana (y aún más en usuarios regulares de MDMA). Estos efectos incluyen sentimientos de tristeza, ansiedad, depresión y dificultades con la memoria.

### **Efectos Iniciales**

Los usuarios se pueden sentir muy alerta al principio, pueden mantenerse bailando durante horas en una fiesta. El usuario también experimenta distorsiones en el tiempo y otros cambios de percepción, tal como sensibilidad al tacto. Otros, sin embargo, se vuelven ansiosos y agitados, pueden experimentar sudor o escalofríos y el usuario se puede sentir mareado o como si se fuera a desmayar. Además los usuarios pueden deshidratarse al estar muy activos. El MDMA puede interferir con la habilidad normal del cuerpo para moderar la temperatura, lo cual puede causar que el cuerpo se caliente demasiado (hipertermia), esto, a su vez, puede llevar a problemas serios del corazón, riñones, hígado y raramente, muerte. En dosis muy altas o en pequeñas dosis tomadas en corto tiempo, el Éxtasis puede ser extremadamente peligroso. Los niveles de la droga en la sangre pueden aumentar demasiado causando hipertermia u otras consecuencias negativas a la salud.

## **Otros efectos físicos**

El éxtasis puede causar tensión muscular, apretar los dientes, náusea, visión borrosa, desmayos y escalofríos o sudor, aumentar los latidos del corazón y la presión sanguínea. Estudios de las imágenes del cerebro humano demuestran que el MDMA puede afectar las neuronas que usan serotonina para comunicarse con otras neuronas. La serotonina juega un rol directo en regular los estados de ánimo, agresión, actividad sexual, sueño y sensibilidad al dolor.

## **Efectos psicológicos**

El Éxtasis puede causar confusión, depresión, problemas para dormir, miedo y preocupación intensa. Algunos de estos efectos pueden durar varios días o semanas (en el caso de usuarios regulares).

### **2.1.8.18 Anfetaminas**

Las anfetaminas incluyen D-anfetamina, L-anfetamina, efedrina, metanfetamina, metilfenidato y pemolina. Otro miembro de este grupo es la (-) catinona, el ingrediente activo en hojas recién cortadas de la planta conocida como té de Arabia o khat (*Catha edulis*), cuya acción es muy similar a la de la anfetamina (Jaffe, 1990, citado por OMS, 2005)

Las anfetaminas se usan no solamente por la “onda” subjetiva que producen, sino para extender los periodos de vigilia, tal y como son usadas por choferes de vehículos de carga y estudiantes en temporada de exámenes. Además se utilizan como inhibidores del apetito, aunque en este caso su efecto es breve.

Médicamente, las anfetaminas se emplean actualmente sólo para el tratamiento de la narcolepsia y para el tratamiento de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños. Se piensa que esta condición se debe en parte a un bajo nivel de norepinefrina cortical, lo que permite que los sistemas emocionales subcorticales gobiernen la conducta de forma impulsiva.

Cuando se contribuye a la excitación cortical con psicoestimulantes, los niños con TDAH pueden poner atención a las labores que se les indican (Panksepp, 1998, citado por OMS, 2005) El uso no médico de las anfetaminas y los estimulantes similares es un problema mundial creciente.

### **Efectos de la conducta**

Las anfetaminas son estimulantes del Sistema Nervioso Central que producen mayor lucidez, excitación, energía, actividad motora y del habla, mayor confianza en uno mismo y capacidad de concentración, una sensación general de bienestar y menos apetito (Jacobs y Fehr, 1987; Hoffman y Lefkowitz, 1990, citado por OMS, 2005). Los efectos a corto plazo de dosis bajas de anfetamina incluyen inquietud, mareo, insomnio, euforia, confusión leve, temblores y pueden inducir episodios de pánico o psicóticos. Hay un aumento general en la lucidez, la energía y la actividad, así como una reducción de la fatiga y la somnolencia. Pueden presentarse palpitaciones cardiacas, ritmo cardiaco irregular, incremento en la respiración, resequedad en la boca y supresión del apetito. A dosis más elevadas estos efectos se intensifican, provocando éxtasis y euforia, flujo rápido de ideas, sensación de mayor capacidad mental y física, excitación, agitación, fiebre y sudoración. Se han observado pensamientos paranoides, confusión y alucinaciones. Las sobredosis severas pueden producir fiebre, convulsiones, coma, hemorragia cerebral y la muerte (Jacobs y Fehr, 1987, citado por OMS, 2005).

La anfetamina es un potente psicomimético con posibilidades de intensificar los síntomas o precipitar un episodio psicótico en individuos vulnerables (Ujike, 2002, citado por OMS, 2005). Las personas que usan crónicamente las anfetaminas desarrollan con frecuencia una psicosis muy similar a la esquizofrenia (Robinson y Becker, 1986; Yui y colab., 1999, citado por OMS, 2005).

### **2.1.8.19 GHB Gamma-Hidroxibutirato (GHB, GOH, Oxibato sódico).**

Según Lorenzo y Lizasoain (2003) el GHB es denominado indebidamente en el argot de los consumidores “Éxtasis líquido”, es un derivado hidroxilado del GABA y fue sintetizado por Laborit en 1967; atraviesa muy bien la barrera hematoencefálica y es un potente depresor del SNC. Fue introducido en medicina como anestésico, siendo utilizado en anestesia obstétrica (facilita la dilatación del cuello del útero) en narcolepsia, y en el tratamiento de la adicción al alcohol y la heroína. Estimula la secreción de la hormona del crecimiento, por lo que fue consumido eventualmente por los culturistas. Al principio de los años 1990s la FDA de EE.UU. lo retiró del mercado “por seguridad pública”, habiéndose informado de varios casos de intoxicación, considerándose esta sustancia como de “gran potencial de abuso”.

El GHB se presenta como un líquido incoloro, inodoro e insípido o ligeramente salado, pudiendo mezclarse con agua u otra bebida, quedando enmascarado su presencia, por lo que es más difícil de controlar su consumo, aumentando el peligro de intoxicación. En España fue detectado su tráfico y consumo en 1995. Junto con el flunitracepam (Rohipnol) y la Ketamina pertenece a las llamadas “daterape drugs” (drogas de violación por cita); que mezcladas con alcohol pueden incapacitar a las posibles víctimas de una violación, para resistir el ataque sexual. La legislación federal de EE.UU. ha incrementado las penas por el uso de sustancias que contribuyan a la violencia sexual.

### **Efectos del GHB**

Los pacientes entrevistados, consumidores de GHB, manifestaban experimentar una agradable excitación; en algunos casos, se produjeron alucinaciones, delirio, estados de intensa euforia y efectos anestésicos; en otros, los primeros síntomas fueron somnolencia, hipotonía muscular, cefaleas y estados de confusión; los

casos más graves pueden evolucionar hacia el coma, con grave depresión respiratoria y muerte. Sus efectos aparecen al cabo de 5 ó 10 minutos de ser ingerido y duran aproximadamente de 1 hora y media a 3 horas. En general, sus efectos son impredecibles y varían mucho de unas personas a otras. Algunos los comparan al efecto del alcohol, potenciándose el efecto de ambas drogas cuando se consumen simultáneamente. (p. 66)

#### **2.1.8.20 Éxtasis Vegetal**

Según Lorenzo y Lizasoain (2003) la tendencia a practicar la fitoterapia como alternativa a la terapéutica farmacológica convencional por creer, erróneamente que las sustancias “naturales” derivadas de las plantas son inocuas frente a las sustancias “químicas”, se ha trasladado también al mundo de las drogodependencias.

Así existe una tendencia a consumir “drogas naturales” frente a las “drogas químicas”, en la creencia de que aquellas carecen de los efectos adversos de éstas. Entre las llamadas “drogas naturales” han surgido con fuerza las agrupadas bajo el nombre de Éxtasis Vegetal, considerándolo, erróneamente, una alternativa “sana y segura” al éxtasis químico (MDMA).

El Éxtasis Vegetal es una compleja mezcla no estandarizada de plantas y productos químicos, siendo los más conocidos:

- 1) Plantas con bases xánticas: nuez de cola, guaraná, té, ricos en cafeína.
- 2) Plantas con precursores anfetamínicos: Efedra (mahuang) rica en efedrina y pseudoefedrina, bala, con efedrina, Calamo aromático, rico en asarona, aceite esencial rico en trimetilanfeta-mina.
- 3) Plantas cuyo uso requiere control médico: Passiflora, con alcaloides indólicos (harmalina, harmina, etc.) con variados efectos farmacológicos (hipnóticos, anticonvulsivantes, inhibidores de MAO, etc.), Ginkgo biloba rico en biflavonoides

y diterpenos, con acciones vasodilatadoras, Ginseng, con saponinas triterpénicas (gingenósidos) con múltiples acciones farmacológicas.

4) Plantas ajenas a la tradición fitoterapéutica española: Kava-Kava, contiene sustancias terpénicas (kavapironas) con actividad hipnosedante, Salvia de los Adivinos, cuyas hojas contienen sustancias alucinógenas, Yohimbe rica en yohimbina, con importantes acciones farmacológicas cardiovasculares.

5) Otras sustancias: L-arginina, fenilalanina, GABA, etc.

Es decir, el llamado Éxtasis Vegetal contiene innumerables sustancias con muy variadas acciones farmacológicas, no exentas de importantes efectos secundarios.

### **Efectos del Éxtasis Vegetal**

Debido a la presencia de sustancias estimulantes, el Éxtasis Vegetal está contraindicado en caso de trastornos cardiovasculares como hipertensión, insuficiencia cardiaca o insuficiencia coronaria. Las bases xánticas, la efedrina, el ginseng y la yohimbina del yohimbe presentan unos efectos cronotrópicos y vasoconstrictores que pueden empeorar los cuadros, pudiendo producir crisis de hipertensión o infarto de miocardio. Tampoco se debe utilizar en caso de que el individuo presente ansiedad o insomnio, ya que todas estas sustancias pueden agravar las crisis de angustia. De igual manera es peligrosa su utilización en caso de diabetes, la efedrina puede elevar la glucemia, por lo que el consumo de esta droga por enfermos diabéticos puede originar una grave hiperglucemia. Por su parte, el ginseng tiene un efecto hipoglucemiante, por lo que puede producir una hipoglucemia severa, además estas plantas presentan interacciones con medicamentos, algunas de las cuáles pueden resultar importantes.

También es muy frecuente el consumo de estas drogas con alcohol, el éxtasis vegetal puede potenciar los efectos depresores del alcohol y llegar a producir una depresión respiratoria.

El uso, y sobre todo el abuso de estas sustancias pueden dar lugar a reacciones adversas como nerviosismo, temblores, insomnio, excitabilidad, cefaleas,

náuseas, vómitos, dolor abdominal, úlcera gastroduodenal, hemorragias, taquicardia o hipertensión. En algunos casos pueden aparecer reacciones alérgicas caracterizadas por prurito y erupciones eritematosas. (p. 67)

#### **2.1.8.21 Fenciclidina (pcp) (phencyclidine pcp)**

Según la OMS (2008) la Fenciclidina es una sustancia psicoactiva que tiene efectos depresores del Sistema Nervioso Central, estimulantes, analgésicos y alucinógenos. Se introdujo en medicina clínica como anestésico disociativo, pero ha dejado de usarse debido a que con frecuencia provoca un síndrome agudo consistente en desorientación, agitación y delirio. Parece de utilidad en el tratamiento del accidente cerebrovascular. La PCP es relativamente económica y fácil de sintetizar, y lleva consumiéndose como droga ilegal desde los años setenta. Otras sustancias relacionadas que producen efectos parecidos son el Dexoxadrol y la Ketamina.

Como droga ilegal, la PCP puede consumirse por vía oral, intravenosa o por inhalación, pero normalmente se fuma; los efectos aparecen en 5 minutos y alcanzan su nivel máximo al cabo de una media hora.

#### **Efectos de la Fenciclidina**

Al principio, el consumidor siente euforia, calor corporal, hormigueo, sensación de estar flotando y sensación de un tranquilo aislamiento. Pueden aparecer alucinaciones auditivas y visuales, así como percepción alterada de la imagen corporal, percepción distorsionada del espacio y el tiempo, delirios y desorganización del pensamiento. Los síntomas neurológicos y fisiológicos asociados dependen de la dosis y consisten en hipertensión, nistagmo, ataxia, disartria, muecas, sudoración profusa, hiperreflexia, disminución de la respuesta al dolor, rigidez muscular, hiperpirexia, hiperacusia y crisis convulsivas. Los

efectos suelen durar de 4 a 6 horas, aunque los efectos residuales pueden tardar varios días, o incluso más, en desaparecer. Durante el período de recuperación inmediato puede haber un comportamiento autodestructivo o violento. Se han observado delirium, trastorno delirante y trastorno del estado de ánimo inducidos por la PCP. Al igual que sucede con los alucinógenos, no se sabe si estos trastornos son efectos específicos de la droga o una manifestación de vulnerabilidad preexistente. (p. 36)

#### **2.1.8.22 Metanfetamina**

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España en su Plan Nacional sobre Drogas define la Metanfetamina como una sustancia estimulante derivada de la anfetamina con efectos más potentes sobre el Sistema Nervioso. Aunque a escala mundial, en términos de producción y tráfico, la metanfetamina tiene más relevancia que la anfetamina o el éxtasis, su consumo en España es en la actualidad inferior al de éxtasis. La metanfetamina tiene un elevado poder adictivo. Es un polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo, que se disuelve fácilmente en agua. Popularmente se conoce con el nombre de “speed”, “meth” y “chalk” o bien “hielo” o “crystal” si se consume fumada. Se puede consumir por vía oral, inhalada, fumada, o inyectada, lo que determina el tipo y la magnitud de los efectos que produce.

Provoca un aumento de la actividad, una disminución del apetito y una sensación de bienestar, a través de la liberación de grandes cantidades de dopamina en las áreas cerebrales relacionadas con el control de la actividad motora, el aprendizaje y el refuerzo. Inmediatamente después de ser fumada o inyectada por vía intravenosa se produce una sensación intensa de placer, a la que se denomina “flash”, que dura sólo unos minutos. La inhalación y la ingesta oral provocan efectos de menor intensidad, más duraderos y de aparición algo más tardía (de 3 a 5 minutos si se inhala y de 15 a 20 minutos si es por vía oral)

## **Efectos a corto plazo**

- Aumento de la atención.
- Reducción del cansancio.
- Reducción del apetito.
- Sensación de euforia.
- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Hipertermia (golpe de calor).
- Convulsiones.
- Sobredosis.
- Aumento de la libido.
- Relaciones sexuales de riesgo.
- Trastornos paranoides.
- Reacción aguda por plomo usado como reactivo (vía intravenosa).

La metanfetamina produce tolerancia con mucha rapidez debido a que sus efectos placenteros son de corta duración, aunque su eliminación de la sangre es bastante lenta (12 horas). Al intentar mantener este efecto con el uso de dosis repetidas, se potencia su toxicidad y el riesgo de sobredosis.

## **Efectos a largo plazo**

- Adicción.
- Insomnio.
- Anorexia.
- Disminución de la libido.
- Comportamiento violento.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Alucinaciones auditivas y visuales.
- Psicosis.

Algunas de estas alteraciones persisten incluso mucho tiempo después de no consumir la droga. Otros riesgos añadidos son los derivados del consumo por vía inyectada, ya sea por la aparición de flebitis o abscesos cutáneos o por la posibilidad de contagio de enfermedades infecciosas (SIDA, hepatitis B y C, tétanos y otras) en individuos que utilizan material de inyección sin higiene o que lo comparten con otros inyectores.

### **2.1.8.23 Ketamina**

La ketamina es un anestésico de uso hospitalario y veterinario utilizado en el mundo entero. Carl Stevens la inventó en 1962 en los laboratorios Parke – Davis de Michigan. La nueva droga estaba emparentada con la PCP (fenciclidina) pero sus efectos y su toxicidad eran menores. Su efecto clave fue descrito como una anestesia disociativa cercana al trance.

En efecto, técnicamente el clorhidrato de ketamina es un anestésico que se lo define como un “anestésico disociativo” ya que produce un peculiar estado de inconsciencia en el que la persona no está dormida sino desconectada de su cuerpo y de su entorno. Bajo los efectos de la droga el cerebro es incapaz de interpretar la información sensorial procedente de los sentidos, con lo que se podría decir que queda aislado, separado o desconectado del cuerpo

### **Efectos**

Al igual que sucede con las benzodiazepinas, la ketamina tiene dos áreas o espacios de acción, dependiendo de las cantidades. Es decir, dosis altas producirán anestesia por disociación durante un período relativamente breve. Pero dosis menores inducirán experiencias visionarias de notable intensidad.

(Escohotado, 2005, citado por Centro de Documentación e Información (CDI) 2008)

#### **2.1.8.24 Tucibi (2cb)**

Según Vargas. VENUS, NEXUS refiere que 2-CB-NEXUS La 2-CB (2,5-dimetoxi-4-bromo-feniletilamina) es otra de las drogas de diseño que se pueden catalogar como alucinógenas para el S.N.C. Se la conoce por el nombre de Venus, Nexus o Tucibi por sus siglas en inglés “2CB”.

La 2-CB es una droga diseñada a partir de la mescalina (que es un alcaloide con propiedades alucinógenas) y se comercializa en comprimidos de distintos colores y formas.

#### **Forma de consumo**

Se consume de forma oral y sus efectos comienzan a los 20 minutos, prolongándose hasta 4 horas. Cuando la 2-CB llega al cerebro, actúa en los receptores de dopamina, adrenalina y noradrenalina.

#### **Efectos**

Produce relajación, distorsión sensorial, agitación, alucinaciones su tolerancia se alcanza con rapidez retardando sus efectos hasta 3 horas, por lo que el consumidor puede ir aumentando la dosis buscando el efecto deseado y encontrando como consecuencia una sobredosis debido a su aumento.

## **Efectos contra la salud**

Efectos cardiovasculares como: hipertensión arterial, taquicardia, arritmias, isquemia miocárdica y vasoespasmo; efectos del Sistema Nervioso Central como: hipertermia, agitación, convulsiones, hemorragia intracerebral, cefalea, euforia, anorexia, bruxismo, hiperreflexia, psicosis paranoica. Otros síntomas como: sudoración, taquipnea, midriasis, temblores, náuseas, rabdomiolisis, rigidez muscular, edema pulmonar y colitis isquémica. (p. 405)

### **2.1.8.25 Popper**

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España en su Plan Nacional sobre Drogas explica que los Poppers se incluyen en el grupo de los inhalantes están compuestos en su mayoría por nitritos de amilo, butilo o isobutilo. Son líquidos incoloros e inodoros que se venden en pequeños botes de cristal para inhalar. El nitrato de amilo es una sustancia muy volátil e inflamatoria y nunca ha de ser ingerida porque puede ser mortal.

Producen un efecto estimulante y vasodilatador que se percibe a los pocos segundos de inhalar la sustancia, con sensación de euforia, ligereza, aumento del deseo sexual, aunque estos efectos desaparecen rápidamente y dan paso a una sensación de agotamiento.

Los efectos adversos producidos son enrojecimiento de la cara y el cuello, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, aumento de la frecuencia cardiaca e hipotensión.

Los poppers crean tolerancia, lo que unido a la breve duración de sus efectos, lo convierte en una droga peligrosa, con un elevado riesgo de intoxicación por sobredosis.

### **2.1.8.26 Ritalina**

El Instituto Nacional contra el Abuso de las Drogas explica que el Ritalin, es la marca comercial para el metilfenidato, medicamento que se receta a jóvenes con niveles anormalmente altos de actividad o con trastorno por déficit de atención /hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés). También se receta en ocasiones para tratar la narcolepsia.

Estimula el Sistema Nervioso Central, con efectos similares pero menos potentes que las anfetaminas, y es más potente que la cafeína.

Ritalin tiene un efecto particularmente calmante en jóvenes hiperactivos y ayuda a los jóvenes con ADHD a "enfocarse", así que cuando se usa según recetado, el Ritalin puede ser un medicamento valioso. Además, la investigación patrocinada por el Instituto Nacional Salud Mental ha demostrado que las personas con ADHD no crean dependencia de sus medicamentos estimulantes al usar las dosis de tratamiento.

Sin embargo, debido a sus propiedades estimulantes, en años recientes ha habido informe de abuso por parte de personas que no lo usan como medicamento. En la convención de 1996, los miembros del Grupo de Trabajo Epidemiológico Comunitario del Instituto Nacional contra el Abuso de la Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) observaron que:

- Algunos usuarios de estimulantes mezclan Ritalin (o "West Coast") con heroína, o con cocaína y heroína, para un efecto más potente.
- Los estudiantes de primaria y secundaria se toman la píldora o la trituran y la inhalan.
- Algunos adultos han sido admitidos a programas de tratamiento por abuso de la droga que le han recetado a su hijo(a).
- Según informes de los proveedores de tratamiento para adolescentes, algunos adolescentes continúan abusando del fármaco que se puede

conseguir fácilmente a través de recetas desviadas. El personal de tratamiento contra el abuso de drogas en Boston también ha informado un aumento en el abuso de esta droga entre los adultos.

Puesto que los medicamentos estimulantes como el Ritalin tienen potencial de uso ilícito, la Agencia Federal para el Control de las Drogas (DEA, por sus siglas en inglés) ha establecido controles estrictos para su fabricación, distribución y prescripción.

#### **2.1.8.27 Biperideno:**

Según El Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico (C.I.A.T.) de laboratorios Gautier; el Biperido (biperideno) es un agente anticolinérgico de acción preferentemente central. Los efectos beneficiosos logrados con el fármaco en la Enfermedad de Parkinson y en el tratamiento de las reacciones extrapiramidales inducidas por fármacos se deben a la inhibición de los receptores colinérgicos del cuerpo estriado. Se plantea que el antagonismo competitivo de la acetil- colina a ese nivel restablece el equilibrio existente entre los sistemas excitatorios (principalmente colinérgicos) y los sistemas inhibitorios (principalmente dopaminérgicos) en el cuerpo estriado.

#### **Reacciones colaterales**

Estos efectos ocurren fundamentalmente al iniciar el tratamiento o cuando se incrementa la dosis en forma rápida. Los efectos adversos de Biperid® (biperideno) están relacionados en forma dosis dependiente y los síntomas tales como sequedad de boca, visión borrosa y retención urinaria suelen explicarse fundamentalmente por una hiperactividad anticolinérgica.

Efectos sobre el Sistema Nervioso Central. Han sido reportados efectos tales como confusión mental, euforia y agitación cuando se administra biperideno. Los pacientes ancianos son particularmente susceptibles de padecer los efectos adversos del biperideno sobre el Sistema Nervioso Central.

Efectos gastrointestinales. En algunos casos la disminución de la actividad peristáltica se traduce en estreñimiento, en particular al iniciar el tratamiento o cuando se asocia a antiespasmódicos con acción anticolinérgica tales como las fenotiazinas. La irritación gástrica luego de la administración vía oral puede disminuirse si se administra con alimentos o luego de la ingestión de los mismos.

### **Sobredosis**

Por ser un antagonista muscarínico, en caso de sobredosis se observa el cuadro característico de la intoxicación atropínica (pupilas dilatadas, sequedad de piel y mucosas, eritema facial, taquicardia, atonía vesical e intestinal, aumento de la temperatura corporal, excitación, delirio, confusión). Las medidas para limitar la absorción intestinal se deben iniciar sin demora. Para el tratamiento sintomático, del síndrome anticolinérgico, la fisostigmina sería la terapia racional, aunque su uso rutinario está discutido. Si se presenta excitación pronunciada, el diazepam es el agente más adecuado para la sedación. Las bolsas de hielo y las esponjas de alcohol ayudan a reducir la hipertermia.

#### **2.1.8.28 Tryptanol (Amitriptilina)**

Según se explica en la página Shuangy Semmedint la Amitriptilina es un antidepresivo tricíclico activo por vía oral y parenteral. Que se utilizada para tratar los estados depresivos, el dolor de origen neurogénico y la falta de atención relacionada con la hiperactividad.

Los efectos secundarios más frecuentes son taquicardia ventricular, palpitaciones, hipertensión e hipotensión ortóstica. La imipramina y otros antidepresivos tricíclicos prolongan el intervalo QT y PR, por lo que es posible que la amitriptilina tenga un comportamiento similar. Aunque la amitriptilina está incluida entre los fármacos que pueden ocasionar torsades de pointes por su efecto sobre el QT, a las dosis terapéuticas este efecto ha sido muy raramente observado. Raramente han sido observados efectos cardiovasculares graves como infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca o ictus.

Efectos sobre el SNC: La somnolencia o sedación es el efecto adverso más frecuente observado durante el tratamiento con los antidepresivos tricíclicos en general y con amitriptilina en particular. Aunque la sedación puede ser un efecto beneficioso por la noche, puede producir graves trastornos durante el día. Los mareos están relacionados con la hipotensión ortostática y pueden minimizarse advirtiéndole al paciente que no realice cambios bruscos de posición. En algunos pacientes, sobre todo de la tercera edad, la amitriptilina puede ocasionar confusión. A nivel del sistema nervioso periférico se observan temblores, seudoparkinsonismo y más raras veces síntomas extrapiramidales. En los niños o jóvenes se observan con mayor frecuencia convulsiones y cambios en el EEG. Los pacientes con epilepsia pueden necesitar un reajuste en las dosis de los anticonvulsivantes. En raras ocasiones se ha comunicado un síndrome parecido al síndrome neuroléptico maligno al iniciar o aumentar las dosis de amitriptilina con síntomas de rigidez muscular, fiebre, diaforesis, taquicardia y temblores.

Debidos a sus efectos anticolinérgicos pueden aparecer sequedad de boca, visión borrosa, midriasis y un aumento de la presión intraocular, que habrá que vigilar en pacientes con glaucoma.

### **2.1.8.29 Clonazepan (Rivotril)**

Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en su Plan Nacional sobre Drogas y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios explican que el Rivotril contiene clonazepam como ingrediente activo, el cual pertenece a un grupo de medicamentos conocidos como benzodiazepinas. El clonazepam tiene propiedades anticonvulsivantes, es decir, previene los temblores (convulsiones).

Se utiliza en la mayoría de las formas de epilepsia del lactante y del niño, especialmente el pequeño mal y las crisis tónico-clónicas. Está igualmente indicado en las epilepsias del adulto, en las crisis focales y en el "status" epiléptico.

Al igual que todos los medicamentos, Rivotril 2 mg comprimidos puede tener efectos adversos, aunque no todas las personas los sufran.

Se han descrito rara vez (al menos 1 de cada 10000 pacientes) las siguientes reacciones adversas al tomar Rivotril 2 mg comprimidos:

- Trastornos de la sangre: trombocitopenia (disminución del número de plaquetas),
- Trastornos de la piel: urticaria (alergia), picor, erupción cutánea (enrojecimiento de la piel), caída pasajera del cabello, alteraciones de la pigmentación de la piel,
- Reacciones alérgicas y shock anafiláctico (reacción alérgica grave),- pubertad precoz incompleta en niños de ambos sexos,
- Dolor de cabeza,
- Náuseas y molestias epigástricas (en la parte superior del vientre)
- Incontinencia urinaria
- Impotencia, disminución de la libido (disminución del apetito sexual).

Se han descrito con relativa frecuencia (al menos 1 de cada 100 pacientes) las siguientes reacciones adversas al utilizar Rivotril 2 mg comprimidos: Somnolencia, lentitud en los reflejos, debilidad muscular, mareo, cansancio, ataxia (disminución de la precisión de la marcha y los movimientos voluntarios). Estas reacciones adversas suelen ser pasajeras y generalmente desaparecen sin necesidad de interrumpir el tratamiento.

Cuando el tratamiento se prolonga largo tiempo o se utilizan dosis elevadas pueden aparecer trastornos reversibles como:

- Disartria (dificultad para articular palabras),
- Ataxia (dificultad en el movimiento),
- Problemas visuales (visión doble, movimiento involuntario e incontrolable de los ojos).

En algunas formas de epilepsia puede producirse un aumento de la frecuencia de las crisis (convulsiones) durante el tratamiento a largo plazo.

#### **2.1.8.30 Cannabis**

Según la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2006), el Cannabis es la droga ilegal más consumida en todo el mundo y tanto en la Unión Europea como en España, su consumo está aumentando a lo largo de los últimos años con una tendencia creciente. Es una mezcla gris verdosa de flores, tallos, semillas y hojas secas y picadas de la planta de cáñamo, cannabis sativa, que generalmente se fuma en forma de cigarrillo (porros, canutos, churros o “*joints*” o “*nail*” en inglés), o en pipa (“*bong*”). Además se fuma en forma de “*blunts*”, que son puros o cigarros a los que se les saca el tabaco y se rellenan con marihuana, a menudo mezclada con otra droga. También se puede mezclar en la comida o beber como una infusión (té). Su forma más

concentrada y resinosa se llama hachís y en la forma de líquido negro pegajoso se conoce como aceite de hachís. El humo de la marihuana tiene un olor característico, que es usualmente agrí dulce.

## **Efectos del Cannabis**

El consumo de cannabis produce generalmente un efecto bifásico. Tras una fase inicial de estimulación (euforia, bienestar, aumento de la percepción, ansiedad), le sigue una fase donde predomina la sedación (relajación, somnolencia, sueño). Se produce una agudización de las percepciones visuales, auditivas y táctiles, así como una ligera distorsión del espacio y tiempo. También aparece risa fácil, locuacidad y aumento del apetito. Paralelamente se altera la memoria reciente, y existe dificultad en la concentración, disminución de la atención e incoordinación motora.

### **2.1.8.31 Spice**

Según Burillo y Climent (2011), el fenómeno Spice constituye probablemente el último paso en el mundo de la producción y consumo de drogas de síntesis, al combinar un comercio legal de sustancias «naturales» con productos de síntesis añadidos con finalidad ilícita, «mejorados» respecto al cannabis. El Spice es una mezcla de hierbas, en torno a 14 tipos diferentes, de las que al menos dos (*Pidicularis densiflora* y *Leonitis leonurus*) Se vende en las *Smart shops* desde 2004 como incienso, siendo a partir de 2006 cuando se populariza su consumo y su venta a través de internet, pasando a fumarse, a pesar una vez más de que en su envase advierte que no es apto para el consumo humano.

Como técnicas de marketing, se distribuye en paquetes fácilmente franqueables como correo ordinario, en ocasiones ya empaquetados como cigarrillos y en las tiendas *on-line* se ofrece incluso la posibilidad de convertirse en distribuidor local.

## **Efectos del Spice**

Su consumo produce un cuadro similar al del cannabis, con enrojecimiento conjuntival, taquicardia, boca seca, y alteraciones del estado de ánimo y de la percepción, con una duración media de sus efectos en torno a las 6 horas. Los usuarios indican que luego se incorporan a su actividad laboral, escolar o doméstica sin rastro clínico de su consumo.

### **2.1.8.32 El Paco**

La Pasta Base de Cocaína, conocida como Paco es una sustancia altamente toxica, se caracteriza por dañar en forma temprana el Sistema Nervioso, Respiratorio y Cardíaco; generando un alto poder adictivo lo que lleva a consumir en forma continua, no es una droga económica, asociándose a delincuencia como camino para proveerse de droga. Se refleja que el consumo aumentó en los últimos cuatro años, disminuyendo la edad de consumo llegando a la niñez.

## **Efectos del Paco**

Provoca una ansiedad desesperada por consumir más. En tan solo cuarenta y ocho segundos este sulfato de cocaína lleno de solventes tóxicos llega al cerebro, pero el efecto estimulante no dura más de cinco minutos; por tal motivo es que los adictos quieren y necesitan más. El alto poder adictivo de esta droga hace que los adictos consuman cada vez más, es así que hacen cualquier cosa por conseguir más **paco**.

### **2.1.8.33 Escopolamina**

Según Martínez (1996), la Escopolamina es un alcaloide cuaternario que actúa como antagonista competitivo de la acetilcolina en los receptores muscarínicos. Es

soluble en agua. Se encuentra en algunas especies de plantas de la familia de las solanáceas. Entra al organismo por vía oral con rápida absorción.

### **Efectos de la escopolamina**

El efecto de esta sustancia es bastante marcado en el músculo liso del sistema gastrointestinal. Los síntomas ocurren 30-60 minutos después de la ingesta y pueden continuar por 24-48 horas debido a que la escopolamina retarda el vaciamiento gástrico

### **Los síntomas y signos encontrados en la evaluación**

- Mucosas y piel secas.
- Disfagia.
- Fotofobia.
- Visión borrosa.
- Taquicardia.
- Retención urinaria

#### **2.1.8.34 El corrector líquido (liquid paper)**

Bedoya y Oviedo (2008), los disolventes o removedores de pintura, cuya base es el cloruro de metileno, conocido entre los jóvenes como “Dick” o limpiadores de teclado en aerosol, conocidos como “Duster” o “Máximo Impacto”.

#### **2.1.8.35 Adhesivos o pegantes**

Contienen tolueno, acetato de etilo o cloruro de metileno (bóxer o sacol).

#### **2.1.8.36 Aerosoles de pintura, desodorantes o aromatizantes**

Contienen gas butano, propano o fluorocarbones. La mayoría de este tipo de inhalantes<sup>4</sup>, los usan jóvenes estudiantes de primaria y bachillerato, quienes impregnan la sustancia en algunas de sus prendas, especialmente en las mangas de los suéteres de lana que generalmente hacen parte del uniforme del colegio y

la llevan a la nariz para ser inhalada, sin que dicha práctica sea detectada por los profesores.

### **2.1.8.37 El Lady's o Lady d (cloruro de etilo)**

Una de las más de 1,000 sustancias inhalantes existentes en el mercado y de mayor riesgo, ya que ha cobrado un especial interés entre los niños y jóvenes adolescentes, es el uso del cloruro de etilo, anestésico local, que se está utilizando como droga.

#### **Efectos**

Los efectos inmediatos de esta droga, son: mareo, pérdida de equilibrio, temblores finos, abertura de piernas al caminar, alteración de la memoria, falta de concentración. Posteriormente, pueden presentarse: excitación, alteraciones en la conducta y en el comportamiento, agresividad y violencia, impulsividad, alteración del juicio.

A nivel fisiológico, su inhalación ocasiona arritmias, cambio de presión arterial y ritmo cardiaco, depresión del sistema nervioso, asfixia y convulsiones que pueden llevar a un accidente cerebro vascular, estado de coma e incluso a la muerte súbita.

El consumo de las drogas emergentes muestra mayor prevalencia en la población joven (de 15 a 34 años) y puede estar asociado a los entornos de ocio nocturno, relacionándose, especialmente, con determinados tipos de música y baile. No obstante, en los últimos tiempos, se ha observado un aumento de consumidores en solitario que buscan experimentar nuevas sensaciones.

En cuanto a las sustancias ilícitas, la marihuana es la más consumida, con 2,7%, seguida por la cocaína (0,8%), los inhalables (0,5%), el éxtasis (0,4%) y el basuco

(0,1%), todas consideradas en un contexto de consumo reciente; es decir, durante el último año.

### **3. METODOLOGÍA**

Este trabajo está determinado en una escala de investigación cualitativa, la cual consistió en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Además, se incorporó lo que los participantes manifestaban, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como fueron expresadas por ellos mismos.

La investigación cualitativa se considera como un proceso activo, sistemático y riguroso de indagación dirigida, en el cual, se toman decisiones sobre lo investigable, en tanto se está en el campo objeto de estudio.

Este paradigma da lugar a un nuevo estilo de investigación más cercano a la vida y a las situaciones de los sujetos. Investigar de manera cualitativa es operar con símbolos lingüísticos con el fin de reducir la distancia entre teoría y datos, entre contextos y acción. (Pérez. 2007)

La metodología empleada para el desarrollo de esta investigación se desarrolló en tres etapas o momentos exploratorios secuenciales y con un orden cronológico.

En la primera etapa se escogió y determinó el tema a investigar, realizando inicialmente la recopilación y análisis de diferentes fuentes de información y revisión literaria, fundamentalmente se consultó material publicado en la web, artículos, estudios críticos, monografías, ensayos, documentos de archivo, libros, tesis entre otros, con el fin de obtener un conocimiento más profundo acerca del tema seleccionado y bases sólidas para la delimitación del tema.

En la segunda etapa se determinó el planteamiento y formulación del problema, los objetivos (generales y específicos) y posteriormente se elaboró el marco teórico para lo cual se analizó nuevo material bibliográfico que ayudó a reforzar el tema delimitado.

La tercera etapa estuvo planteada en la realización de la lectura específica de la bibliografía seleccionada, y posteriormente se llevó a cabo una reflexión e interpretación colectiva por parte del equipo investigador.

Se planteó una cuarta y última etapa, en la que se obtuvo en el escrito final mayor claridad y coherencia con los resultados, conocimientos, análisis y reflexiones a través de todo el proceso de la investigación.

Para el desarrollo de esta metodología se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

### **3.1 ENFOQUE**

La investigación se enmarcó en un estudio descriptivo y revisión bibliográfica sobre los Tipos y Efectos de las Drogas Emergentes, utilizadas por los adolescentes y jóvenes en países de habla hispana. Se presentó una primera etapa de la situación mediante una metodología de análisis de los documentos previamente seleccionados y posteriormente un momento interpretativo, analítico y reflexivo de la información recolectada.

### **3.2 MUESTREO**

Teniendo en cuenta que es una investigación cualitativa se realizaron muestreos teóricos, los cuales permitieron la ampliación y el contraste de los contenidos, así como también la descripción y la interpretación del tema seleccionado, dicha muestra fue escogida con criterios de representatividad cualitativa, es decir conocimiento, experiencia y significado.

### **3.3 ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS UTILIZADAS**

Una de las estrategias para el desarrollo de esta investigación dependió en parte a la exploración que el equipo investigador recopiló en forma directa de fuentes de información secundaria (documentos, libros, artículos, tesis,), revisión minuciosa de literatura referida a la temática en la web.

La técnica que se aplicó en la presente investigación fue de tipo cualitativo, ya que la información consultada y analizada es exclusivamente información de tipo cualitativo y cuyo análisis estuvo dirigido a construir descripciones detalladas y aportes sobre el tema delimitado “Tipos y Efectos de las Drogas Emergentes, utilizadas por los adolescentes y jóvenes en países de habla hispana”.

### **3.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

#### **3.4.1 Instrumentos de recolección de información**

- Fichas de contenido, contienen las ideas más importantes. Su contenido es mixto ya que tiene ideas del material recolectado y nuestras reflexiones y comentarios. Las cuales permitieron el acercamiento al primer bosquejo del trabajo final.
- Elaboración de fichas bibliográficas y de Web-grafía, con datos básicos como autor, nombre del documento, libro o página web, fecha y tema central encontrado.

#### **3.4.2 Fuentes de información**

- Bibliotecas virtuales, [Psicologiacientifica.com](http://Psicologiacientifica.com); [Psiconet.com](http://Psiconet.com); [Bibliotecapsicologia.org](http://Bibliotecapsicologia.org);
- Motores de búsqueda

### **3.5 PLAN DE ANÁLISIS**

Se desarrolló un análisis por categorías, que dio cuenta a medida que se avanzó en el trabajo y que permitió el alcance de los objetivos. Se realizó un estudio, discusión e interpretación de la información recopilada y se estableció una relación de ésta con la realidad que se vive en la vida cotidiana. Para el escrito final se dieron a conocer hallazgos, falencias y tendencias sobre el tema.

Se redactaron conclusiones y recomendaciones donde se presentó una recapitulación de los logros obtenidos en la investigación demostrando su alcance y calidad.

### **3.6 VALIDACIÓN**

La validación de dicho trabajo de investigación se logra con la revisión de los docentes expertos en el tema y según las observaciones y correcciones realizadas, llevar a cabo un diseño más acertado del trabajo con fundamentos bibliográficos y de esta manera contribuir con aspectos importantes sobre la temática de Tipos y Efectos de las Drogas Emergentes utilizadas por los adolescentes y jóvenes en países de habla hispana.

## CATEGORÍAS

### 4.1 DROGAS EMERGENTES

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España en su Plan Nacional sobre Drogas define las drogas emergentes como “sustancias que aparecen en el mercado de las drogas en un momento determinado y son una novedad. Pueden ser conocidas previamente o ser nuevas drogas, pueden haber aparecido anteriormente o nunca antes, y generalmente no están incluidas en las listas de sustancias psicotrópicas o estupefacientes y por tanto no son ilegales” (2011, p.17).

Cuando se habla de Emergente no siempre significa “nuevo”. En ocasiones puede llegar a ser un re-descubrimiento de lo ya conocido y no siempre es una síntesis buscada voluntariamente. También emergentes porque aparecen fuera del contexto permanente y cotidiano de su producción y consumo sin llegar a ser novedoso. Las Drogas Emergentes son sintetizadas clandestinamente y tienen variaciones en su estructura química a fin de producir efectos parecidos o más potentes que los de las sustancias psicoactivas clásicas y así evitar el control de normatividad al que éstas son sometidas.

En el Informe Mundial sobre las Drogas (2011) de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) se estima que en todo el mundo, en 2009, entre 149 y 272 millones de personas de 15 a 64 años (3,3% a 6,1% de este grupo de población) consumieron drogas ilegales en el último año y de éstos la mitad lo hicieron en el último mes. Entre 15 y 39 millones pueden considerarse consumidores problemáticos (consumen drogas ilícitas con regularidad y pueden considerarse drogodependientes o se inyectan drogas), cifra que se mantiene estable.

Según este informe el cannabis sigue siendo la sustancia ilegal más consumida en todo el mundo. En 2009 entre 125 y 203 millones de personas de 15 a 64 años (2,8%-4,5% de este grupo de población) habían consumido cannabis en el último año. En términos de prevalencia anual, le siguen los estimulantes de tipo anfetamínico (principalmente metanfetamina, anfetamina y éxtasis) con una prevalencia entre 0,3% y 1,3%, los opioides (incluidos el opio, la heroína y los opioides de venta con receta) con 0,5%-0,8% y la cocaína, consumida por el 0,3%-0,5% de la población mundial en este grupo de edad.

El número total de consumidores de drogas ilícitas ha aumentado desde finales de la década de 1990, pero actualmente, la mayoría de los expertos coinciden en que el uso de drogas, como cannabis, anfetaminas, éxtasis, cocaína y opioides, incluyendo heroína, se ha estabilizado en 2009, algo que contrasta con la tendencia ascendente de las nuevas sustancias psicoactivas.

En 2011, el Informe Mundial sobre drogas, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), hace hincapié en la aparición, en los últimos años, de nuevos compuestos sintéticos en el mercado de drogas ilícitas cuyo consumo es cada vez mayor. Muchas de esas sustancias se comercializan como legal highs (es decir, sustancias cuyo uso y comercialización no está prohibido o sometido a control), que se ofrecen como sustitutos legales de las drogas clásicas, imitando sus efectos, sin estar sometidas a la regulación internacional aunque sí a diferentes tipos de control según los distintos países. El hecho de que estas sustancias estén abasteciendo, de manera creciente, al mercado de drogas ilícitas responde a varios factores: (a) la posibilidad de poder utilizar precursores y productos químicos no sometidos a regulación, (b) las propias sustancias también escapan al control internacional, (c) la disminución de la disponibilidad de las sustancias a las que sustituye, (d) satisfacen los gustos de los usuarios, y (e) son fácilmente accesibles a través de Internet y establecimientos especializados. (p. 34)

En la Conferencia Internacional "Las drogas de síntesis como fenómeno emergente en América Latina" (2011) realizada en Cartagena de Indias (Colombia), se informa que el tráfico ilícito de las drogas de síntesis representa una práctica ilegal de alta rentabilidad, factor que no solamente alerta la implicación de la delincuencia organizada en las diversas etapas de su producción, distribución y posterior blanqueo de capitales obtenidos con este ilícito tráfico, sino que garantiza una previsión de escenarios de futuro en donde se producirá una extensión de los mercados en cualquier parte del mundo para que pueda constituirse una población de consumo, como así lo demuestran las intervenciones policiales llevadas a cabo en Países Latinoamericanos. Un elemento que, además incide en el potencial de extensión del problema, es la facilidad para la instalación de un laboratorio de producción ilícita de drogas de síntesis, pudiéndose elaborar innumerables variantes de una droga modificando mínimamente los radicales químicos de su composición previa, utilizando para ello una amplia variedad de precursores.

## **4.2 LAS DROGAS EMERGENTES CONSUMIDAS POR ADOLESCENTES Y JÓVENES EN PAÍSES DE HABLA HISPANA**

### **4.2.1 ESPAÑA**

Para iniciar este bagaje teórico es importante manifestar que el gobierno de España cuenta con un Plan Nacional sobre Drogas (2012), en este se analizan los diversos y variados efectos de las denominadas "drogas emergentes", término con el cual se pretende englobar otras denominaciones como "drogas de síntesis", "drogas de diseño" o "drogas recreativas" de uso común pero significado confuso y poco preciso. Las drogas emergentes constituyen un conjunto de sustancias sintetizadas de forma clandestina, con el propósito de producir, mediante

variaciones en la estructura química, efectos similares o más potentes que los de las drogas clásicas y eludir el control normativo al que estas últimas están sometidas. Estas drogas aparecen, reaparecen o emergen en el mercado y en los medios de comunicación social con periodicidad recurrente.

En el Plan Nacional sobre Drogas (2012) se manifiesta que el uso y abuso de las drogas emergentes está por lo general asociado a ambientes festivos, esto ocurre en general en los fines de semana y se presenta en su mayoría entre los jóvenes y los adolescentes, popularizándose por regla general entre los consumidores, sólo los efectos estimulantes o favorecedores de la relación con los demás, y desconociendo, como suele ocurrir en la mayoría de las ocasiones, los efectos perjudiciales sobre la salud. Todo ello viene agravado por el consumo concomitante de bebidas alcohólicas o por los frecuentes fraudes en la composición de estas “pastillas”, adulteradas con todo tipo de productos psicoactivos, o con diluyentes.

El número de estas sustancias es elevado y está en continuo aumento. La Unión Europea informó de la aparición de aproximadamente 40 nuevas sustancias en 2010, entre las que se incluyen desde plantas y hongos hasta vitaminas, minerales, fármacos de uso legal o sus copias y sustancias químicas no autorizadas con múltiples formatos de comercialización y consumo (píldoras, extractos de plantas, hongos frescos o secos, jabones, abonos vegetales, infusiones, inhalantes, etc.); la difusión de estas drogas se ha visto facilitada por internet, donde hay información acerca de la obtención, consumo, efectos, etc., la mayoría de las veces esta información no es confiable y se usa más como forma de promocionar este tipo de sustancias a su vez estas estrategias escapan por lo general a las medidas de control y seguimiento de los estados haciendo que se agrave la situación de consumo y se encuentre expuesto un número de población relativamente alto.

En cuanto a ese asunto específico se encontró un artículo escrito por Burillo. G. y Climent, B. (2011) en el cual se habla de las “smart drugs”, allí se manifiesta que en los últimos años han ganado popularidad una serie de nuevas drogas, conocidas como *smart drugs* o *legal highs*, fácilmente accesibles a través de tiendas *on-line*. Ello ocurre sobre todo en la población joven, asociado a su consumo lúdico fundamentalmente durante los fines de semana. En general son derivados sintéticos de productos naturales, de los que apenas existe investigación clínica y que no son detectables en los laboratorios de los hospitales.

Tres de estos productos, el BZP (1-benzilpiperacina), la mefedrona (4-metilcatinona) y el Spice son probablemente los más utilizados en Europa. Los dos primeros se consumen como alternativas al éxtasis y la cocaína, y se caracterizan por producir un cuadro clínico de tipo simpaticomimético, en ocasiones de consecuencias graves, con convulsiones e incluso muerte. El Spice (mezcla de hierbas con cannabinoides sintéticos como el JWH-018, el JWH-073 y el CP 47,497-C8) está ocasionando cuadros de dependencia y esquizofrenia. Aunque las drogas emergentes poseen un aura de seguridad, cada vez hay más experiencia sobre sus efectos secundarios.

Otro artículo que pone de manifiesto la utilización del internet para la consecución de estas sustancias adictivas fue escrito por Ayuso, M. (2011) y publicado en el periódico virtual el confidencial, allí se habla del auge de las drogas legales y explican que se trata de un fenómeno que crece de forma alarmante: en 2008 se detectaron 12 nuevas sustancias, en 2009 se detectaron 24, en 2010, 41, y en 2011, 49. Torrens (2012) asegura que es “un mercado cambiante y muy rápido” y, además, muy difícil de controlar. Al tratarse de sustancias nuevas, que no son ilegales, se venden en cientos de páginas de Internet, bajo nombres en clave y, tal como explica Torrens, “se envían por mensajería normal y corriente”. Los sucedáneos de la cocaína se suelen comercializar como “sales de baño”, protagonistas inesperadas del supuesto "Apocalipsis zombi" de EE.UU, y los del cannabis como “incienso”; pero hay muchas más sustancias con efectos y

nombres de todo tipo. Basta teclear “legal high” (“colocón legal”) en Google para encontrar páginas como Herbalhighs, –que vende a todo el mundo y está disponible en varios idiomas incluido el español– donde en un *clic* puedes acceder, por ejemplo, a un sucedáneo de la cocaína conocido como Jungle dust que, según la página, “es un viaje de ida y vuelta a Colombia en una noche”, a 35 euros el gramo más gastos de envío. El catálogo es amplio y está dividido en secciones como “*speed* legal”, “éxtasis legal”, “tripis”, “hierbas para fumar” o “estimulantes”. Todo un abanico de drogas sintéticas completamente legales y al alcance de cualquiera.

La situación de los jóvenes y adolescentes con relación al uso de drogas queda plasmada en la encuesta escolar sobre alcohol y drogas de España ESTUDES (2010), enmarcada en la serie de encuestas que vienen desarrollándose en España desde 1994, con el objetivo de conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias. Estas encuestas han sido financiadas y promovidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y han contado con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas (Planes Autonómicos sobre Drogas y Consejerías de Educación) y del Ministerio de Educación.

Los resultados que arroja la encuesta son los siguientes:

En 2010 las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años siguen siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. Un 75,1% ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 39,8% ha probado el tabaco y un 33% el cannabis. La proporción de consumidores actuales de estas sustancias, es decir aquellos que las han consumido en los 30 días previos a la entrevista, es de 63% en el caso del alcohol, 26,2% en el de tabaco y 17,2% en el de cannabis.

El consumo del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles, heroína...) es mucho más minoritario, situándose entre el 1%

y el 3,9% los estudiantes que las han probado alguna vez y entre el 0,5% y el 1,5% su consumo actual (últimos 30 días).

Una mención aparte merece el consumo de tranquilizantes. La proporción de estudiantes que han tomado alguna vez tranquilizantes es de un 18,0%, y la de los que los han tomado sin receta de un 10,4%. Su consumo actual (últimos 30 días) se sitúa en un 5,2% y un 3% respectivamente.

Según los datos obtenidos en la Encuesta Estatal ESTUDES (2010), el 3,5% de los encuestados ha consumido alguna vez en su vida una o más de las incluidas en el módulo de drogas emergentes. Las sustancias que mostraron mayores prevalencias de consumo fueron las setas mágicas, la Ketamina y el *Spice*, aunque la extensión de su consumo no parece indicar que, por el momento y en este grupo de edad, las drogas emergentes supongan un problema fundamental en el ámbito del consumo de drogas en España.

El consumo de las drogas emergentes muestra mayor prevalencia en la población joven (de 15 a 34 años) y puede estar asociado a los entornos de ocio nocturno, relacionándose, especialmente, con determinados tipos de música y baile. No obstante, en los últimos tiempos, se ha observado un aumento de consumidores en solitario que buscan experimentar nuevas sensaciones.

Según la delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Espí (2012), la encuesta muestra que, entre los adolescentes de 14 a 18 años, el consumo de drogas emergentes "no constituye, por ahora un problema fundamental", pues "no es un consumo muy elevado". Así y todo, a Espí le preocupa el hecho de que haya jóvenes que se inicien en las drogas a edades tan tempranas, así como el escaso conocimiento acerca de los efectos. Según Sánchez (2011), aunque España registra los niveles más bajos de Europa, los adolescentes recorren a pasos "alucinantes" el camino de estos nuevos estupefacientes lo cual genera voces de

alarma ante esta problemática, además “los expertos advierten de la capacidad de estas sustancias para provocar adicciones”.

Algunas de las estrategias utilizadas en España para conocer más de cerca esta realidad son las investigaciones antropológicas, encuestas, sistemas de notificación de casos y los observatorios etnográficos los cuales son un sistema para conocer los consumos de drogas de los jóvenes estudiados en sus contextos habituales de interacción (escenarios de sociabilidad). Se basa en la articulación de diversas estrategias de investigación y utiliza diferentes técnicas para recoger información y datos de primera mano, contrasta y analiza de forma constante la información recogida y aporta una imagen panorámica de la realidad estudiada. Se aspira a que estos observatorios sean un “sistema de alerta rápida”, cuya finalidad es detectar los patrones emergentes de consumo en las fases iniciales de difusión.

Según Arza, J. (2002) En el estudio “nuevas drogas, nuevos consumidores, nuevas formas de consumir: alcohol, cannabis, cocaína, drogas de síntesis y todo mezclado” hace referencia a la representación social actual sobre las drogas, a la vez que disminuye la preocupación por los problemas representados por los drogodependientes clásicos, comienzan a vislumbrarse nuevas preguntas relacionadas con nuevas drogas, nuevos tipos de consumidores y nuevas formas de consumo. Como ejemplo de estas preocupaciones se podría citar: los problemas de salud relacionados con los consumos de fin de semana, los problemas de convivencia ciudadana por estos comportamientos, el consumo público de drogas distintas a la heroína. En este apartado se analizan algunas características de las nuevas formas de consumo de drogas, teniendo como referencia diversos estudios que señalan los porcentajes de jóvenes consumidores de las distintas drogas y las características de los consumos. Se revisan cinco sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, drogas de síntesis), por ser las que tienen mayor presencia en la juventud española; sin embargo existen otro tipo

de consumos, menos extendidos, pero a los que también se hace necesario prestar atención.

Para García, R y Soria, M., (2011) en su artículo drogas emergentes: una perspectiva médico legal. La continua aparición de nuevas sustancias sintéticas que puedan ser utilizadas como drogas de abuso supone un desafío constante para el toxicólogo forense. Un reciente informe del Observatorio Europeo para Drogas y Toxicomanías pone de manifiesto esta situación, ya que durante el año 2008 aparecieron en el mercado 13 sustancias psicoactivas nuevas, 11 de ellas sintéticas y 2 productos vegetales. Estas sustancias son conocidas como drogas emergentes. Todas ellas tienen en común que existe un amplio desconocimiento de sus propiedades toxicológicas, no están reguladas en la mayoría de los países y se pueden obtener fácilmente a través de internet. En el trabajo se revisan los conocimientos existentes hasta el momento sobre estas sustancias, haciendo hincapié en los aspectos médico legales de estas.

Por su parte Rodríguez, J. Agulló, E. y Agulló, M. (2003) analizan la evolución del ocio en los jóvenes, centrándose en los cambios actitudinales y en la aparición de nuevas actividades recreativas. Obteniendo como resultado que se evidencia un cambio en el propio concepto de juventud, que incluye cada vez a un sector más amplio y heterogéneo de población. No obstante, el ocio de los jóvenes tiende a una progresiva homogeneización tanto en las actividades como en el lugar –la calle– y tiempo –la noche, especialmente el fin de semana– en que se desarrolla y en el sentido que adquiere. Esta forma de ocio lleva asociado un consumo importante de alcohol y otras drogas ilegales, banalizándose su consumo y dando lugar a la aparición de fenómenos sociales como el “botellón” y la proliferación del consumo de las drogas de síntesis. Los autores concluyen que la juventud actual percibe estas sustancias como carentes de riesgos para la salud, y además, les atribuyen valor sociogénico.

## **Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, Ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos)**

En este capítulo se hace una revisión de las características farmacológicas de las principales drogas recreativas englobadas en 2 grupos: drogas de diseño y alucinógenos. Las drogas de diseño (término acuñado por G Henderson) comprenden: el grupo de los derivados de las feniletilaminas (derivados de anfetaminas) como el MDMA (éxtasis), el grupo de los opiáceos sean derivados del fentanilo o de la meperidina, el grupo de las arilhexilaminas como la fenciclidina (PCP), el grupo de los derivados de la metacualona y otras drogas de diseño con el gamma-hidroxi-butilato –GHB-, el éxtasis vegetal y otros. Por otra parte se revisan los principales alucinógenos, centrándonos en el LSD. El MDMA (3,4,-metilendioximetanfetamina) es la droga de diseño más importante por su elevado consumo, posee acciones estimulantes y alucinógenas y puede producir neurotoxicidad. El GHB, la ketamina y una benzodiacepina como el flunitrazepam forman un grupo nuevo de drogas llamadas “drogas de violación por cita” ya que al ser depresores del sistema nervioso central y por sus propiedades incoloras, inodoras e insípidas producen efectos en la víctima de incapacidad para prevenir una agresión sexual. La LSD (dietilamida del ácido lisérgico) es la principal droga alucinógena y es una de las drogas con mayor potencia farmacológica.

Fernández, L. y Hernández L. (2003) en su artículo “Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España” revisan las características, tendencias y repercusiones del consumo de algunas drogas recreativas (principalmente, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos), basándose en diversas fuentes, encuestas domiciliarias y escolares, indicadores de problemas (tratamiento, urgencias y mortalidad), y estudios etnográficos sobre consumidores. La prevalencia de consumo es relativamente baja comparada con la de otras drogas recreativas, como alcohol o cánnabis. Generalmente, se consumen de forma ocasional, en fines de semana, y en espacios lúdicos. Los consumidores son muy jóvenes, mayoritariamente varones, y suelen consumir también otras

drogas psicoactivas. En el caso del éxtasis, se detecta una tendencia al aumento del consumo, y, entre los estudiantes de 14-18 años, al descenso del riesgo percibido ante el consumo ocasional. La implicación del éxtasis, anfetaminas o alucinógenos en los tratamientos ambulatorios y en las urgencias hospitalarias por drogas es menos frecuente que la del alcohol, heroína o cocaína, pero en las urgencias su implicación es creciente. Además, recientemente han comenzado a aparecer urgencias (generalmente, con disminución del nivel de conciencia) relacionadas con el consumo de Gamma-Hidroxi-Butirato (GHB). Se discuten las implicaciones de esta situación para el desarrollo de programas asistenciales, preventivos y de reducción del daño.

Por su parte el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011) manifiesta que el suministro de información puntual y objetiva sobre nuevas drogas y tendencias emergentes reviste una importancia cada vez mayor, dada la naturaleza dinámica y cambiante del problema de las drogas en Europa. El mercado de las nuevas drogas se caracteriza por la rapidez con la que los proveedores responden a la imposición de medidas de control, ofreciendo alternativas nuevas a productos de uso restringido. Una serie de fuentes de información y de indicadores clave, como la vigilancia vía Internet y el análisis de las aguas residuales, puede contribuir a perfilar más claramente las tendencias emergentes en relación con las drogas en Europa. El observatorio facilita información detallada sobre las nuevas sustancias psicotrópicas detectadas por medio del sistema de alerta temprana, y se practica un seguimiento de la evaluación del riesgo de la mefedrona. Se examina el fenómeno de las sustancias psicotrópicas «legales», así como una serie de respuestas nacionales a la venta libre de nuevas sustancias.

#### 4.2.2 ARGENTINA

Dentro de las referencias encontradas en cuanto a las sustancias psicoactivas en la Argentina y que de alguna manera nos acercan a las drogas emergentes que se están presentando cabe resaltar la investigación “El consumo de drogas como consumo cultural. La problemática del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes desde la cultura del consumo” realizada por el Observatorio Argentino de Drogas (2010). El proyecto trabajó con adolescentes de 12 a 17 años, varones y mujeres, de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de Buenos Aires, Gran Buenos Aires y dos ciudades bonaerenses: Lincoln y Tandil.

A modo general en los adolescentes entrevistados se puede identificar dos grupos de “discurso” frente a la droga:

El discurso genérico: refiere a “la droga” en forma genérica, no se especifica la sustancia; los adolescentes muestran poco conocimiento, o una información incompleta acerca de las drogas; suelen confundir una con otra (ejemplo: porro con paco) y “la droga” es algo ajeno, propio de los otros y siempre peligrosa, asociada a una idea más cercana a la adicción.

De otro lado, se da el discurso distintivo, en este se diferencia por sustancia, no refiere a “la droga” como un genérico que abarca a todas las sustancias por igual. De esta manera, los adolescentes se muestran más informados y con mayor conocimiento de cada sustancia (o al menos no las confunden); diferencian entre drogas de otros y de nosotros, aquellas que son de alguna forma naturalizadas y se perciben desde la idea de uso, alejadas de la idea de adicción. La sustancia y sobre todo el cómo se consume, asociado a perfiles sociales, separa a las drogas del *nosotros* y de los *otros*.

En estos dos grupos puede considerarse al alcohol como droga cuando está asociado a un determinado perfil social y a situaciones de violencia. Cuando refiere al nosotros y a espacios de recreación, esta percepción se disuelve significativamente.

El hecho de que una sustancia esté o no legitimada socialmente en su consumo, es relevante para definirla o no como droga. Las sustancias que se perciben legitimadas por la sociedad, ya sea por su visibilidad frecuente, por su cotidianeidad, en espacios de ocio juvenil o entre los consumos adultos, como por su estatus legal, no se les cataloga como droga; y aún cuando se reconoce que pueden ser dañinas para la salud, se cree que tienen un efecto menor. Así entonces, la tolerancia social informa sobre la percepción de riesgo: una droga que es considerada cotidiana, con alta tolerancia social, aún cuando pueda tener efectos sobre la salud, se considera que lo tendrá en menor medida, que se puede controlar.

A la hora de mencionar qué drogas se conocen dentro de los adolescentes, son pocos los que se sienten seguros sobre la información que suministran. Puede percibirse muchas dudas, confusiones, repeticiones de sustancia en función de no reconocer apodos u otras formas en que son llamadas determinadas sustancias. Sin embargo, no se trata de un problema de poca información (los adolescentes pueden mencionar una lista considerable de sustancias), sino más bien de la calidad de la misma. Por otro lado, esta indistinción también se apoya en la idea de que “todo te hace mal, todo es droga, todo es lo mismo”.

Surgen algunas sustancias que se destacan por ser las más mencionadas de manera espontánea, es el caso de la marihuana: en casi todos los entrevistados es la primera que se menciona en su lista de drogas conocidas. El alcohol, que también se conoce, no suele ser mencionada espontáneamente como droga. Otras drogas que surgen recurrentemente en las menciones de sustancias conocidas son la cocaína, el paco, el éxtasis, las pastillas y el cemento

de contacto o Poxirán. Cabe destacar que algunas sustancias fueron mencionadas sólo entre algunos entrevistados de nivel medio alto. Sustancias de “diseño” como la ketamina, heroína, morfina, Popper, crack, anfetaminas, LSD, sólo aparecen en discursos de jóvenes de este nivel y casi no se mencionan en las entrevistas de ciudades de la provincia de Buenos Aires.

También resultó importante la mención que se hizo a los **psicofármacos**. Esto se puede explicar por una mayor cercanía o naturalización con este tipo de medicamentos o por el efecto generado por lo que se llama el “**botiquín familiar**”.

Esto supone una familiaridad con el consumo de psicotrópicos a partir de formar parte del “botiquín” del hogar, lo que le confiere a los miembros de esa familia una accesibilidad ampliada. Pero también en tanto existe una “accesibilidad psicológica”, que construye esta naturalidad, a partir de una historia familiar que se fue moldeando en el tiempo. Más allá de esto, y no en todos los casos hay un conocimiento tan exhaustivo de las distintas pastillas. De modo general, los entrevistados mencionaron “pastillas” como un genérico de un tipo de droga, sin poder identificar diferencias por ejemplo, entre una pastilla medicinal y el éxtasis. La mención de las pastillas es generalmente acompañada por su modalidad de consumo junto con alcohol. Esta asociación se percibe muy riesgosa para la salud (se menciona los casos de adolescentes que murieron por mezclar alcohol y pastillas y que fueron acontecimientos ampliamente cubiertos por los medios). La mezcla de alcohol y pastillas también se asocia a la violencia, al descontrol peligroso.

Algunos adolescentes dicen reconocer en “la calle”, un espacio donde se entra en contacto y se pueden conocer diferentes drogas. Es necesario entonces hacer un análisis sobre qué significa “la calle” en cada caso, ya que muchas veces puede estar sugiriendo espacios distintos.

En algunas entrevistas a adolescentes de nivel económico bajo o muy bajo, cuya vivienda se encontraba en zonas de emergencia o precarizadas, esta “calle”, lugar de encuentro con la droga, se caracteriza como un espacio de cercanía y cotidianeidad: es “enfrente de casa”, en “toda la villa”, “acá nomás”. En cambio, en sectores medios altos “la calle” se configura como un espacio construido por oposición a un lugar cerrado, resguardado, de encuentro, como puede ser el boliche, una casa o la escuela.

En estos sectores “la calle” tiene una entidad menos definida, abstracta, se perfila como una categoría más útil para pensar y pensarse en la diferenciación social que para dar cuenta de realidades concretas. “La calle” es lo contrario al espacio privado, y se menciona sin muchas especificaciones, salvo en segmentos medios bajos donde se empieza a recortar de esta gran categoría espacios más concretos como “la plaza”, “la esquina” o “la salida de la escuela”.

Los adolescentes mencionan la televisión como un espacio donde se produce y circula información sobre drogas. Se mencionan los noticieros y programas periodísticos como los contextos donde surge información sobre modalidades de consumo de las drogas, donde se conocen nuevas drogas y sus efectos, entre otros.

También se encontró que en este país Suramericano la Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, a través de su Observatorio Argentino de Drogas (2005), realizó el Primer estudio acerca del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes Universitarios en Ciclo de Grado, pertenecientes a Universidades Públicas y Privadas del área Metropolitana de Buenos Aires. Esta investigación surgió como una necesidad de avanzar en el estudio, análisis y sistematización de datos referidos a la problemática de la droga en todas sus dimensiones. El objetivo del estudio fue indagar sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y su prevalencia en la población de referencia desde una perspectiva sociocultural, intentando a su vez a distinguir los diferentes tipos de consumo, la frecuencia, las

modalidades y las situaciones que facilitan o incentivan conductas adictivas y sus posibles consecuencias sobre el rendimiento académico, laboral y personal de la vida de los sujetos. La edad promedio de los encuestados fue 24 años.

Los principales hallazgos en relación con las sustancias psicoactivas fueron los siguientes:

En líneas generales se pudo observar que la mayor prevalencia de vida para el consumo de cualquier tipo de sustancias es mayor en alumnos de sexo masculino, concentrados en edades de 22 a 25 años.

En lo que se refiere al tratado del consumo de sustancias psicoactivas, se les consultó a los alumnos encuestados en relación a sustancias tales como: Marihuana, Tranquilizantes y Estimulantes obtenidos sin receta médica, Cocaína, Alucinógenos, Éxtasis, Solventes e Inhalables, Ketamina, Pasta Base, Opiáceos y otras sustancias no nominadas.

En primer lugar se encontró que el 19,2% de los alumnos encuestados han consumido o bien consumen en la actualidad marihuana, mientras que el 7,7% de los casos declaró haber consumido o bien consumir en la actualidad tranquilizantes sin receta médica. Tanto para la prevalencia del año (consumo en los últimos 12 meses), como para la prevalencia de mes (consumo en los últimos 30 días) es la marihuana la sustancia que mayor prevalencia registra. En lo que se refiere a la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas, la edad promedio se registró entre los 16 y 20 años para todas las sustancias, excepto para la pasta base cuya edad de inicio se registra entre los 21 y 25 años.

Refiriéndose a tranquilizantes, estimulantes, marihuana y cocaína, los encuestados manifestaron haber consumido alguna vez en el último año. Asimismo declararon haber consumido al menos una vez en su vida alucinógenos, solventes e inhalables, éxtasis y ketamina y que en lo que se refiere a pasta base y opiáceos declararon haberlo hecho diariamente.

### 4.2.3 MEXICO

El consumo de drogas en México se ha venido constituyendo como un problema de salud pública que a su vez propicia el deterioro de la calidad de vida de sectores cada vez más amplios de la población; el grupo adolescente es en quien se ha hecho más evidente el incremento en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

De acuerdo con un estudio especializado, las procuradurías de justicia en México se encuentran entre las instituciones de menor prestigio ante los ciudadanos, lo cual está relacionado con las cifras de efectividad: de cada 100 averiguaciones previas que se levantan, sólo en 23 se concluyen los años de edad, el 5.03% ha consumido drogas alguna vez en su vida, lo que equivale a más de tres y medio millones de personas.

Es probable que dicho número subestime la magnitud de la población que se ha visto afectada por este problema, sobre todo considerando las acciones de los narcotraficantes en colonias, parques y escuelas para inducir a más niños, jóvenes y adultos al consumo de las drogas. El número de adictos a alguna droga o al alcohol en el país se ha incrementado dramáticamente en los últimos años. Nadie duda del gran daño y deterioro social que genera no sólo el tráfico, sino también el consumo de drogas en México.

En años recientes, el uso de drogas se ha extendido en el mundo haciendo evidente que es un fenómeno global, sin embargo, existen diferencias entre los países en cuanto a los niveles de consumo.

Sin embargo, esta caracterización no refleja la situación actual: países tradicionalmente productores o de tránsito comienzan a registrar incrementos en su consumo interno y otros, que eran consumidores, están produciendo drogas. Además de los diversos factores socioeconómicos y políticos que contribuyen a

esta situación, se debe mencionar que las estrategias de las organizaciones del narcotráfico se han diversificando de tal modo que ha ido en aumento la cantidad de drogas que se quedan y se promueve su consumo en el mercado interno de países que anteriormente sólo eran productores o de tránsito.

Las drogas de origen vegetal, los productos del cannabis, como la marihuana y el hashish, son los más difundidos en todas partes; menos prevalente, pero con efectos más serios en la salud, es el abuso de la heroína y cocaína. El incremento más rápido a nivel mundial en años recientes es el de las drogas sintéticas, como las anfetaminas.

La situación del consumo de drogas en México en relación con la de otros países, revela que, tanto en la población general como entre los estudiantes, el nivel de consumo de marihuana es bajo cuando se le compara con otras sociedades. En cambio, en el caso de la cocaína, México se sitúa en un nivel medio en lo que respecta a la población general y en alto cuando sólo se analiza su consumo entre estudiantes.

En EEUU, en el grupo de edad de 12 a 17 años, la diferencia de consumo actual entre hombres y mujeres es baja (20%), en México, por cada mujer de esa edad que usó, hay 4 hombres; en los de 18 a 25 años, mientras en EEUU hay 2 hombres por cada mujer que consume, en México hay 17 por cada mujer. En México hay más diferencias en el consumo por género. El consumo de drogas comienza en México alrededor de los 17 años de edad.

El consumo de drogas ilícitas en México no solo muestra una tendencia a aumentar (1–3), sino también una complejidad creciente, caracterizada por la expansión del consumo de sustancias como las metanfetaminas y la cocaína de base libre, la existencia de arraigados problemas regionales como el consumo de heroína en el norte del país y la combinación de un extenso consumo de cocaína, marihuana y sustancias inhalables con problemas emergentes como el consumo de la droga sintética éxtasis (4, 5). Esto plantea la necesidad de desarrollar

estrategias de prevención y tratamiento orientadas adecuadamente, a fin de garantizar una mayor eficacia y un mejor aprovechamiento de los recursos.

En el caso de México Díaz, B. y García, R. (2008) han documentado la relación entre el consumo de drogas ilícitas por parte de los jóvenes y algunos factores, como ser varón y tener una baja percepción del riesgo de consumir drogas. También se ha señalado que la probabilidad de consumir estas sustancias es mayor cuando hay antecedentes de su consumo, actitudes de tolerancia y permisividad en la familia o entre los pares, y cuando son mayores el acceso a las drogas y las oportunidades de consumo. (18–23).

El modelo planteado muestra cómo los trastornos de ajuste conductual, a los que se incorpora el consumo de drogas ilícitas, pueden explicarse de manera directa por la influencia desviante del grupo de pares, conjugada con la inhabilidad para enfrentarla asertivamente y con los antecedentes de malestar afectivo y de dificultades para la integración social.

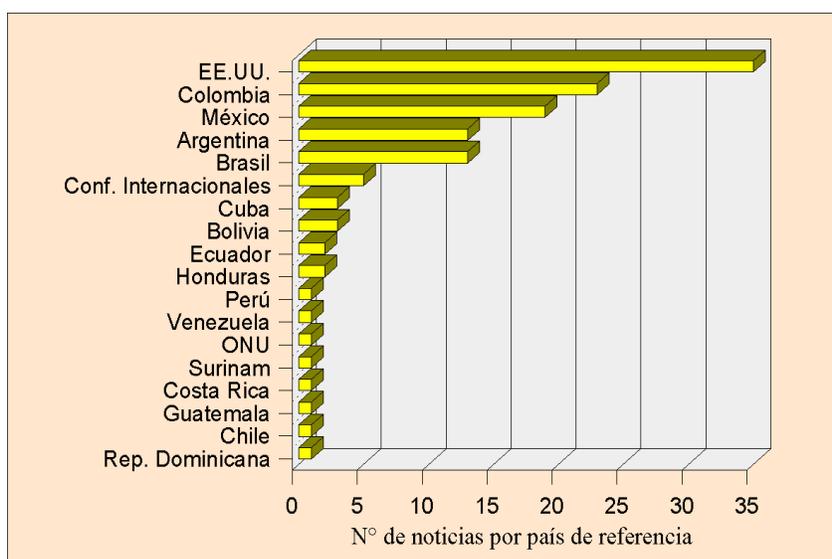
El problema del consumo afecta principalmente a la población juvenil y a los varones más que a las mujeres. La marihuana, seguida de la pasta base de cocaína, el crack y el clorhidrato de cocaína son las drogas ilícitas de mayor consumo en la región, generando mayores problemas en jóvenes de alta vulnerabilidad social. 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.

Respecto de la oferta de drogas ilícitas, para el caso de la cocaína, cuyo mayor mercado es el norteamericano, cabe señalar que en la región andina hay una extensión de cultivos de coca con capacidad para producir 1000 TM anuales de cocaína. La producción de marihuana es generalizada en el mundo y constituye la

droga ilícita de mayor consumo, y hay una fuerte tendencia al autoabastecimiento nacional, local y personal mediante cultivos domésticos.

Según Arriagada, I. y Hopenhayn, M. (2000) desde la década de los setenta la producción de opio para elaborar heroína destinada a los Estados Unidos se ha extendido desde Asia a América Latina, y allí se ha expandido primero en México y Guatemala, y luego en Colombia y Perú. Se observa también un incremento en la producción de drogas de diseño, cuya versión más conocida y difundida es el MDMA (o éxtasis), y que resulta difícil de fiscalizar dada la facilidad de su elaboración y transporte.

Las agencias internacionales de noticias asignan a los distintos organismos públicos de los Estados Unidos un papel protagónico como impulsores y principales promotores de la lucha contra las drogas. El resto de los países de la región, salvo Colombia y en menor medida México, Argentina y Brasil, ocupan un lugar marginal como fuentes noticiosas en las dos categorías temáticas consideradas aquí. Cabe consignar que la situación tan destacada de Argentina en la cobertura de prensa obedece al hecho coyuntural de la presencia de la viuda del narcotraficante Pablo Escobar en Buenos Aires. (véase gráfico)



**TABLA 2: Noticias relativas a las drogas por país.**

En relación con la cobertura temática, la prensa asigna mucha mayor importancia al combate a la producción, el tráfico y consumo de drogas por parte de las autoridades regionales, que la referida a las consecuencias de las drogas sobre la población.

#### **4.2.4 URUGUAY**

Según el informe “Consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia” realizado por Suarez, H. y Ramírez, J. (2011), la decisión que tiene el adolescente de consumir o no una droga, es un acto libre e individual pero presenta también métodos de acuerdo al intercambio social en su entorno, las reglas culturales y las normas aceptadas en la sociedad y en un entorno determinado.

Se encuentran referencias a factores asociados a la etapa evolutiva como ser la predisposición a buscar sensaciones nuevas, tolerancia a la experimentación, hiperactividad, percepción de invulnerabilidad, entre otros. Abunda también lo referente a factores más específicamente sociales como la influencia de pares, popularidad, trasgresión, entre otros. Aunque existe consenso en aceptar, junto a la dimensión sociocultural, estos factores explicativos, no hay evidencia que permita indicar efectivamente, qué peso relativo tienen cada uno de ellos y si se distribuyen homogéneamente entre la mayoría de los jóvenes.

El alcohol es la sustancia más consumida por los estudiantes de Enseñanza Media, ocho de cada diez estudiantes ha experimentado con alcohol alguna vez en su vida. En el inicio de su trayectoria en Secundaria, el consumo alguna vez en la vida alcanza a más del 70%, en tanto que al finalizar casi la totalidad de los estudiantes lo ha hecho (95%); lo que evidencia que, en promedio, antes de llegar a los 18 años sólo el 5% de los jóvenes escolarizados no ha probado alcohol alguna vez en su vida.

El alcohol es la droga que presenta la edad de inicio más baja, en el total de estudiantes, la edad promedio de inicio del consumo de alcohol es de 12,8 años. El 14% de los jóvenes experimentó con esta sustancia antes de ingresar al ciclo secundario, esto es, antes de cumplir 12 años; en tanto que al llegar a los 13 años casi el 44% lo hizo.

En promedio los estudiantes inician el consumo de tabaco a los 13,3 años. Antes de iniciar el ciclo de Enseñanza Secundaria (antes de los 12 años) el 5% de los estudiantes ya ha experimentado con la sustancia; en tanto que al llegar a los 13 años alcanzan a ser el 22% los que probaron tabaco. Cuatro de cada diez estudiantes ha consumido tabaco alguna vez en su vida y son fumadores actuales el 18.3%. De los estudiantes que experimentaron alguna vez con tabaco, el 42% continúa actualmente el consumo.

El consumo de tranquilizantes en la población estudiada alcanza al 18%. La mayoría de estos estudiantes lo hizo bajo prescripción médica. No obstante un 6% de los estudiantes hace un uso indebido de la sustancia, es decir sin prescripción médica. Las mujeres presentan el mayor consumo experimental de tranquilizantes sin prescripción médica, alcanzando al 12%. El consumo alguna vez en la vida de estimulantes sin prescripción médica es marginal en esta población, alcanzando al 2% de los estudiantes.

La edad promedio en que los estudiantes inician el consumo de marihuana es de 14,8 años, no presentándose diferencias significativas por área geográfica, ni por sexo, ni por tipo de centro educativo. El dato sustancial es que casi el 42% de los estudiantes que probaron marihuana lo hicieron antes de los 15 años. La marihuana continúa siendo la droga ilegal más consumida por los estudiantes uruguayos pese a que presenta un descenso estadísticamente significativo tanto en la experimentación como en los niveles de consumo reciente y actual respecto a los datos del año 2007. En 2009, el consumo alguna vez en la vida de marihuana alcanzaba al 16,2 % de los estudiantes. De cada 10 estudiantes que

experimentaron con Marihuana alguna vez en la vida, cuatro la siguen consumiendo.

Casi el 4% de los estudiantes ha probado cocaína alguna vez en su vida; en Montevideo la experimentación con esta sustancia alcanza al 5% de los estudiantes, en tanto en el interior es del 3%. La distribución del consumo experimental de cocaína por sexo deja en evidencia que el consumo de los hombres es el doble que el de las mujeres. En cuanto a la experimentación por curso se observa que es significativa la diferencia entre los alumnos aumentando a medida que se avanza en las generaciones. Puede distinguirse entre aquellos consumidores recientes que hacen un uso más frecuente de la sustancia (33%) de los que han consumido algunas veces o sólo una vez en el año (67%), conformando estos últimos el grupo mayoritario.

El consumo experimental de inhalantes, pasta base, alucinógenos y éxtasis en los estudiantes de Educación Media es marginal, en ninguno de estos casos supera el 3%; en tanto que el consumo actual, aún más reducido, no alcanza al 1%. Entre estas sustancias, la mayor experimentación se constata con los inhalantes, siendo el 2,6% de los estudiantes los que probaron alguna vez en su vida; asimismo es la sustancia que presenta la menor edad de inicio, en promedio los jóvenes experimentan a los 14,9 años. El consumo experimental de alucinógenos alcanza al 1,8% de los estudiantes.

En lo que respecta a la pasta base se encuentra que sólo el 1,3% de los estudiantes experimentó con ella teniendo en promedio 15,1 años de edad.

Por último, el éxtasis presenta un consumo experimental de 1,2% en la población estudiada; en Montevideo se duplica el consumo del interior y los hombres duplican el consumo de las mujeres.

#### 4.2.5 COLOMBIA

En el artículo “Consumo de drogas en Antioquia cuadruplica el promedio Nacional” publicado por el periódico El Colombiano el 29 de mayo de 2012, el presidente Juan Manuel Santos afirma que el consumo de drogas en Antioquia es tres veces superior al del resto del país. También se expone allí que más preocupante todavía es que la edad de inicio en consumo de sustancias ronda los quince años. Así lo revelan las estadísticas del Estudio del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Antioquia realizado por la gobernación a través del Comité Departamental en Drogas indicando también que el consumo de marihuana en el departamento es del 19.3 % y en algunas regiones llega al 29.6%, siendo el área metropolitana, la zona de más consumo en el departamento. En el resto del país señalaron que el 7.99 % reconoció que en algún momento de su vida consumió esta droga (marihuana). En cuanto la edad, el promedio está entre 15 y 16 años en Antioquia con esta sustancia. En Medellín, el 9.6 % reconoció haber consumido cocaína y el inicio está cerca a los 18 años.

La curiosidad, sentirse incluido, la diversión, posibilidades de relajarse, el ser aceptado en la sociedad en determinados grupos y vencer la timidez, siguen siendo los principales motivos por los cuales los antioqueños se inician en el consumo de drogas, anota este estudio, y que los conflictos familiares se convierten en el porcentaje más alto que influye para que este problema se agudice. Galeano, D. coordinador de salud mental de la Secretaría de Salud de Medellín, asegura que la situación es grave ya que no discrimina edad, sexo ni estrato social y que es una problemática social que supera las posibilidades que ellos tienen para prestar su servicio de atención, recurriendo a comités técnicos-operativos que con la ayuda de universidades, ONG y secretarías de los despachos municipales y departamentales, además de las EPS, tratan de resolver esta problemática, que se ha convertido en el primer problema de salud pública de Colombia con respecto a la salud mental. Según el artículo del colombiano en estudios realizados sobre el tema de las drogas se alerta porque

es un problema de todos los barrios de Medellín y del Valle de Aburrá, en donde drogas licitas como el alcohol y el tabaco y drogas ilícitas como la marihuana y otras, tienen un alto porcentaje de consumidores. La encuesta reveló que 16.3 % de los hombres y el 3 % de mujeres reconoció haber abusado de drogas alguna vez. El 5.2 % de los hombres y el 0.5 % de las mujeres dijeron ser dependientes. Son cifras elevadas, por lo cual la administración municipal, con la ayuda de las secretarías, están implementando programas de prevención y con la ley que aprobó el consejo, que le falta sanción presidencial, las EPS tendrán la obligación de atender esta población y dará nuevas herramientas para proporcionar tratamiento. El autor de esta propuesta fue el senador Juan Manuel Galán, falta la reglamentación.

Está comprobado que el policonsumo de drogas emergentes en la ciudad de Medellín se ha proliferado en hallazgos hechos en el centro Carisma, donde Vélez, J. dice que no hay una marcada disposición por una droga en particular o sustancia y los rituales de consumo en los muchachos van cambiando. Ejemplo: los adictos ya no solo inhalan la cocaína sino que se la inyectan, hacen combinaciones con la heroína y con alcohol y pastillas para contrarrestar los efectos. Se nota también un aumento de los inhalantes como el Dick y la marihuana llamada cripa, la cual es manipulada químicamente en laboratorios, potencializando sus efectos. Esta marihuana es mucho más adictiva, es llamada también cripa crespa white y proviene de matas más pequeñas y más concentradas, presentándose en los adolescentes como primera opción y luego la cocaína, siendo estas, las 2 sustancias de más confianza para los muchachos en el Valle de Aburrá. El auge y la moda en este momento del LSD, ácido o papelitos, como los llaman hoy en día, es la forma que tienen los jóvenes para hacerle trampa a los padres, pues no existen en el momento chequeos para dicha sustancia y por la forma de consumirla es bastante difícil detectar su consumo.

También se ha notado que en la distribución de estas drogas emergentes en Medellín, los jibaros se han especializado en la comercialización de cada sustancia y su alto precio les ha dejado ganancias mayores que otras drogas.

Frente al Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar, Antioquia encabeza la lista desde el 2004. La tendencia nacional permanece constante mientras que en Antioquia aumenta. Otro aspecto que se nota incrementar es la oferta y la facilidad de acceso a la sustancia; el porcentaje que arrojó dicho estudio, es que el 41.6 % de los drogadictos en el departamento de Antioquia, dicen adquirir la droga en el mercado callejero, que el 19.3 % ha consumido marihuana, el 2.8 % éxtasis y el 4.8 % popper. Con respecto a la heroína o dama blanca, conocida ya en todos los estratos, su incremento del uso y el abuso en la ciudad de Medellín ha aumentado y algunas entidades que tratan los heroinómanos utilizan Metadona como tratamiento optativo para el síndrome de abstinencia, "mono" o "monkey", observándose otro problema y es el abuso irresponsable de este medicamento, el cual entró al Plan Obligatorio de Salud (POS) junto con Rivotril y Rohypnol, utilizadas para la diversión en fiestas y after party's en Medellín. También como droga emergente aparece el Speedball, una combinación de heroína y cocaína en una sola dosis. El akineton es también, una droga de uso recreativo así como el Special K (ketamina) que originalmente es un anestésico utilizada en los caballos.

**Cuadro 2: Prevalencia de vida, anual y mensual de drogas emergentes.**

	Prevalencia de vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
Heroína	21,4%	9,8%	7,1%
Opio	10,6%	4,1%	2,7%
Morfina	7,8%	3,3%	,4%
Codeina	4,7%	2,9%	2,1%

Dextrometorfano	9,8%	3,1%	1,4%
Meperidina	6,4%	3,3%	2,1%
Fentanilo	0,7%	0,2%	0,2%
Metacualona (Mandrax)	3,3%	1,4%	1,4%
Basuco	39,8%	26,1%	13,7%
Rohypnol	48,0%	30,8%	22,0%
Crack	19,8%	13,3%	8,2%
Free - Base	20,4%	12,7%	8,8%
Dick	31,4%	15,1%	9,6%
Cacao	32,9%	9,6%	5,7%
Hongos	35,5%	12,2%	5,9%
Yage	5,1%	1,4%	,6%
LSD	25,5%	12,7%	6,5%
Éxtasis	29,8%	12,5%	7,5%
Anfetaminas	14,3%	8,4%	3,3%
HGB	6,1%	3,0%	2,0%
Éxtasis vegetal	1,8%	,8%	,4%
Fenciclidina	2,5%	1,2%	,6%
Metanfetaminas (Crystal)	9,6%	3,3%	2,0%
Ketamina	1,8%	,4%	,2%
Tucibi (2CB)	5,1%	2,2%	1,0%
Popper	56,5%	22,5%	12,0%
Ritalina	12,5%	6,3%	3,9%
Biperideno	15,3%	6,1%	4,5%
Triptanol	4,7%	2,2%	1,6%

Clonazepan (Rivotril)	56,7%	37,1%	24,7%
--------------------------	-------	-------	-------

*Nota:* Investigación consumo de drogas emergentes en Medellín. Calderón, Gustavo, Castaño Guillermo (2011). Consumo de drogas emergentes en la ciudad de Medellín.

Continuando con el panorama de drogas emergentes en Colombia se encontró un estudio realizado por el Observatorio Departamental de Drogas-Nariño, en el cual plantean que se hace necesario establecer un plano de permanencia, un horizonte desde donde pueda ser visto, investigado y estudiado el concepto de “nuevas sustancias”, para así intervenir en la problemática del consumo de sustancias psicoactivas. El concepto es amplio, si se tiene en cuenta una sustancia se hace nueva desde el mismo momento que llega e interviene, interfiere, surte relaciones duraderas o pasajeras en un espacio o comunidad; así cualquiera de las sustancias psicoactivas pueden convertirse en nuevas independientemente si son tradicionales o emergentes, sintéticas o de diseño.

Se llaman “nuevas sustancias” aquellas que emergen de lo natural para ser sometidas a procesos químicos o que son fabricadas directamente por laboratorios al interferir sobre una particular organización molecular. Podría hablarse de una población heterogénea entre niños, adolescentes y jóvenes que convergen en el inicio del consumo particularmente de nuevas sustancias.

El estudio piloto en la ciudad de Pasto, ha permitido distinguir que las localidades de Emilio Botero y Potrerillo Unido pertenecientes a la comuna cinco; y San Albano y Villa Nueva pertenecientes a la comuna diez comparten porcentajes significativos sobre el consumo de la sustancia psicoactiva sintética bóxer, y se distinguen la una de la otra por el consumo de Dick y Popper con índice sobre el consumo de heroína, respectivamente. Sin embargo, se resalta que en ambas localidades no se tienen conocimientos claros sobre las dos primeras en el sentido de reconocer al Dick como Popper y viceversa.

Se presenta un consumo significativo cuando asisten a rumbas, cuando están en el parche, aburridos o deprimidos, no obstante no existe un horario específico de consumo para la gran mayoría, se hace a diario o cuando se presenta la oportunidad, ambas guardan una relación parecida y estrecha.

De las sustancias consumidas se hayan estimulantes, mixtas y depresoras con efectos alucinógenos, sensaciones de locura y euforia. En relación a la frecuencia de uso, existe en estas localidades una oscilación entre lo habitual (una vez a la semana) y lo máximo (todos los días); el sentido dado al consumo por parte de los actores participantes es recreativo, es decir lo hacen por esparcimiento asociado a pasa tiempos, pero también es cotidiano, se hace a diario como parte de una rutina, costumbre o hábito.

En las localidades que comprometen la comuna diez, se reconoce, por los grupos focales, el consumo de bóxer, popper, dick, heroína, éxtasis y píldoras, entre ellas estimulantes, depresoras, mixtas y alucinógenas; el consumo se hace revelador cuando se asiste a fiestas, cuando hay problemas y están estresados; la frecuencia sobre su uso es habitual, lo hacen los fines de semana, el sentido dado al consumo es recreativo es decir, se hace por esparcimiento asociado a pasatiempos. Los efectos causados por el consumo de estas sustancias se asocian a estados eufóricos, alucinaciones, mareo, lentitud, sensación de volar, somnolencia y paranoia.

La comuna uno y los grupos focales identificados en los sectores de zona rosa, plaza del carnaval, parque de San Andrés y universitario permitieron conocer el consumo de nuevas sustancias psicoactivas como, popper, heroína, rivotril, éxtasis, escopolamina, mandrágora, LSD ácidos, krac, cloruro, bóxer, y mariposa que se asocia al consumo de marihuana más bazuco; en relación a éstas, un porcentaje considerable no tiene conocimiento sobre su composición, desconoce de donde proviene, cuál es el proceso de composición de estructuración al cual se somete.

Se podría plantear entonces la hipótesis: si no existe un conocimiento o una idea clara sobre la sustancia consumida, probablemente no se sabe lo que se está consumiendo.

Por otra parte, y en la mayoría de los casos estudiados sobre las entrevistas, no existen reflexiones previas al consumo, con esto se quiere decir que son escasos los actores que participan y sostienen una posición reflexiva en torno de las drogas y el consumo, sostienen una deliberación de la sustancia como tal, una relación íntima, menos dañina al conocerla objetiva y subjetivamente, de tal manera que se han permitido auto regularse, conocer hasta qué punto ella puede traerles alguna sensación de bienestar asociada al disfrute, más no al desbordamiento que propicie escándalos públicos, desestabilidad emocional y física.

Por esto, y sobre la mayoría de los actores que no sostienen reflexiones previas sobre el consumo de nuevas sustancias psicoactivas, se hace necesario generar espacios en los que niños, jóvenes y adolescentes logren adquirir estrategias de regulación y auto regulación del consumo de drogas.

Otro estudio realizado en Colombia por Bedoya, A, y Oviedo, C.(2008) sobre “consumo de nuevas sustancias psicoactivas” y motivado por la muerte producida a partir del consumo de popper en un joven universitario de 19 años y en otra circunstancia, la pérdida del conocimiento de un estudiante en un colegio de Manizales, en clases, mientras consumía una sustancia altamente volátil, tuvo el objetivo de generar una alerta temprana que permita, reflexionar e implementar un control del tráfico y prevención o disuasión en el consumo de las sustancias conocidas, como la cocaína, heroína, marihuana, drogas de síntesis y las nuevas sustancias que se desvían para uso recreativo, como es el caso del popper y el Lady D.

La búsqueda de nuevas sensaciones, la curiosidad, el lograr un grado de aceptación dentro de un entorno social y muchas circunstancias sobrevinientes, son el pretexto para que los individuos (no solo los jóvenes), opten por el consumo de sustancias psicoactivas ya conocidas o aquellas nuevas que a diario incursionan, acrecentando el ya amplio espectro de drogas ilícitas que se ofrecen en el mercado negro. Paralelo a esta situación, existen grupos de químicos dedicados a la búsqueda de nuevas variedades sintéticas, que generen otro tipo de sensaciones, de cuyo resultado, depende el éxito y la respuesta de la demanda.

Los jóvenes han entrado en una etapa de experimentación, en búsqueda de nuevos efectos que hagan de sus rumbas algo inolvidable; en este aspecto, se ha evidenciado el consumo de sustancias volátiles, que al ser inhaladas o aspiradas, llegan directamente al cerebro, generando depresión o estimulación del sistema nervioso central, sin tener en cuenta los daños irreversibles que esta práctica genera, tales como la alteración neurosensorial, distorsión de los sentidos, afectación de las funciones cerebrales o trastornos de personalidad y conducta.

Entre las más usadas se encuentran:

El popper (Los popper mas conocidos son los que se comercializan con el nombre de “Capitán Rush, nunca se cansa debido al uso del inhalante que le imprime fuerza y poder”), el corrector líquido (liquid paper), los disolventes o removedores de pintura, cuya base es el cloruro de metileno, conocido entre los jóvenes como “Dick” o limpiadores de teclado en aerosol, conocidos como “Duster” o “Máximo Impacto, adhesivos o pegantes, aerosoles de pintura, desodorantes o aromatizantes, los cuales contienen gas butano, propano o fluorocarbones. La mayoría de este tipo de inhalantes, los usan jóvenes estudiantes de primaria y bachillerato, quienes impregnan la sustancia en algunas de sus prendas, especialmente en las mangas de los suéteres de lana que generalmente hacen

parte del uniforme del colegio y la llevan a la nariz para ser inhalada, sin que dicha práctica sea detectada por los profesores.

De otra parte, una práctica que se viene acrecentando, es la de inyectar alcohol directamente al torrente sanguíneo, con el fin de alcanzar de manera inmediata su efecto y evitar que sean detectados, pues de esta manera no se produce el aliento alcohólico o conocido “tufo”; entre las niñas, se ha hecho manifiesto el consumo de alcohol, impregnando “tampones” e introduciéndolos en la vagina.

El lady's o lady d (cloruro de etilo) es una de las más de 1,000 sustancias inhalantes existentes en el mercado y de mayor riesgo, ya que ha cobrado un especial interés entre los niños y jóvenes adolescentes, es el uso del cloruro de etilo, anestésico local, que se está utilizando como droga. Este producto de venta libre, se adquiere en cualquier farmacia y es un anestésico local muy utilizado en medicina deportiva o en personas que practican algún deporte con frecuencia, ya que ocasiona una rápida vaporización cuando se aplica mediante aerosol sobre la superficie de la piel y produce un enfriamiento en el tejido que provoca insensibilidad de los nervios periféricos y por consiguiente su anestesia local. Si bien, su uso es muy útil en lesiones deportivas, entre los adolescentes se ha convertido en una droga más, ya que lo utilizan como sustancia tóxica que produce excitación y efectos eufóricos.

Es importante aclarar que existen más de 1,000 productos comerciales, disponibles en tiendas, misceláneas, papelerías, ferreterías, supermercados y farmacias, que son utilizadas en la casa, escuela, oficina, campos deportivos o cualquier otro lugar, sin que su uso represente riesgo de toxicidad, ya que además son muy necesarios y útiles para muchas actividades.

El problema está cuando se utilizan con fines de drogadicción y su uso se convierte en una necesidad, crean dependencia y tolerancia y se inhalan

intencionalmente con el propósito de tener sensaciones y reacciones diferentes que como ya se mencionó pueden llegar a ser mortales.

De acuerdo con los resultados del estudio, cerca de la mitad de la población colombiana utiliza frecuentemente sustancias legales como el cigarrillo y el alcohol, y no menos de la quinta parte se encuentra en situación de riesgo o con problemas asociados al abuso. De otro lado, alrededor de 10% de la población ha usado sustancias ilícitas alguna vez en la vida, y casi 3% (que representa aproximadamente 540.000 personas), lo hicieron en el último año.

El consumo reciente de sustancias ilícitas entre los hombres es tres veces mayor que entre las mujeres. El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de psicoactivos ilícitos es el de 18 a 24 años (6%), seguido por el grupo de 25 a 34 años (3,9%) y el de 12 a 17 años (3,4%).

Según este estudio, las sustancias ilícitas más consumidas en Colombia son: marihuana (2,3% en el último año), cocaína (0,7%), éxtasis (0,3%) y basuco (0,2%). También se reporta un alto consumo de sustancias inhalables (0,2% en el último año). Adicionalmente, el estudio confirma los reportes de numerosos expertos y centros de tratamiento acerca de un consumo creciente y ampliamente extendido de heroína.

Datos más específicos muestran que de 4.281 encuestados entre 12 y 17 años (en una muestra global de 29.164 personas), uno de cada cinco consumió alcohol durante el último mes (19,55%), y de ellos casi una tercera parte pueden ser considerados consumidores de riesgo. Respecto a sustancias tranquilizantes (Diazepam, Lorazepam, Alprazolam y Clonazepam), 0,2% de los jóvenes en esas edades las han consumido recientemente (durante el último año). En cuanto a las sustancias ilícitas, la marihuana es la más consumida, con 2,7%, seguida por la cocaína (0,8%), los inhalables (0,5%), el éxtasis (0,4%) y el basuco (0,1%), todas consideradas en un contexto de consumo reciente; es decir, durante el último año.

No obstante, cabe mencionar que debido a que la recolección de los datos se realizó mediante encuestas aplicadas directamente en los hogares, los subregistros podrían ser considerables.

En países como Colombia Climent y Aragón (1995) indican que los jóvenes que consumen drogas, le dan un gran significado a los sitios de consumo, ya que hay un sentido compartido por medio de las prácticas generadas en estos. Se resalta además que los jóvenes resignifican ciertos sitios, dándoles un sentido diferente para lo que inicialmente fueron creadas y se constituyen para ellos en la oportunidad de vivir experiencias de mayor intensidad, riesgo y emoción.

#### **4.2.6 BOLIVIA, COLOMBIA, ECUADOR Y PERU**

En estos países el convenio de Financiación entre la Comunidad Europea y la Comunidad Andina desarrolló el proyecto Apoyo a la comunidad andina en el área de drogas sintéticas (2010) estudio epidemiológico sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria.

El estudio encontró que existe variabilidad en el uso de drogas entre los países, con consumo de alguna vez en la vida que fluctúa alrededor de 14% en Bolivia, Ecuador y Perú, hasta un 29,6% en Colombia. La sustancia más consumida en todos los países es marihuana, la que se presenta tanto en forma exclusiva como combinada con otras drogas, sin embargo, entre los consumidores de drogas en los universitarios de Bolivia, hay un mayor uso exclusivo de inhalables que de marihuana (también como única droga). Destaca también el alto porcentaje de estudiantes que presentan signos de abuso o dependencia a drogas ilícitas como marihuana, pasta básica, base o bazuco y cocaína. En efecto, alrededor de un tercio de los consumidores de drogas de Bolivia y Ecuador presentan estos signos, cifra que baja a 20% en Perú y 27,5% en Colombia.

El estudio encontró que el reconocimiento de las drogas sintéticas es muy variable entre los países y entre las drogas. Por ejemplo, mientras un 70% de los estudiantes de Colombia reconocen al éxtasis como una droga de síntesis, un 41% de los estudiantes de Bolivia la reconocen como tal. En todos los casos es la droga sintética de mayor reconocimiento en todos los países. En Bolivia, Ecuador y Perú le siguen el LSD, en cambio en Colombia las anfetaminas y sus derivados.

Por su parte, un 23,4% de los estudiantes de Colombia declaran conocer a alguien en su universidad que usa algún tipo de drogas sintéticas, cifra que baja a 13,3% en Bolivia, 12% en Perú y 10,3% en Ecuador. En todos los países es el éxtasis la droga de mayor uso de acuerdo a los estudiantes. En general, los porcentajes son algo mayores cuando los estudiantes refieren a amigos que consumen alguna droga sintética.

La percepción que los estudiantes tienen sobre los riesgos asociados al uso de drogas sintéticas dan como resultados que alrededor de un 30% de los estudiantes de Bolivia y un 40% en los otros países, percibe gran riesgo frente al uso experimental de drogas sintéticas, llegando a cerca del 50% en Bolivia, 60% en Ecuador y 70% en Colombia y Perú para la percepción de gran riesgo en el uso frecuente de estas drogas. En todos los países la mayor percepción de gran riesgo se da para éxtasis, básicamente por el gran desconocimiento que se tiene acerca del riesgo que producen las otras drogas, principalmente GHB y ketamina.

Asimismo, la percepción sobre lo fácil que sería conseguir éxtasis es bastante variable entre los países. Mientras un 11% de los estudiantes de Bolivia piensa que les sería fácil conseguir drogas sintéticas, un 29% manifiesta lo mismo en Colombia, un 21% en Perú y 15% en Ecuador.

Por otra parte, un 11,6% de los encuestados de Colombia reconoce haber recibido oferta de alguna droga sintética en el transcurso del último año, ya sea para comprar o probar, porcentaje que baja a menos de la mitad en los otros 3

países. El mayor porcentaje es para éxtasis en los 4 países. En cuanto al uso de drogas sintéticas y según los resultados anteriores, alrededor de un 1,6% de los estudiantes de Bolivia, Ecuador y Perú declaran haber usado alguna vez en la vida, tasa que llega al 4,6% entre los estudiantes de Colombia. En Colombia, Ecuador y Perú aparece el éxtasis como la sustancia de mayor uso, en cambio en Bolivia son las anfetaminas.

De otro lado, un 0,3% de los estudiantes universitarios de Bolivia declaran haber consumido pasta base/bazuco al menos alguna vez en la vida, cifra que es de 0,9% entre los estudiantes de Colombia, un 1,5% en Ecuador y 0,7% en Perú. Las prevalencias de último año presentan marcas parejas de 0,03% en Bolivia y Perú y de 0,3% en Colombia y Ecuador.

En cuanto al uso de éxtasis, la mayor tasa de uso de esta droga está en Colombia, donde 3,5% de los estudiantes declara haber consumido éxtasis alguna vez en la vida, seguido de Ecuador (1,2%), Perú (0,9%) y Bolivia (0,6%).

Por otra parte, los resultados sobre la edad de inicio del uso de éxtasis entre los universitarios de todos los países señalan que el promedio de inicio es alrededor de los 18 años, con una mediana de 18 años. Es decir, 50% de los que han consumido éxtasis lo hicieron por primera vez a los 18 años o menos edad.

Por último, el estudio reveló que casi un 30% de los estudiantes de Colombia declaran haber consumido alguna sustancia alguna vez en la vida, cifra que baja a la mitad en el caso de los universitarios de Ecuador con un 14,5%, y algo menos en Perú, 13,6%, y Bolivia con 13,5%. En todos los países, como se esperaba, la droga de mayor consumo es marihuana. Sin embargo hay situaciones que merecen ser destacadas. En primer lugar está lo relacionado con el uso de drogas sintéticas, principal objetivo del estudio: un 4,6% de los estudiantes de Colombia declaran haber usado alguna de estas drogas, porcentaje que se reduce a un 1,6% en Bolivia y Perú y 1,5% en Ecuador. Lo segundo es el caso de Bolivia,

donde un 5,9% de los estudiantes han consumido alguna droga diferente de marihuana, cifra que es levemente inferior a la de dicha droga. Algo similar, pero con una mayor diferencia, ocurre en Perú, donde la tasa para marihuana es de 9% y de una droga diferente a marihuana es de 4,6%. Por contraste está el caso de Colombia, donde el uso de una droga diferente a marihuana sólo está presente en menos de un 3% de los estudiantes, versus un 26,7% para marihuana. En países como Bolivia y Colombia merece destacar el uso de inhalables, particularmente en el primero, donde la prevalencia de esa sustancia es sólo 2 puntos porcentuales menos que la tasa de marihuana. También se destacó el uso de pasta básica/base o bazuco, cocaína o crack, donde la prevalencia de vida en Colombia es de un 7%, y un 3% en Ecuador.

#### **4.3 EFECTOS DE LAS DROGAS EMERGENTES UTILIZADAS POR ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LOS PAÍSES DE HABLA HISPANA:**

Los efectos de las drogas emergentes son de naturaleza tan variada como su origen y composición. Una gran mayoría puede considerarse psicoestimulantes y produce, por tanto, hiperactivación del Sistema Nervioso Central con repercusión cardiovascular, que puede verse agravada por el aumento de temperatura corporal secundario al ejercicio físico por el baile y a otros factores relacionados con las características de los locales de ocio. No obstante, muchas otras sustancias incluidas en este grupo tienen efectos depresores sobre el sistema nervioso central o una mezcla de ambos, y otras poseen efectos alucinógenos.

Una parte del riesgo asociado al consumo de drogas emergentes estriba, precisamente, en el desconocimiento, por parte de los consumidores, de su composición exacta y efectos, que no admiten generalización al conjunto de las sustancias consideradas como drogas emergentes. Por otra parte, la frecuente asociación de su consumo con otras drogas de abuso (legales e ilegales)

contribuye a aumentar el riesgo de efectos no deseados y poco previsibles y a dificultar el abordaje terapéutico.

Según la Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias ESTUDES (2010), muchas de las sustancias incluidas en el grupo de las drogas emergentes han demostrado tener potencial de abuso y adicción. La experiencia en el ámbito asistencial es escasa, por lo que deben priorizarse aquellas intervenciones preventivas que sensibilicen a los potenciales consumidores de la existencia de este riesgo, y aquellas que capaciten a los profesionales en materia de drogodependencias para la prevención, detección precoz y tratamiento de su consumo.

Según el informe del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España en su Plan Nacional de Drogas (2012), se expone con claridad los efectos de las siguientes drogas emergentes:

#### **4.3.1 KETAMINA**

Efectos a nivel neurológico y psiquiátrico:

La Ketamina administrada por vía intravenosa produce inconsciencia dosis-dependiente y analgesia. Como agente único, en su uso reglado como anestésico, produce un estado “cataléptico”, permaneciendo el paciente con los ojos abiertos, las pupilas moderadamente dilatadas y un nistagmo lento, con reflejos a la luz y corneales intactos, pudiendo producir vocalización, movimientos intencionados no relacionados con la estimulación quirúrgica e hipertonía muscular.

La Ketamina produce reacciones psicológicas indeseables, que tienen lugar durante el despertar de la anestesia y se denominan reacciones de emergencia. Las manifestaciones habituales son sueños vívidos, delirios, alucinaciones,

sensación de flotar y, en algunas ocasiones, experiencias disociativas o extracorpóreas que se han relacionado con las experiencias cercanas a la muerte. También se han descrito agitación, gemidos, llanto, gritos y verbalización irracional. Estos síntomas se producen en la primera hora y desaparecen una o varias horas después.

El consumo habitual de Ketamina, como droga de abuso, se ha asociado con la aparición de ataques de pánico y ansiedad, problemas de memoria, dificultades de concentración y flashbacks. Parece muy probable que su uso en grandes dosis o de forma continuada pueda provocar daño cerebral selectivo a largo plazo. Estos efectos del consumo crónico podrían tardar en desaparecer desde meses hasta dos años después de haber abandonado el consumo.

Bajo los efectos de la Ketamina, la persona puede perder el control de sus actos durante varias horas, llegando incluso a perder la consciencia y la memoria. Esto puede dar lugar a situaciones peligrosas, sobre todo, si se tiene en cuenta la capacidad analgésica que tiene esta droga ya que, en caso de sufrir heridas graves, es muy probable que no se sintieran o no se les diese importancia, pudiendo tener consecuencias graves para la integridad del consumidor o de terceros.

La Ketamina puede favorecer que personas con síndrome depresivo piensen en el suicidio o intenten suicidarse y que personas agitadas se vuelvan violentas y agresivas. Esta capacidad es común para otras muchas drogas (p.ej. el alcohol) pero, bajo los efectos de la Ketamina, la muerte adquiere una representación bastante peculiar y distinta a la que producen otras sustancias y puede conllevar consecuencias muy diferentes.

## Efectos Físicos

La Ketamina no tiene efecto depresor sobre la ventilación pero se puede producir apnea si se administran dosis muy elevadas. A diferencia de otros anestésicos intravenosos, la Ketamina (0,5-2 mg/kg) se asocia con un aumento de la frecuencia cardiaca y un aumento de la tensión arterial tanto a nivel sistémico como pulmonar. Puede producirse un aumento del consumo de oxígeno miocárdico en pacientes con cardiopatía isquémica

Aunque el mecanismo por el que la Ketamina estimula el sistema cardiovascular sigue siendo desconocido, parece tener que ver con la estimulación directa del sistema nervioso central y, también, con la inhibición de la recaptación de catecolaminas.

También se han descrito otros efectos relacionados con el uso de Ketamina: anorexia, náuseas, vómitos, erupciones cutáneas, hipertermia maligna, variaciones de la presión intraocular, apnea, laringo-espasmo o edema pulmonar

Se ha descrito, recientemente, la aparición de síntomas urinarios (urgencia para la micción o micción dolorosa) asociados a cistitis ulcerativa severa como resultado del uso crónico de Ketamina en consumidores recreacionales.

## **SPICE**

No existe aún información sobre los efectos específicos de su consumo. En cualquier caso, sí se sabe que estas sustancias tienen un perfil muy similar al del cannabis, aunque con mayor rapidez en el inicio de la actividad psicodisléptica.

### **4.3.2 PIPERAZINAS**

#### Efectos Psicológicos

Se pueden producir, también, ansiedad, insomnio, pensamientos extraños, cambios del estado de ánimo, etc.

#### Efectos físicos

Taquicardia, hipertensión, náuseas, vómitos, dolor epigástrico, pueden aparecer dolor de cabeza, mareos y somnolencia en una pequeña proporción de los consumidores. Cuando se utilizan en dosis elevadas, se pueden producir reacciones neurotóxicas que se acompañan de incoordinación motora, ataxia, parestesias, vértigo, cefaleas, pesadez excesiva, dificultad para hablar, debilidad muscular, mioclonías, trastornos visuales y nistagmo

Se ha descrito la aparición de convulsiones en algunos consumidores de BZP con o sin historia de enfermedad epiléptica previa. Algunas observaciones podrían sugerir que la ingestión conjunta con etanol disminuye el número de convulsiones aunque aumenta la confusión, la agitación y las palpitaciones

### **4.3.3 MEFEDRONA**

#### Efectos Psicológicos

Son frecuentes la aparición de alucinaciones y sintomatología psicótica. Es probable que éstos sean dependientes de la dosis consumida y también que se encuentren modulados y mezclados con los efectos producidos por el consumo simultáneo de otras sustancias (alcohol, cannabis u otros estimulantes, ketamina, etc.).

## Efectos físicos

El consumo produce efectos inmediatos similares a los de otros estimulantes como éxtasis y cocaína: dilatación pupilar, agitación, aumento de la frecuencia cardiaca e hipertensión. En algunos casos se han producido vasoconstricción periférica severa que afecta manos y pies, arritmias, ictus y convulsiones. La corta duración de los efectos producidos por la mefedrona favorece el consumo de dosis repetidas, aumentando el riesgo de intoxicación.

### **4.3.4 METANFETAMINA**

#### Efectos neurológicos y psiquiátricos

Aunque los efectos varían según el individuo y las condiciones de la ingesta, en general, se manifiestan por una desorientación inicial seguida de cambios del tono de humor (euforia, disforia), sensación de aumento de energía, alerta, estimulación, mejoría de la atención y la concentración, del rendimiento intelectual y de la ejecución de tareas manuales, disminución del cansancio, del sueño y del hambre.

El consumo aumenta la locuacidad y mejora la capacidad de comunicación, produce sensación de hiperagudeza mental y de mayor seguridad en uno mismo. Puede ocasionar temblores y cefalea, insomnio, fatiga, ansiedad, irritabilidad, ataques de ira y comportamientos agresivos con alteraciones en los sentimientos y emociones. Se han descrito episodios psicóticos (incluso con dosis terapéuticas) y síndrome de Gilles de la Tourette.

Las manifestaciones psicóticas pueden aparecer hasta 36-48 horas después de haberse producido una única sobredosis y pueden durar hasta una semana.

A dosis elevadas puede aparecer desorientación, depresión psíquica, alucinaciones, delirio, catatonia, convulsiones o coma. Las alucinaciones se caracterizan por visiones de gran realismo y suelen ser de tipo auditivo o táctil. El consumo puede ocasionar también crisis de pánico, ideación paranoide, agitación psicomotriz, deterioro de los procesos de pensamiento, trastornos amnésicos e incoherencia y cambios afectivos.

### Efectos Físicos

Las metanfetaminas pueden ocasionar aumento de la frecuencia cardíaca, hipertensión arterial, fibrilación ventricular e incluso muerte.

Pueden aparecer náuseas y vómitos. El consumo de estas sustancias puede provocar toxicidad hepática, que se manifiesta en forma de hepatitis o de insuficiencia hepática aguda y se caracteriza por la presencia de ictericia, elevación de las cifras de las transaminasas séricas y disminución de la actividad de la protrombina. Aunque, en la mayoría de los casos, los daños hepáticos producidos por MDMA no son graves y se resuelven espontáneamente, en ocasiones pueden resultar mortales.

También pueden producir tensión muscular, bruxismo (rechinar de dientes), mayor sensibilidad al frío, sofocos, aumento de la sudoración y sed e hipertermia maligna. También se producen alteraciones oculares como midriasis, visión borrosa y alteraciones en la visión de los colores. La MDMA puede incrementar la secreción de vasopresina y provocar hiponatremia y edema cerebral.

#### 4. ANALISIS DE RESULTADOS

Las drogas emergentes comprenden un grupo amplio, cambiante y muy diverso de sustancias, naturales, semisintéticas o sintéticas, conocidas o desconocidas, y utilizadas con distintos fines, que han aparecido en el mercado de sustancias psicoactivas como alternativa y/o complemento a las drogas tradicionalmente consumidas (heroína, cocaína, cannabis, éxtasis, etc.), cuyos efectos imitan los de las drogas tradicionales, pero sin estar sometidas, muchas de ellas, a restricciones legales en los ámbitos nacionales e internacionales. Estas sustancias según Arizaga, C (2009) se perciben legitimadas por la sociedad, ya sea por su visibilidad frecuente, por su cotidianeidad, en espacios de ocio juvenil o entre los consumos adultos, como por su estatus legal, no se les cataloga como droga; y aún cuando se reconoce que pueden ser dañinas para la salud, se cree que tienen un efecto menor.

Este fenómeno que ha ido en aumento en todos los lugares del mundo se encuentra además asociado a diversas problemáticas sociales: problemas de salud derivados del consumo, propagación de enfermedades como el sida, situaciones de violencia, abuso sexual, narcotráfico, entre otros, esto ha hecho que las drogas en general y también las emergentes sean un asunto de salud pública.

Ante este panorama los países están implementado diversas estrategias que buscan evidenciar la realidad que viven con respecto a las drogas emergentes, para ello en el caso de España se están realizando investigaciones sociales, sistemas de notificación de casos, observatorios etnográficos, esperando que esto se convierta en un sistema de alerta temprana y a partir de allí implementar programas de promoción, prevención e intervención que conlleven a generar una mayor conciencia social y un mayor control acerca de la expansión del uso y abuso de las drogas emergentes. Argentina, Uruguay, Colombia, entre otros

también cuentan con el Observatorio de drogas, desde allí se han realizado estudios con el fin de analizar y sistematizar datos referidos a la problemática de las drogas en todas sus dimensiones. En Antioquia, Colombia la administración municipal, con la ayuda de las secretarías, están implementando programas de prevención y con la ley que aprobó el consejo, las EPS tendrán la obligación de atender a esta población y dará nuevas herramientas para proporcionar tratamiento. El autor de esta propuesta fue el senador Juan Manuel Galán.

En la revisión bibliográfica realizada para esta monografía se evidencia que el problema que ocasionan las drogas emergentes va en aumento, algunos países de habla hispana como España, México, Argentina, Bolivia, Ecuador, Uruguay, Perú y Colombia ya se están ocupando de esta situación y en otros aún es escasa la información sobre el tema.

La información más sobresalientes de la revisión bibliográfica es la siguiente:

## **5.1 EN CUANTO AL CONSUMO DE DROGAS EMERGENTES**

En España en el Plan nacional sobre drogas (2012) se puede encontrar que se ha hecho una caracterización de las drogas emergentes, definición, composición, efectos. Se identifica aquí que las personas que más recurren a su uso son los adolescentes y los jóvenes, y que el entorno que favorece más el consumo son los ambientes festivos que se presentan con mayor frecuencia los fines de semana, esta característica es común a todos los países investigados.

Han identificado además que el número de drogas emergentes es elevado y está en continuo aumento. La Unión Europea informó de la aparición de aproximadamente 40 nuevas sustancias en 2010, entre las que se incluyen desde plantas y hongos hasta vitaminas, minerales, fármacos de uso legal o sus copias y sustancias químicas no autorizadas con múltiples formatos de comercialización y

consumo (píldoras, extractos de plantas, hongos frescos o secos, jabones, abonos vegetales, infusiones, inhalantes, etc.) . Entre las drogas "emergentes" que se citan en el análisis, se encuentran las siguientes: Anfetaminas, piperazinas, pirrolidifenonas, ketamina, 'Spice drugs' y GHB/GBL. El análisis también encontró que las sustancias de abuso de origen vegetal, como la ayahuasca, el iboga, la savia, los hongos alucinógenos, el peyote, el khat, el betel, el kawa kawa, ololiuqui y las plantas solanáceas son también consumidas con frecuencia en esta población y son usadas con fines recreativos.

En cuanto a las sustancias más utilizadas se identificó que tres de estos productos, el BZP (1-benzilpiperacina), la mefedrona (4-metilcatinona) y el Spice son probablemente los más utilizados en Europa.

Según datos de la última encuesta del Observatorio Español sobre Drogas, los consumos de drogas siguen siendo muy significativos:

- Cannabis: En 1995, un 14,5% de los españoles de 15 a 64 años lo habían consumido alguna vez. En 2009-2012, este porcentaje se ha elevado al 32,1%. En cuanto a las personas que lo consumen diariamente, el porcentaje ha subido del 0,7% en 1997 al 2% en 2009-2010.
- Cocaína: En 1995, un 3,4% de los españoles de 15 a 64 años lo habían consumido alguna vez. En 2009-2010, este porcentaje se ha elevado al 10,2%. En cuanto a las personas que lo consumen diariamente, el porcentaje ha subido del 0,9% en 1997 al 1,6% en 2006.
- Éxtasis: En 2009-2010, el 0,8% de los españoles de 15 a 64 años lo habían consumido en el último año.

Además de esto y según la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga, las anfetaminas constituyen la segunda droga de mayor consumo en el mundo, detrás del cannabis.

Se realizó también en España la encuesta escolar sobre alcohol y drogas ESTUDES (2010) con el fin de conocer la situación de consumo en los adolescentes en edades comprendidas entre 14 y 18 años, esta encuesta arrojó como resultado que las drogas más consumidas por los estudiantes siguen siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. El consumo del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles, heroína, entre otros) es mucho más minoritario, situándose entre el 1% y el 3,9% los estudiantes que las han probado alguna vez y entre el 0,5% y el 1,5% su consumo actual (últimos 30 días). Las sustancias que mostraron mayores prevalencias de consumo fueron las setas mágicas, la ketamina y el *Spice*, aunque la extensión de su consumo no parece indicar que, por el momento y en este grupo de edad, las drogas emergentes supongan un problema fundamental en el ámbito del consumo de drogas en España. El consumo de las drogas emergentes muestra mayor prevalencia en la población joven (de 15 a 34 años) y puede estar asociado a los entornos de ocio nocturno. Según la encuesta, el consumo de drogas emergentes no es elevado, de hecho es el más bajo registrado en Europa, sin embargo se logró determinar que los jóvenes inician el consumo a edades tempranas y que existe desconocimiento sobre los efectos, este hecho genera preocupación y representa por lo tanto una alarma importante.

Al igual que en España la investigación de Arizaga, C. (2009) “El consumo de drogas como consumo cultural” realizada en Argentina revela que en los adolescentes se perciben muchas dudas y confusiones respecto a las sustancias, aún así se logró determinar que no se trata de falta de información, sino más bien de la calidad de la información que los adolescentes manejan respecto al tema.

En cuanto a la situación de consumo en Argentina el estudio arrojó la siguiente información:

En lo que se refiere al consumo de sustancias psicoactivas, Pelloni, C. y Pronsky, L. (2006). Consultaron a los alumnos encuestados en relación a sustancias tales como: Marihuana, Tranquilizantes y Estimulantes obtenidos sin receta médica, Cocaína, Alucinógenos, Éxtasis, Solventes e Inhalables, Ketamina, Pasta Base, Opiáceos y otras sustancias no nominadas. En primer lugar se encontró que el 19,2% de los alumnos encuestados han consumido o bien consumen en la actualidad marihuana, mientras que el 7,7% de los casos declaró haber consumido o bien consumir en la actualidad tranquilizantes sin receta médica. Tanto para la prevalencia del año (consumo en los últimos 12 meses), como para la prevalencia de mes (consumo en los últimos 30 días) es la marihuana la sustancia que mayor prevalencia registra. En lo que se refiere a la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas, la edad promedio se registró entre los 16 y 20 años para todas las sustancias, excepto para la pasta base cuya edad de inicio se registra entre los 21 y 25 años.

Refiriéndose a tranquilizantes, estimulantes, marihuana y cocaína, los encuestados manifestaron haber consumido alguna vez en el último año. Asimismo declararon haber consumido al menos una vez en su vida alucinógenos, solventes e inhalables, éxtasis y ketamina y que en lo que se refiere a pasta base y opiáceos declararon haberlo hecho diariamente.

Esta información permite establecer en cuanto a drogas emergentes que tanto en Argentina como en España se está consumiendo la ketamina, en España 1.1 por ciento de las personas encuestadas la ha consumido alguna vez en su vida y en Argentina todas las personas participantes en el estudio declararon haber consumido Ketamina al menos una vez en su vida.

En Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú se realizó el estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria arrojando como principales hallazgos que existe variabilidad en el uso de drogas entre los países, con consumo de alguna vez en la vida que fluctúa alrededor de 14% en Bolivia, Ecuador y Perú, hasta un 29,6% en Colombia. La sustancia más consumida en estos países es marihuana (esta información coincide con Argentina donde se encontró que el 19,2% de los alumnos encuestados han consumido o bien consumen en la actualidad esta sustancia) la que se presenta tanto en forma exclusiva como combinada con otras drogas, sin embargo, entre los consumidores de drogas en los universitarios de Bolivia, hay un mayor uso exclusivo de inhalables que de marihuana (también como única droga). Destaca también el alto porcentaje de estudiantes que presentan signos de abuso o dependencia a drogas ilícitas como marihuana, pasta básica, base o bazuco y cocaína. En efecto, alrededor de un tercio de los consumidores de drogas de Bolivia y Ecuador presentan estos signos, cifra que baja a 20% en Perú y 27,5% en Colombia. En estos países es el éxtasis la droga emergente de mayor uso de acuerdo a los estudiantes.

La percepción que los estudiantes tienen sobre los riesgos asociados al uso de drogas sintéticas dan como resultados que alrededor de un 30% de los estudiantes de Bolivia y un 40% en los otros países, percibe riesgo frente al uso experimental de drogas sintéticas, el 50% en Bolivia, 60% en Ecuador y 70% en Colombia y Perú. En estos países la mayor percepción de riesgo se da para el éxtasis, básicamente por el gran desconocimiento que se tiene acerca de los efectos que producen las otras drogas, principalmente GHB y ketamina.

Según el artículo “Consumo de drogas en Antioquia cuadruplica el promedio Nacional” publicado por el periódico El colombiano el 29 de mayo de 2012, el policonsumo de drogas emergentes en la ciudad de Medellín (Colombia) se ha proliferado en hallazgos hechos en el centro Carisma, donde el coordinador psicólogo y médico especialista Vélez, J. dice que no hay una marcada disposición

por una droga en particular o sustancia y los rituales de consumo en los muchachos van cambiando. Ejemplo: los adictos ya no solo inhalan la cocaína sino que se la inyectan, hacen combinaciones con la heroína y con alcohol y pastillas para contrarrestar los efectos. Se nota también un aumento de los inhalantes como el Dick y la marihuana llamada cripa, presentándose en los adolescentes como primera opción y luego la cocaína, siendo estas, las 2 sustancias de más confianza para los muchachos en el Valle de Aburrá. El auge y la moda en este momento del LSD, ácido o papelitos, como los llaman hoy en día, es la forma que tienen los jóvenes para hacerle trampa a los padres, pues no existen en el momento chequeos para dicha sustancia y por la forma de consumirla es bastante difícil detectar su consumo. Esta variedad en cuanto a la presentación de las sustancias también se evidencia en España donde según el Plan nacional sobre drogas (2012) la difusión de las drogas sintéticas se da por medio de píldoras, extractos de plantas, hongos frescos o secos, jabones, abonos vegetales, infusiones, inhalantes, etc.

En Pasto, otra ciudad de Colombia el Observatorio Departamental de Drogas (Nariño), ha permitido distinguir que las localidades de Emilio Botero y Potrerillo Unido pertenecientes a la comuna cinco; y San Albano y Villa Nueva pertenecientes a la comuna diez comparten porcentajes significativos sobre el consumo de la sustancia psicoactiva sintética bóxer, y se distinguen la una de la otra por el consumo de dick y popper con índice sobre el consumo de heroína, respectivamente. Sin embargo, se resalta que en ambas localidades no se tienen conocimientos claros sobre las dos primeras en el sentido de reconocer al dick como popper y viceversa. En las localidades que comprometen la comuna diez, se reconoce, por los grupos focales, el consumo de bóxer, popper, dick, heroína, éxtasis y píldoras, entre ellas estimulantes, depresoras, mixtas y alucinógenas; el consumo se hace revelador cuando se asiste a fiestas, cuando hay problemas y están estresados; la frecuencia sobre su uso es habitual, lo hacen los fines de semana, el sentido dado al consumo es recreativo es decir, se hace por esparcimiento asociado a pasatiempos. Los efectos causados por el consumo de

estas sustancias se asocian a estados eufóricos, alucinaciones, mareo, lentitud, sensación de volar, somnolencia y paranoia.

En el estudio realizado en Colombia por Bedoya, A, y Oviedo, C.(2008) sobre “consumo de nuevas sustancias psicoactivas” aparecen como las más usadas: el popper, el corrector líquido (liquid paper), los disolventes o removedores de pintura, cuya base es el cloruro de metileno, conocido entre los jóvenes como “Dick” o limpiadores de teclado en aerosol, conocidos como “Duster” o “Máximo Impacto, adhesivos o pegantes, aerosoles de pintura, desodorantes o aromatizantes, los cuales contienen gas butano, propano o fluorocarbonos el lady’s o lady d. De otra parte, una práctica que se viene acrecentando, es la de inyectar alcohol directamente al torrente sanguíneo, con el fin de alcanzar de manera inmediata su efecto y evitar que sean detectados, pues de esta manera no se produce el aliento alcohólico o conocido “tufo”; entre las niñas, se ha hecho manifiesto el consumo de alcohol, impregnando “tampones” e introduciéndolos en la vagina.

De acuerdo con los resultados de este estudio, cerca de la mitad de la población colombiana utiliza frecuentemente sustancias legales como el cigarrillo y el alcohol, y no menos de la quinta parte se encuentra en situación de riesgo o con problemas asociados al abuso. De otro lado, alrededor de 10% de la población ha usado sustancias ilícitas alguna vez en la vida, y casi 3% (que representa aproximadamente 540.000 personas), lo hicieron en el último año. Además manifiestan que las sustancias ilícitas más consumidas en Colombia son: marihuana (2,3% en el último año), cocaína (0,7%), éxtasis (0,3%) y basuco (0,2%). También se reporta un alto consumo de sustancias inhalables (0,2% en el último año). Adicionalmente, el estudio confirma los reportes de numerosos expertos y centros de tratamiento acerca de un consumo creciente y ampliamente extendido de heroína.

En Uruguay según el informe “Consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia” realizado por Suarez, H. y Ramírez, J. (2011) El consumo experimental, aún más el consumo actual, de inhalantes, pasta base, alucinógenos y éxtasis es marginal en los estudiantes de Enseñanza Media, en ninguno de estos casos supera el 3%; en tanto que el consumo actual, aún más reducido, no alcanza al 1%. Esta situación es similar a la presentada en España donde los índices de consumo de estas sustancias son minoritarios presentándose entre el 1 y 3.9%.

También se determinó que el 17% del total de estudiantes probó alguna vez en su vida alguna droga ilegal (marihuana, inhalables, alucinógenos, pasta base, cocaína o éxtasis), siendo la marihuana la que concentra el mayor mono-consumo. El consumo de marihuana, en forma exclusiva o combinada, se presenta en casi el 95% de los estudiantes encuestados que usaron drogas ilegales en el último año.

En suma tanto en Bolivia como en Colombia, Ecuador, Perú, Argentina y Uruguay la droga de mayor consumo es la marihuana y en términos generales la droga emergente más utilizada en Colombia, Ecuador y Perú es el éxtasis presentando las siguientes proporciones: en Colombia 3,5% de los estudiantes declara haber consumido éxtasis alguna vez en la vida, en Ecuador 1,2% y en Perú 0,9%, En Bolivia las sustancias más consumidas son las anfetaminas. En países como Bolivia y Colombia merece destacar el uso de inhalables

## **5.2 EN CUANTO A LA EDAD DE CONSUMO**

Mientras que en España se habla de una mayor prevalencia de consumo de drogas emergentes en la población entre los 15 y 34 años, en Argentina según el Estudio acerca del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes Universitarios en Ciclo de Grado (2005) realizado por el Observatorio Argentino de

drogas, se evidencia que el consumo de sustancias es mayor en las personas de sexo masculino con edades entre los 22 y 25 años, los encuestados declararon haber consumido al menos una vez en su vida alucinógenos, solventes e inhalables, éxtasis y ketamina y en lo que se refiere a pasta base y opiáceos declararon haberlo hecho diariamente.

Por otro lado en México se logró establecer que el consumo de drogas comienza alrededor de los 17 años de edad y se identificó una proporción mayor de hombres consumidores estableciendo que por cada mujer consumidora que se encuentra entre los 12 y 17 años de edad hay 4 hombres consumidores.

En países como Colombia, Perú, Bolivia y Ecuador la edad de inicio del uso de éxtasis entre los universitarios se encuentra alrededor de los 18 años. Es decir, 50% de los que han consumido éxtasis lo hicieron por primera vez a los 18 años o menos edad. En el artículo “Consumo de drogas en Antioquia cuadruplica el promedio Nacional” publicado por el periódico El Colombiano el 29 de mayo de 2012, se expone que la edad de inicio en consumo de sustancias en este departamento se encuentra al rededor de los quince años.

En otro estudio realizado en Colombia por Bedoya, A, y Oviedo, C.(2008) sobre “consumo de nuevas sustancias psicoactivas” se encontró que el consumo reciente de sustancias ilícitas entre los hombres es tres veces mayor que entre las mujeres y que el grupo de edad con mayor prevalencia de uso de psicoactivos ilícitos es el de 18 a 24 años (6%), seguido por el grupo de 25 a 34 años (3,9%) y el de 12 a 17 años (3,4%).

Esto indica que en los países de habla hispana incluidos en esta monografía el consumo de drogas promedio puede iniciar en edades comprendidas entre los 12 y los 34 años aproximadamente.

### **5.3 EN CUANTO A LA LEGITIMIDAD DE LAS DROGAS**

Se encontró que tanto en España como en Argentina el hecho de que una sustancia esté o no legitimada socialmente en su consumo, es relevante para definirla o no como droga, esto va más allá de la simple etiqueta que pueda tener la sustancia ya que a partir de allí muchas personas consideran los efectos de estas como positivos o negativos, y decidirán si consumirla o no ya que por el hecho de no estar reconocida una sustancia como droga se cree tiene efectos menores.

En ambos países se evidencia además que el consumo de sustancias está ligado a actividades de ocio que se realizan con más frecuencia durante los fines de semana.

### **5.4 EN CUANTO AL CONOCIMIENTO QUE LOS USUARIOS TIENEN DE LAS DROGAS EMERGENTES**

En cuanto al conocimiento que los jóvenes tienen sobre las drogas a la delegada del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España, Espí (2010) le preocupa el hecho de que haya jóvenes que se inicien en las drogas a edades tan tempranas, así como el escaso conocimiento acerca de los efectos. Además entre los jóvenes se populariza los efectos estimulantes de las drogas emergentes y en general se desconocen aquellos efectos perjudiciales para la salud.

En Argentina según la investigación “El consumo de drogas como consumo cultural” (2009) se evidencia lo siguiente en cuanto a los que los jóvenes conocen de las drogas: son pocos los que se sienten seguros sobre la información que suministran. Puede percibirse muchas dudas, confusiones, repeticiones de sustancia en función de no reconocer apodos u otras formas en que son llamadas determinadas sustancias. Sin embargo y a diferencia de España en donde

preocupa el escaso conocimiento, en Argentina no se trata de un problema de poca información (los adolescentes pueden mencionar una lista considerable de sustancias), sino más bien de la calidad de la misma además mencionan la televisión como un espacio donde se produce y circula información sobre drogas. Se mencionan los noticieros y programas periodísticos como los contextos donde surge información sobre modalidades de consumo de las drogas, donde se conocen nuevas drogas y sus efectos, entre otros.

En Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú el estudio epidemiológico sobre el consumo encontró que el reconocimiento de las drogas sintéticas es muy variable entre estos países y entre las drogas. Por ejemplo, mientras un 70% de los estudiantes de Colombia reconocen al éxtasis como una droga de síntesis, un 41% de los estudiantes de Bolivia la reconocen como tal. En todos los casos es la droga sintética de mayor reconocimiento en estos países. En Bolivia, Ecuador y Perú le siguen el LSD, en cambio en Colombia las anfetaminas y sus derivados.

Teniendo en cuenta el estudio realizado por el Observatorio Departamental de Drogas-Nariño se identificó el consumo de nuevas sustancias psicoactivas como, popper, heroína, rivotril, éxtasis, escopolamina, mandrágora, LSD ácidos, krac, cloruro, bóxer, y mariposa que se asocia al consumo de marihuana más bazuco; en relación a éstas, un porcentaje considerable no tiene conocimiento sobre su composición, desconoce de donde proviene, cuál es el proceso de composición de estructuración al cual se somete.

En todos los países la mayor percepción de riesgo se da para éxtasis, básicamente por el gran desconocimiento que se tiene acerca del riesgo que producen las otras drogas, principalmente GHB y ketamina. Asimismo, la percepción sobre lo fácil que sería conseguir éxtasis es bastante variable entre los países. Mientras un 11% de los estudiantes de Bolivia piensa que les sería fácil conseguir drogas sintéticas, un 29% manifiesta lo mismo en Colombia, un 21% en Perú y 15% en Ecuador.

Se evidencia en la información analizada que el auge de las drogas sintéticas, la proliferación de estas y la cantidad de derivados que se están generando en los laboratorios hacen que los jóvenes no tengan claridad acerca de los componentes ni efectos de las drogas que consumen.

## **5.5 EN CUANTO A LAS FACILIDADES PARA CONSEGUIR DROGAS**

En España según el Plan Nacional sobre Drogas (2012) la difusión de las drogas sintéticas (píldoras, extractos de plantas, hongos frescos o secos, jabones, abonos vegetales, infusiones, inhalantes, etc.) se ha visto facilitada por internet, donde hay información acerca de la obtención, consumo, efectos, etc., la mayoría de las veces esta información no es confiable y se usa más como forma de promocionar este tipo de sustancias a su vez estas estrategias escapan por lo general a las medidas de control y seguimiento de los estados haciendo que se agrave la situación de consumo y se encuentre expuesto un número de población relativamente alto.

Otro artículo de España extraído del periódico virtual el confidencial resalta también la utilización del internet para la consecución de estas sustancias adictivas se encontró que allí se habla del auge de las drogas legales y explican que se trata de un fenómeno que crece de forma alarmante. Torrens (2012) asegura que es “un mercado cambiante y muy rápido” y, además, muy difícil de controlar. Al tratarse de sustancias nuevas, que no son ilegales, se venden en cientos de páginas de Internet, bajo nombres en clave y, tal como explica la doctora, “se envían por mensajería normal y corriente”. Los sucedáneos de la cocaína se suelen comercializar como “sales de baño”. Adicional a esto agregan de manera alarmante que basta teclear “legal high” en Google para encontrar paginas como Herbalhighs, –que vende a todo el mundo y está disponible en varios idiomas incluido el español– donde en un *clic se puede* acceder, por ejemplo, a un sucedáneo de la cocaína conocido como Jungle dust que, según la

página, “es un viaje de ida y vuelta a Colombia en una noche”, a 35 euros el gramo más gastos de envío. El catálogo es amplio y está dividido en secciones como “*speed legal*”, “*éxtasis legal*”, “*tripis*”, “*hierbas para fumar*” o “*estimulantes*”. Todo un abanico de drogas sintéticas completamente legales y al alcance de cualquiera.

En el artículo “Consumo de drogas en Antioquia cuadruplica el promedio Nacional” publicado por el periódico El Colombiano (2012), se evidencia que los jíbaros se han especializado en la comercialización de drogas emergentes en la ciudad de Medellín y su alto precio les ha dejado ganancias mayores que otras drogas.

Según un estudio realizado en Colombia por Bedoya, A, y Oviedo, C.(2008) sobre “consumo de nuevas sustancias psicoactivas” El lady’s o lady d (cloruro de etilo) es una de las más de 1,000 sustancias inhalantes existentes en el mercado y de mayor riesgo, ya que ha cobrado un especial interés entre los niños y jóvenes adolescentes, es el uso del cloruro de etilo, anestésico local, que se está utilizando como droga. Este producto de venta libre, se adquiere en cualquier farmacia y es un anestésico local muy utilizado en medicina deportiva o en personas que practican algún deporte con frecuencia, ya que ocasiona una rápida vaporización cuando se aplica mediante aerosol sobre la superficie de la piel y produce un enfriamiento en el tejido que provoca insensibilidad de los nervios periféricos y por consiguiente su anestesia local. Si bien, su uso es muy útil en lesiones deportivas, entre los adolescentes se ha convertido en una droga más, ya que lo utilizan como sustancia tóxica que produce excitación y efectos eufóricos.

En suma podría decirse que son muchas las formas de conseguir los productos, desde páginas de internet que proveen durante las 24 horas del día, jíbaros que la distribuyen en las calles y hasta farmacias, estos aspectos agudizan el panorama frente a las drogas y hacen que los gobiernos y estados generen nuevas estrategias de intervención y prevención de este fenómeno que va en aumento.

## 5.6 EN CUANTO A ASPECTOS DE ORDEN CULTURAL

En España la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de 14 a 18 años de Enseñanzas Secundarias en España ESTUDES (2010) revela que el consumo de las drogas emergentes muestra mayor prevalencia en la población joven (de 15 a 34 años) y puede estar asociado a los entornos de ocio nocturno, relacionándose, especialmente, con determinados tipos de música y baile. No obstante, en los últimos tiempos, se ha observado un aumento de consumidores en solitario que buscan experimentar nuevas sensaciones.

En Argentina según la investigación “El consumo de drogas como consumo cultural” (2009) se evidencian dos tipos de discurso frente a la droga: El discurso genérico: en el cual no se especifica la sustancia; los adolescentes muestran poco conocimiento, o una información incompleta acerca de las drogas; suelen confundir una con otra (ejemplo: porro con paco) y “la droga” es algo ajeno, propio de los otros y siempre peligrosa, asociada a una idea más cercana a la adicción.

De otro lado, se da el discurso distintivo, en este se diferencia por sustancia, no refiere a “la droga” como un genérico que abarca a todas las sustancias por igual. De esta manera, los adolescentes se muestran más informados y con mayor conocimiento de cada sustancia (o al menos no las confunden); diferencian entre drogas de otros y de nosotros, aquellas que son de alguna forma naturalizadas y se perciben desde la idea de uso, alejadas de la idea de adicción. La sustancia y sobre todo el cómo se consume, asociado a perfiles sociales, separa a las drogas del *nosotros* y de los *otros*.

En estos dos grupos puede considerarse al alcohol como droga cuando está asociado a un determinado perfil social y a situaciones de violencia. Algunos adolescentes dicen reconocer en “la calle”, un espacio donde se entra en contacto y se pueden conocer diferentes drogas.

En el artículo “Consumo de drogas en Antioquia cuadruplica el promedio Nacional” publicado por el periódico El Colombiano el 29 de mayo de 2012 registran que la curiosidad, sentirse incluido, la diversión, posibilidades de relajarse, el ser aceptado en la sociedad en determinados grupos y vencer la timidez, siguen siendo los principales motivos por los cuales los antioqueños se inician en el consumo de drogas, anota este estudio, y que los conflictos familiares se convierten en el porcentaje más alto que influye para que este problema se agudice.

En el estudio piloto en la ciudad de Pasto realizado por el Observatorio Departamental de Drogas-Nariño se evidencia que se presenta un consumo de drogas significativo cuando los jóvenes asisten a rumbas, cuando están en el parche, aburridos o deprimidos, no obstante no existe un horario específico de consumo para la gran mayoría, se hace a diario o cuando se presenta la oportunidad, ambas guardan una relación parecida y estrecha.

En el estudio realizado en Colombia por Bedoya, A, y Oviedo, C.(2008) sobre “consumo de nuevas sustancias psicoactivas” manifiestan que la búsqueda de nuevas sensaciones, la curiosidad, el lograr un grado de aceptación dentro de un entorno social y muchas circunstancias sobrevinientes, son el pretexto para que los individuos (no solo los jóvenes), opten por el consumo de sustancias psicoactivas ya conocidas o aquellas nuevas que a diario incursionan, acrecentando el ya amplio espectro de drogas ilícitas que se ofrecen en el mercado negro. Paralelo a esta situación, existen grupos de químicos dedicados a la búsqueda de nuevas variedades sintéticas, que generen otro tipo de sensaciones, de cuyo resultado, depende el éxito y la respuesta de la demanda. Los jóvenes han entrado en una etapa de experimentación, en búsqueda de nuevos efectos que hagan de sus rumbas algo inolvidable; en este aspecto, se ha evidenciado el consumo de sustancias volátiles, que al ser inhaladas o aspiradas, llegan directamente al cerebro, generando depresión o estimulación del sistema nervioso central, sin tener en cuenta los daños irreversibles que esta práctica

genera, tales como la alteración neurosensorial, distorsión de los sentidos, afectación de las funciones cerebrales o trastornos de personalidad y conducta.

En países como Colombia Climent y Aragón (1995) indican que los jóvenes que consumen drogas, le dan un gran significado a los sitios de consumo, ya que hay un sentido compartido por medio de las prácticas generadas en estos. Se resalta además que los jóvenes resignifican ciertos sitios, dándoles un sentido diferente para lo que inicialmente fueron creadas y se constituyen para ellos en la oportunidad de vivir experiencias de mayor intensidad, riesgo y emoción.

## **5.7 EN CUANTO A LOS EFECTOS PRODUCIDOS POR LAS DROGAS EMERGENTES**

En la Encuesta escolar sobre Drogas 2010 se encontró que los efectos de las drogas emergentes son tan variados como su origen y composición. Una gran mayoría puede considerarse psicoestimulantes y producen hiperactivación del Sistema Nervioso Central con repercusión cardiovascular, que puede agravarse por el aumento de temperatura corporal secundario al ejercicio físico por el baile y a otros factores relacionados con las características de los locales de ocio. Otras tienen efectos depresores sobre el sistema nervioso central, o una mezcla de ambos, y en un tercer grupo se encuentran las que provocan efectos alucinógenos. El análisis también señala que bajo los efectos de cualquiera de estas sustancias, prevalecen las conductas agresivas y de riesgo, como conducir de forma temeraria o mantener relaciones sexuales no protegidas. Algunas sustancias como el GHB o la ketamina son consideradas, en algunos países, como sustancias facilitadoras de la comisión de delitos sexuales.

## 5. CONCLUSIONES

- Las drogas emergentes comprenden un grupo amplio, cambiante y muy diverso de sustancias, naturales, semisintéticas o sintéticas, conocidas o desconocidas, y utilizadas con distintos fines, que han aparecido o reaparecido en el mercado de sustancias psicoactivas como alternativa y complemento a las drogas tradicionalmente consumidas (heroína, cocaína, cannabis, éxtasis, entre otros), cuyos efectos imitan o superponen, pero sin estar sometidas, muchas de ellas, a restricciones legales en los ámbitos nacionales e internacionales.

Una de las principales razones por las cuales los individuos utilizan las sustancias y llegan al abuso es por la capacidad psicoactiva (depresora, estimulante, modificadora) que poseen las mismas sobre el sistema nervioso central; al metabolizarse producen alteraciones funcionales que se experimentan en los niveles sensorial- perceptivo, cognoscitivo y emocional, efectos que de cierta forma quieren ser experimentados por los usuarios de las sustancias.

Los efectos de las drogas emergentes son de naturaleza tan variada como su origen y composición. Una gran mayoría puede considerarse psicoestimulantes y produce por tanto, hiperactivación del Sistema Nervioso Central con repercusión cardiovascular; agravada por el aumento de temperatura corporal secundario al ejercicio físico por el baile y a otros factores relacionados con las características de los locales de ocio. No obstante, muchas otras sustancias incluidas en este grupo tienen efectos depresores sobre el Sistema Nervioso Central o una mezcla de ambos, y otras poseen efectos alucinógenos.

En general, bajo los efectos de cualquiera de estas sustancias, es probable desarrollar conductas agresivas y de riesgo, como conducción temeraria de vehículos o relaciones sexuales no protegidas. Algunas sustancias, como el GHB o la Ketamina, son consideradas, en algunos países, como facilitadoras de la comisión de delitos sexuales.

- El cannabis es la droga ilícita más consumida. En 2009 lo consumieron entre 125 y 203 millones de personas en el mundo, una tasa de prevalencia anual de 2,8% a 4,5%, este consumo de cannabis vino seguido de estimulantes de tipo anfetamínicos (metanfetamina, anfetamina y éxtasis principalmente), opioides (opio, heroína y los opioides de venta con prescripción) y cocaína.

En algunos países (como es el caso de España y gran parte de los países del sur y el oeste de Europa) la cocaína sería la sustancia estimulante predominante, mientras que en otros (países del norte y centro de Europa), lo serían las anfetaminas y derivados.

En países de habla hispana los consumidores de cannabis constituyen el principal grupo, seguido en volumen de consumo las anfetaminas, opioides y cocaína.

- En Colombia como en la gran mayoría de los países del mundo, la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo. Dentro de las drogas que se que usan más habitualmente son las que afectan el funcionamiento mental como: tranquilizantes suaves, anfetaminas, heroína, éxtasis, marihuana, alcohol, nicotina.
- El impacto del consumo, abuso y dependencia a las sustancias psicoactivas se ha incrementado a nivel mundial y uno de los grupos poblacionales más

afectados es el de adolescentes, con un alto impacto a nivel social, económico y en la salud.

- El consumo de las drogas emergentes muestra mayor prevalencia en la población joven (de 15 a 34 años) y puede estar asociado a los entornos de ocio nocturno, relacionándose especialmente, con determinados tipos de música y baile. No obstante, en los últimos tiempos, se ha observado un aumento de consumidores en solitario que buscan experimentar nuevas sensaciones. Las sustancias que mostraron mayores prevalencias de consumo fueron: Las setas mágicas, la Ketamina y el *Spice*, aunque la extensión de su consumo no parece indicar que, por el momento y en este grupo de edad, las drogas emergentes supongan un problema fundamental en el ámbito del consumo de drogas en España.
- La tendencia estable o en descenso del consumo de heroína y cocaína en las principales regiones de consumo se ve igualada por el aumento de las drogas sintéticas y los medicamentos de venta bajo prescripción médica. Así el consumo de éstos con fines no médicos se ha convertido en un problema sanitario cada vez mayor en algunos países desarrollados y en desarrollo.
- El consumo de drogas y los problemas asociados en nuestra sociedad, constituyen actualmente, uno de los principales problemas de salud pública, como lo hemos podido observar a lo largo de esta investigación las drogas emergentes, o recreativas, se han convertido en algo común para los adolescentes y jóvenes de nuestro país y otros países como España, México, Chile y Argentina entre otros, quienes las utilizan con fines recreativos.
- Una parte del riesgo asociado al consumo de drogas emergentes se presenta debido al desconocimiento por parte de los consumidores acerca

de la composición exacta y efectos, que no admiten generalización al conjunto de las sustancias consideradas como drogas emergentes. Por otra parte, la frecuente asociación de su consumo con otras drogas de abuso (legales e ilegales) contribuye a aumentar el riesgo de efectos no deseados y poco previsibles y a ocultar el abordaje terapéutico.

- Muchas de las sustancias incluidas en el grupo de las drogas emergentes han demostrado tener potencial de abuso y adicción. La experiencia en el ámbito asistencial es escasa, por lo que deben priorizarse aquellas intervenciones preventivas que sensibilicen a los potenciales consumidores de la existencia de este riesgo, y aquellas que capaciten a los profesionales en materia de drogodependencias para la prevención, detección precoz y tratamiento de su consumo.

## 6. RECOMENDACIONES

- La prevención resulta ser el mejor tratamiento, las personas que no abusan de las sustancias durante la etapa decisiva, antes de cumplir 25 años, probablemente no desarrollen un problema severo relacionado con consumo de sustancias. Es importante prevenir el avance desde el uso experimental temprano de droga, al uso regular, el abuso y la adicción.
- Se deben desarrollar alternativas eficaces para la prevención y el tratamiento con el fin de mitigar los flagelos de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas emergentes y mejorar tanto su calidad de vida, como su entorno familiar y social.
- Es necesario seguir profundizando en el conocimiento de los efectos del consumo de muchas de estas drogas emergentes en todos los ámbitos de la investigación científica, para optimizar las intervenciones orientadas a la prevención y al correcto tratamiento de los daños asociados a su consumo en los potenciales consumidores.
- Es importante que los padres participen en la formación de la autoestima de los hijos, en el fortalecimiento de vínculos, así como su influencia en el establecimiento de relaciones positivas con los amigos, todo esto reduce las posibilidades de involucrarse en el consumo de drogas y otras conductas inadecuadas que a futuro traen consecuencias graves.
- Es necesario enfatizar en la importancia de que en las Instituciones Educativas y en la familia se realicen intervenciones preventivas desde la niñez, estas acciones no pueden estar cargadas de hostilidad o rechazo, deben enmarcarse en un ambiente de asertividad, comunicación y apoyo, para de esta forma incidir directamente en aquellos factores de riesgo que están vinculados significativamente con el consumo de drogas.

## 7. REFERENCIAS

Antinarcóticos Colombia: Fundación Nacional para la prevención de la drogadicción, en la juventud Colombiana. Recuperado de [http://www.antinarcoticoscolombiana.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=53&Itemid=71](http://www.antinarcoticoscolombiana.org/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=71)

Arizaga, C. (2009). El consumo de drogas como consumo cultural. La problemática del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes desde la cultura del consumo. Observatorio Argentino de drogas. Recuperado de <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Consumos%20culturales%20en%20jovenes%202009.pdf>

Arriagada, I. y Hopenhayn, M. (2000). Oficiales de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la CEPAL. Producción, tráfico y consumo, de drogas en América Latina, Recuperado de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/5621/lcl1431e.pdf>

Arza, J. (2002). Las drogas. Princesas y dragones. Ediciones Eneida. Salud.

Ayuso, M. (2011). El auge de las drogas legales: “No sabemos de dónde salen” (s.f.). Recuperado de <http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2012/07/02/el-auge-de-las-drogas-legales-no-sabemos-de-donde-salen-101038/>

Bargas. Venus, nexus o *tucibi*. Módulo pag 405. Recuperado de <http://bargas.es/docs/paginasmodulos/405/2c-nexus.pdf>

Bedoya, A. y Oviedo, C. (2008) Policía Nacional de Colombia Escuela de Estudios Superiores de Policía Curso de Actualización para Ascenso al grado de Mayor

Ensayo Propositivo Alerta por Consumo de Nuevas Sustancias Psicoactivas Bogotá. Recuperado de [http://oasportal.policia.gov.co/portal/page/portal/UNIDADES\\_POLICIALES/Escuelas\\_formacion/sespo/LA\\_ESCUELA/AREAS/AREA\\_INVESTIGACION/PROCESOS\\_INVEST/INVESTIGACION\\_FORMATIVA/ALERTA%20POR%20CONSUMO%20DE%20NUEVAS%20SUSTANCIAS%20PSICOACTIVAS.pdf](http://oasportal.policia.gov.co/portal/page/portal/UNIDADES_POLICIALES/Escuelas_formacion/sespo/LA_ESCUELA/AREAS/AREA_INVESTIGACION/PROCESOS_INVEST/INVESTIGACION_FORMATIVA/ALERTA%20POR%20CONSUMO%20DE%20NUEVAS%20SUSTANCIAS%20PSICOACTIVAS.pdf)

Burillo, P. y Climent, B. (2011). Drogas emergentes I: Las smart drugs. Anales del sistema sanitario de Navarra. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272011000200012&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272011000200012&script=sci_arttext)

Calderón, G. y Castaño G.(2011). Consumo de drogas emergentes en la ciudad de Medellín. Grupo de investigación en farmacodependencia y adicciones Fundación Universitaria Luis Amigó. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=1296>

Chopra, D. (2006). Vencer las adicciones. Barcelona, España: Byblos.

Clonazepam, Condición de venta: con receta médica retenida. Recuperado de <http://www.ispch.cl/encabezado/folletos/doc/Clonazepam2.pdf>

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2012). Drogas Emergentes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeDrogasEmergentes.pdf>

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2006). Informe sobre Cannabis. Ministerio de sanidad y Consumo. España. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeCannabis.pdf>.

Conace (2008). Boletín Biblioteca Virtual. Área de Informaciones. Centro de Documentación e Información (CDI). Recuperado de <http://bibliodrogas.cl/bibliodrogas/boletines/BOLETIN%20OCTUBRE%202008.pdf>.

Consumo de drogas en Antioquia cuadruplica el promedio nacional. (2012). El Colombiano. Recuperado de <http://m.elcolombiano.com/article/53293>

Consumo de heroína inicia a los doce años en Medellín (s.f.). Diario el país. Recuperado de <http://www.zonaj.net/noticia/1536/8/consumo-de-heroina-inicia-a-los-12-anos-en-medellin/>

Convenio de Financiación entre la Comunidad Europea y la Comunidad Andina para el Proyecto de Cooperación ALA/2005/017-652. “Apoyo a la Comunidad Andina en el área de Drogas Sintéticas” (s.f.) Recuperado de <http://www.comunidadandina.org/Upload/201129164252proyectoDROSICANlecciones.pdf>

Cooperación entre América Latina y la Unión europea en política sobre drogas. Las drogas de síntesis como fenómeno emergente en América latina (2011). Cartagena de indias. Colombia. Recuperado de [http://www.copolad.eu/c/document\\_library/get\\_file?uuid=0bd29107-704b-4d7a-b16b-247417effabf&groupId=10157](http://www.copolad.eu/c/document_library/get_file?uuid=0bd29107-704b-4d7a-b16b-247417effabf&groupId=10157)

Corrêa, J.T (2011). Historia de las drogas y de la guerra de su difusión. Recuperado de <http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848>

Diario el país (2012). Drogas sintéticas cada vez con más adeptos jóvenes. Recuperado de <http://historico.elpais.com.co/paionline/calionline/notas/Junio242007/juve.html>

Díaz, B. y García, R. (2008) Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. Revista Panamericana de Salud Pública. 24(4): 223–32. 208, Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n4/v24n4a01.pdf>.

Drogas Emergentes (2011). Ministerio de sanidad, política social e igualdad de España. Plan nacional sobre drogas. Madrid: Centro de publicaciones paseo del prado. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeDrogasEmergentes.pdf>

Drogas Sintéticas cada vez con más adeptos jóvenes (s.f.). Diario el País. Recuperado de <http://historico.elpais.com.co/paionline/calionline/notas/Junio242007/juve.html>

DrugFacts. Los medicamentos con y sin prescripción médica. National Institute on Drug Abuse (s.f). Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-medicamentos-con-y-sin-prescripcion-medica>

DrugFacts. National Institute on Drug Abuse (s.f). Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-heroina>

El consumo de drogas emergentes muestra gran prevalencia entre jóvenes. Su uso se asocia a contextos de ocio nocturno y diversión (s.f.). Recuperado de <http://www.pequesymas.com/desarrollo-del-nino/el-consumo-de-drogas-emergentes-muestra-una-gran-prevalencia-entre-jovenes-y-su-uso-se-asocia-a-contextos-de-ocio-nocturno-y-diversion>.

Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (estudes) (2010). Recuperado de [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES\\_2010.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf)

Escohotado, A. (1994). Las Drogas: Aspectos Históricos. Madrid: Editorial Alianza.

Escohotado, A. (2005). Historia General de las Drogas. Fenomenología de las Drogas. Opio, posología, efectos subjetivos, principales usos. Pág. 1197-1205. Ed. Espasa. Recuperado de <http://www.escohotado.com/historiageneralde lasdrogas/opio.htm>

Espí, N. (2010) Instituto de Investigación en drogodependencias. Universidad Miguel Hernández. Unos 76.000 estudiantes de 14 a 18 años admiten haber probado la Ketamina, los hongos o algunos derivados del cannabis. Recuperado de <http://inid.umh.es/?mod=noticias&ct=noticia.asp&ID=6206>

Fernández, L. y Hernández L. (2003). Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, Ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). Adicciones. Vol. 15. Supl. 2. Madrid. Recuperado de [http://www.adicciones.es/files/\(03\)%20lorenzo.pdf](http://www.adicciones.es/files/(03)%20lorenzo.pdf).

García, R y Soria, M., (2011). Drogas emergentes: una perspectiva médico legal. Revista *Española Medico legal*. vol.37 núm. 02. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-medicina-legal-285/drogas-emergentes-una-perspectiva-medicolegal-90023609-revision-2011>

García, R y Soria, M., (2011). Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, Departamento de Sevilla, Sevilla, España. Editorial Elsevier. Publicado en Revista Española de Medicina Legal. vol.37 núm. 02. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-medicina-legal-285/drogas-emergentes-una-perspectiva-medicolegal-90023609-revision-2011>

Guía sobre drogas para el plan Nacional sobre drogas (2007). Ministerio de sanidad y consumo. Secretaría general de sanidad. Madrid: Avenida Gráfica. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>

Instituto Nacional Contra el Abuso de las Drogas. La antidroga. Ritalin. (s.f)  
Recuperado de <http://www.ctclearinghouse.org/topics/customer-files/Ritalin-082505.pdf>

Laboratorios Gautier. Centro de información y asesoramiento toxicológico (C.I.A.T.) Montevideo-Uruguay. Recuperado de <http://productos.euofarmagautier.com.uy/imgUpload/biperid.pdf>.

Martínez, I. (1996) Intoxicación por escopolamina. *Oficina de Recursos Educativos Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Santa Fe de Bogotá.* Recuperado de [http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Intoxicaciones/Intoxicacion\\_por\\_escopolamina.pdf](http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Intoxicaciones/Intoxicacion_por_escopolamina.pdf).

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Agencia española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Madrid España. Recuperado de <http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=52401&formato=pdf&formulario>

National Institute on Drug Abuse. La heroína (s.f.). Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-heroina>

National Institute on Drug Abuse. Los medicamentos con y sin prescripción médica (s.f). Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-medicamentos-con-y-sin-prescripcion-medica>

Observatorio Argentino de Drogas (2010). Adolescentes y consumo. Boletín Informativo. Año 2- N°9. Recuperado de <http://www.observatorio.gov.ar/>  
<http://www.observatorio.gov.ar/boletines.html>  
<http://www.observatorio.gov.ar/boletin-9.html>

Observatorio Departamental Drogas - Nariño – Recuperado de <http://alertatemprana.sistemasvirtuales.org/index.php/publicaciones?showall=&start=1>

[http://alertatemprana.sistemasvirtuales.org/attachments/article/10/Nuevas%20Drogas%20en%20Pasto%20\(Nari%C3%B1o\)%202010..pdf](http://alertatemprana.sistemasvirtuales.org/attachments/article/10/Nuevas%20Drogas%20en%20Pasto%20(Nari%C3%B1o)%202010..pdf)

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011). El problema de la drogodependencia en Europa. Recuperado de

<http://alertatemprana.sistemasvirtuales.org/index.php/publicaciones>

<http://alertatemprana.sistemasvirtuales.org/attachments/article/10/Drogas%20emergentes%20en%20Europa%202011.pdf>

Organización Mundial de la salud (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington. Recuperado de

<http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/neurociencia-libro.pdf>

Organización Mundial de la salud (2008). Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de sanidad y consumo. Secretaría general de sanidad. Madrid: Editorial Solana e Hijos. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

Pelloni, C. y Pronsky, L. (2006). Revista Hablemos: debate y acción. N°6. Pág. 44-49. recuperado de

<http://www.sedronar.gov.ar/>

<http://www.sedronar.gov.ar/images/novedades/biblioteca/encuesta%20consumo%20universitarios.pdf>

Pérez, D. Una aproximación etnográfica a los estudios de drogas emergentes en España. Barcelona. Recuperado de <http://www.slideshare.net/davidpere/una-aproximacin-etnografica-a-los-estudios-de-los-consumos-de-drogas-emergentes-en-espaa>

Pérez, G. (2007). Desafíos de la Investigación Cualitativa. Catedrática de Pedagogía Social. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Chile, Pág. 3, 4.

Plan Nacional de Drogas Ministerio del Interior (2002). Drogas de Síntesis. Recuperado de <http://www.uv.es/=cholz/Drogas%20sintesis%20%28PND%29.pdf>.

Portal Solidario. Centro de Documentación. Adicciones/Información de sustancias. Morfina. Recuperado de [http://www.portalsolidario.net/docu/2campos2.php?rowid=36&nombd=adicciones\\_sustancias&menu=1](http://www.portalsolidario.net/docu/2campos2.php?rowid=36&nombd=adicciones_sustancias&menu=1)

Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Serie Editorial CES.

Rodriguez, J. Agulló, E. y Agulló, M. (2003). Monografías, drogas recreativas. Adicciones. vol. 15, suplemento 2, 2003. Editores: Julio Bobes García, Pilar Alejandra Sáiz Martínez. Recuperado de <http://alertatemprana.sistemasvirtuales.org/index.php/publicaciones>  
[http://alertatemprana.sistemasvirtuales.org/attachments/article/10/monografia\\_drogas\\_recreativas%20%281%29.pdf](http://alertatemprana.sistemasvirtuales.org/attachments/article/10/monografia_drogas_recreativas%20%281%29.pdf)

Rossi, P. (2008). Las drogas y los adolescentes. Lo que los padres deben saber sobre las adicciones. Madrid, España: Editorial Tébar. Recuperado de <http://books.google.com.co/books?id=QhebSREvtqMC&pg=PA304&dq=Las+drogas+y+los+adolescentes.+Lo+que+los+padres+deben+saber+sobre+las+adicciones.&hl=es&sa=X&ei=5R7mT9W4EOWZ6QHDnsngDg&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=Las%20drogas%20y%20los%20adolescentes.%20Lo%20que%20los%20padres%20deben%20saber%20sobre%20las%20adicciones.&f=false>

Sánchez, G. Los jóvenes “se colocan” con insecticidas, incienso y sales de baño. Comisión clínica sobre drogas emergentes. (s.f.) Recuperado de <http://www.intereconomia.com/noticias-gaceta/sociedad/los-jovenes-se-colocan-insecticidas-incienso-y-sales-bano-20111201>

Secretaría general de la comunidad Andina (2010). Proyecto Apoyo a la comunidad andina en el área de drogas sintéticas. Perú. Edición Adolfo López Bustillo. Recuperado de <http://www.comunidadandina.org/Upload/201129164252proyectoDROSICANlecciones.pdf>

Sistema epidemiológico de alerta temprana al consumo de drogas en Medellín (2012). ¿Qué es el sistema epidemiológico de alerta temprana al consumo de drogas emergentes? Sistema Radar. Funlam. Recuperado de <http://alertatemprana.sistemasvirtuales.org/>

Suarez, H. y Ramírez, J. (2011). Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la República Uruguay. Observatorio Uruguayo de Drogas. Recuperado de [http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=25&Itemid=50](http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=25&Itemid=50)

The addiction Technology Transfer Center Network. Recuperado de <http://www.attcnetwork.org/regcenters/productdocs/1/informapdf/extasis.pdf>

Tipos de drogas. Recuperado de <http://www.salirdelasdrogas.com/tipos-de-drogas>

Torrens (2012) citada por: Ayuso, M. (2011). El auge de las drogas legales: “No sabemos de dónde salen” (s.f.). Recuperado de <http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2012/07/02/el-auge-de-las-drogas-legales-no-sabemos-de-donde-salen-101038/>

Tryptanol, anapsique: Depresión. Recuperado de

<http://shuangyi.com.mx/Semmedint/feb07/depresion/amitriptilina.htm>

Vélez, A. y Pérez, A. (2004) Consumo urbano de yagé (ayahuasca) en Colombia. Adicciones. Vol. 16. Ed. 4. Bogotá. Recuperado de [http://virtual.funlam.edu.co/farmacodependencia/semestre1/Histojuricadrogas/Yage\\_consumo\\_urbano\\_en\\_Colombia.pdf](http://virtual.funlam.edu.co/farmacodependencia/semestre1/Histojuricadrogas/Yage_consumo_urbano_en_Colombia.pdf).