

Sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas

—VENTANA DE CENTROS DE TRATAMIENTO—

1. Generalidades

La problemática de las drogas y sus múltiples manifestaciones constituye un problema mundial en el que confluyen los más variados intereses económicos, políticos, sociales y culturales. La compleja dinámica de la producción, tráfico, distribución e ingesta de psicoactivos en las últimas décadas dista mucho del uso restringido de psicotrópicos en diferentes rituales y ceremonias, por parte de las culturas primitivas.

Respecto al *consumo de drogas* es importante resaltar que desde la antigüedad, el deseo de modificar o alterar el estado de conciencia y de experimentar diversos estados de ánimo, han sido factores que contribuyen a que el hombre consuma sustancias psicoactivas. No obstante, la ingesta de sustancias cuya acción recae de manera esencial sobre el sistema nervioso central, modificando la conducta del individuo en lo referente a su sensopercepción, motivación, actividades cognoscitivas y psicomotoras ha cobrado preocupantes magnitudes y su asociación con los accidentes de tránsito y diversos actos violentos, hace necesaria su vigilancia epidemiológica con el fin de proveer información útil, válida, confiable y oportuna acerca de los patrones de consumo, los factores protectores y de riesgo implicados, así como para la orientación de los procesos y acciones encaminadas hacia la prevención.

El sistema Vespa, para vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas, es uno de los componentes del sistema de vigilancia de la salud pública del Distrito Capital, diseñado e implantado con el propósito de unificar y consolidar la información epidemiológica sobre esta problemática, nacional y distritalmente.

El sistema utiliza varias estrategias epidemiológicas como las encuestas de prevalencia y la vigilancia por unidades centinela. Estas últimas son centros públicos y privados especializados en la atención de farmacodependientes y en salud mental.

El presente protocolo se refiere a la estrategia de unidades centinela; el documento *Sistema Vespa, Bogotá* que puede obtenerse en el área de vigilancia en salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C., detalla los contenidos de los demás componentes del sistema.

1.1 Descripción del evento

El consumo de sustancias psicoactivas es uno de los problemas más graves en la sociedad actual, ya que se asocia a daños en la salud del consumidor, aumento en la demanda de servicios, altos índices de incapacidad social y laboral, a fenómenos

delictivos, a propagación de epidemias como la de VIH y hepatitis B y a la degradación de estructuras sociales fundamentales.

El problema del consumo de sustancias psicoactivas tiene, además, consecuencias políticas y económicas en el contexto mundial que se manifiestan por el desequilibrio de las economías de los países involucrados en la producción y el consumo, por la corrupción de sus dirigentes y por conflictos armados de diferente intensidad. No obstante las consecuencias mencionadas, el consumo de *drogas* y los fenómenos de abuso y dependencia muestran tendencia a acentuarse y aún a crecer en todo el mundo.

El consumo de psicoactivos es, en alto porcentaje, un acto privado que no es objeto de consulta a menos que se den ciertas condiciones a menudo extremas para el consumidor. Por tanto, la entrada de información al sistema no se daría cada vez que un sujeto consume, sino cada vez que el sujeto consulta o reporta su consumo, mediante encuestas u otros instrumentos que mediatizan el hecho o evento a vigilar ante el sistema de vigilancia o cuando se conoce su situación por procedimientos dentro de marcos institucionales pertinentes. Dichas condiciones hacen referencia a intoxicaciones provocadas por terceros y asociadas a actos delictivos, tal como sucede con el uso de la escopolamina, o en particular a la farmacodependencia.

La Organización Mundial de la Salud adoptó el término farmacodependencia en reemplazo de los términos adicción, toxicomanía y habituación, para referirse al fenómeno caracterizado por intoxicación crónica o periódica, la evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y abstinencia acompañados del consumo compulsivo, que suele estar asociado a riesgo para el consumidor y para el entorno social en que se halla inmerso.

1.2 Distribución del evento

En Colombia, el *Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas* (1993), mostró proporciones de prevalencia de consumo de cocaína de 2,8, de basuco de 3,6 y de marihuana de 11 por cada mil habitantes. Para otras sustancias psicoactivas ilegales como la heroína, la prevalencia fue de 0,3 por cada mil habitantes; los inhalantes llegaron a una prevalencia del 0,5 y las anfetaminas al 2,5. Según este mismo estudio, 16,7% de la población tiene puntajes en el CAGE que indican alto riesgo de alcoholismo.

De acuerdo con el estudio adelantado por la Dirección Nacional de Estupeficientes a través del Centro de Estudios de la Fundación Bogotá (1996), entre 1992 y 1996 el consumo global de psicoactivos en el país aumentó 0,6%, siendo más alto el consumo entre la población con algún grado de instrucción universitaria. Según dicho estudio, en Bogotá 96.905 personas (2,3%) han consumido cocaína, 73.760 (1,8%) basuco y marihuana 275.955 (6,5%) alguna vez en la vida.

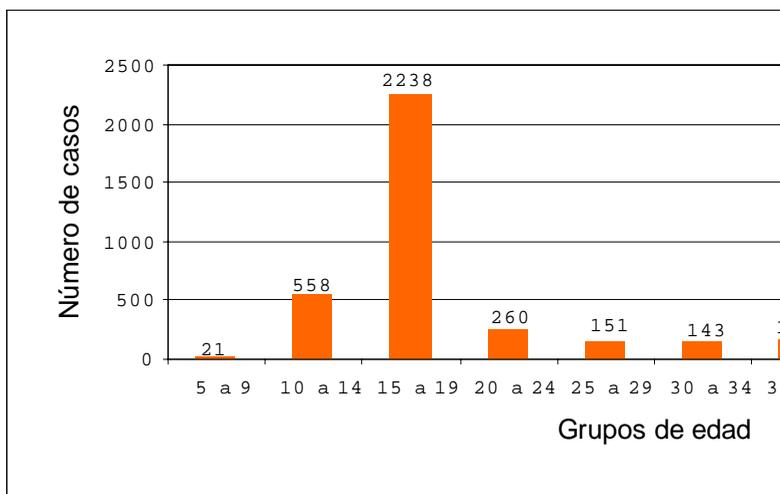
Respecto a la ventana de centros de tratamiento del sistema Vespa, partir del 1º de enero de 1999 y hasta el 31 de diciembre del mismo año, el área de vigilancia en salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C., recibió notificación de 3.794 casos de personas atendidas en sesenta y cinco centros de tratamiento.

La consolidación y depuración de las bases de datos permitió tomar para el

análisis 3.768 registros, de los cuales 77,6% de los consultantes (n = 2.925) corresponde, al sexo masculino, y 22,3% de los casos reportados (n = 842) fueron de sexo femenino. La edad de los pacientes atendidos osciló entre los seis y los setenta años de edad, con una media de 20, mediana de 17 y moda de 17, con desviaciones estándar para el sexo femenino de 9,04 y de 9,32 para el sexo masculino.

La distribución del consumo de psicoactivos según edad descrita en el siguiente gráfico señala a los adolescentes entre quince y diecinueve años como el grupo más afectado con 2.238 casos, que equivalen a 59,4% del total de casos registrados. No obstante, es importante señalar que el inicio del consumo de drogas se presenta antes de los diez años de edad.

Distribución de los consumidores de psicoactivos según edad
Vespa –Bogotá, D.C., 1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.

La conclusión más preocupante de los diferentes estudios es el establecimiento de una mayor probabilidad de uso de drogas durante la adolescencia, con una tendencia al decremento en la edad de inicio de consumo, de tal forma que es cada vez mayor la población infantil que se inicia en el uso de estas sustancias. El cuadro se agrava cuando se analiza la asociación entre comportamiento delictivo y lesiones por causa externa con el consumo de sustancias psicoactivas. Los accidentes de tránsito están relacionados frecuentemente con el consumo de psicoactivos y también se ha documentado su uso como coadyuvante para la comisión de asaltos, homicidios y agresiones sexuales. De hecho, en el estudio de trauma y alcohol desarrollado por la unidad de toxicología de la Secretaría Distrital de Salud en el hospital de Kennedy, se encontró que en 36% de los casos atendidos por trauma en ese hospital, en un mes, había niveles importantes de alcoholemia.

Puede decirse que el consumo de alcohol y otros psicoactivos en Bogotá se asocia a la mortalidad violenta, convirtiéndose en un factor de riesgo para este tipo de evento y, desafortunadamente, con mayor implicación para la población joven y adolescente.

2. Definiciones de caso

2.1 Caso de uso indebido de sustancias psicoactivas

Dentro de este componente del sistema, todo paciente que acuda a un centro de atención cuya consulta esté relacionada con uso indebido de sustancias psicoactivas. Dentro del instrumento de registro deberá consignarse la severidad del problema de consumo, entendida de acuerdo con los criterios DSM IV para abuso y dependencia a sustancias.

- ◆ *Uso indebido*: se entenderá toda aplicación de sustancias psicoactivas sin prescripción médica o cuando existiendo la prescripción médica, se extienda el uso más allá del tiempo indicado, o cuando la dosis sobrepase la prescripción.
- ◆ *Sustancias*: droga de abuso, medicamento o tóxico. Las sustancias se agrupan en alcohol, alucinógenos, anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar, cafeína, *cannabis*, cocaína, fenciclidina (PCP) o arilciclohexaminas de acción similar, inhalantes, nicotina, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos o mezclas de cualquiera de las anteriores.

2.2 Dependencia de sustancias

Consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia; la de sustancias puede aplicarse a toda clase de sustancias, a excepción de la cafeína. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo periodo de doce meses:

- ◆ *Tolerancia*: definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo.
- ◆ *Abstinencia*: definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - Presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias. El síndrome específico de la sustancia provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica o no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. La abstinencia va asociada con frecuencia, aunque no siempre, a la dependencia de sustancias.
 - El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (véanse los criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 - Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
 - La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo visitar varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un *cacho* tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

2.3 Abuso de sustancias

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

Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con los criterios para la dependencia acordes con esa clase de sustancias (criterio B de abuso de sustancias). Aunque es más probable un diagnóstico de abuso de sustancias en los sujetos que han empezado a tomar la sustancia recientemente, algunos de ellos continúan experimentando consecuencias sociales adversas relacionadas con la sustancia durante un largo periodo de tiempo sin presentar signos de dependencia. La categoría de abuso de sustancias no es aplicable a la nicotina ni a la cafeína.

Los criterios para el abuso de sustancias se enumeran a continuación.

- ◆ Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que lleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los ítems siguientes durante un periodo de doce meses.
- ◆ Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en la casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionadas con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
- ◆ Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

- ◆ Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
- ◆ Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).
- ◆ Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia al mismo tipo de sustancia.

3. Fuentes de información

3.1 Instituciones

- ◆ Entidades que presenten asistencia en salud mental (IPS).
- ◆ Entidades que presentan asistencia específica para consumidores de sustancias psicoactivas.
- ◆ Centrales de urgencia de unidades asistenciales.
- ◆ ONG que trabajen en prevención y control de consumo de SPA.
- ◆ Estudios e investigaciones particulares en poblaciones de riesgo.

3.2 Registros

- ◆ Formularios para centro de atención.

3.3 Flujograma

El formulario para centro de atención será diligenciado en las entidades vinculadas al sistema Vespa. Debe ser aplicado por el profesional en la primera consulta o entrevista a todo paciente que tenga trastorno por abuso o dependencia de sustancias como morbilidad principal o como morbilidad. A los pacientes que ya estén siendo atendidos al momento de iniciar el sistema de vigilancia, se les aplicará sin importar el número de consultas anteriores.

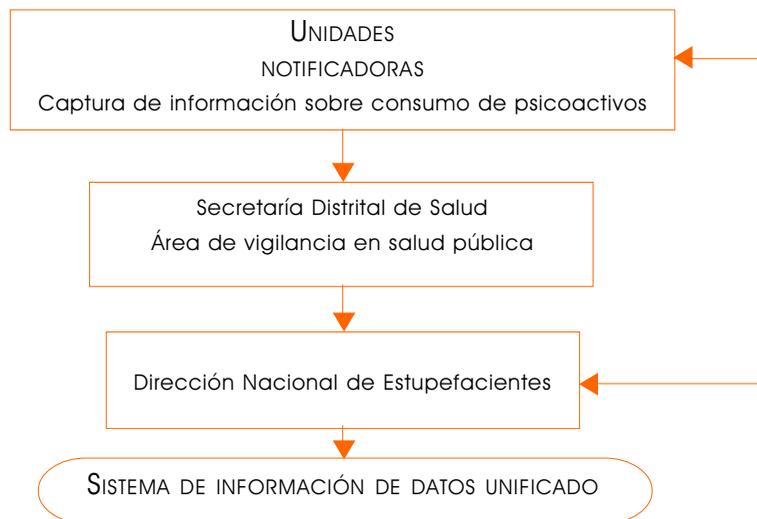
Una vez diligenciado el formato se debe digitar en la base de datos suministrada para tal fin. Se debe remitir la base de datos institucional al área de vigilancia en salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C., con una periodicidad mensual, por lo menos. La entidad notificadora dejará copia de la base de datos en el computador de la entidad y un disquete adicional con una copia de seguridad.

El formulario de recolección de información se anexará a la historia clínica del paciente. Cada institución incluida dentro del sistema de vigilancia debe analizar su propia información y tomar las acciones administrativas y preventivas a que diera lugar dicho análisis.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C., emitirá un consolidado trimestral por localidad y para toda la ciudad. Además de un consolidado anual con su respectivo análisis.

Figura 1

Diagrama de flujo de datos e información. Sistema de vigilancia del consumo de sustancias psicoactivas Vespa. Ventana de centros de tratamiento



4. Intervenciones

4.1 Individual

En caso de detectarse consumo de psicoactivos en un paciente, se recomienda su remisión a la consulta con un profesional en un campo afín a salud mental o un servicio o programa especializado. Debe prestarse especial atención a las complicaciones conexas con el consumo de psicoactivos que puedan implicar riesgo inminente para la vida del paciente. La probabilidad de intentos suicidas con o sin depresión o la participación en acciones de carácter violento, debe ser abordada por un equipo interdisciplinario.

También se recomienda el trabajo con la familia del paciente, atendiendo a las situaciones que pueden generarse en la vida familiar por el abuso de sustancias.

4.2 Colectiva

Debe estimarse la conveniencia de realizar acciones de alcance comunitario a partir de un solo caso. El consumo de psicoactivos está frecuentemente ligado a prácticas grupales. A partir del caso se recomienda un abordaje con grupos (por ejemplo, si el consumo se da alrededor de centro educativos o laborales).

Las acciones con la comunidad deben encaminarse tanto a la estimación de la magnitud del problema de uso indebido de psicoactivos en la comunidad como hacia un abordaje intersectorial e interinstitucional para el control y la prevención del consumo de psicoactivos.

Se recomienda el establecimiento de diseños educativos específicos, de acuerdo con las características de cada grupo que aborden por lo menos las competencias comportamentales, cognoscitivas y actitudinales.

5. Indicadores

Patrón de consumo:

- ◆ Tipo de droga: proporciones de prevalencia e incidencia.
- ◆ Frecuencia del consumo.
- ◆ Edad de inicio del consumo.
- ◆ Severidad (abuso o dependencia).
- ◆ Vía de administración.
- ◆ Incidencia y prevalencia según variables de persona. Edad, sexo, estado civil, nivel educativo alcanzado, ocupación, estrato socioeconómico.
- ◆ Incidencia y prevalencia según variables de lugar: se logrará conocer la distribución espacial del problema al especificar el barrio y la localidad donde vive el paciente. Además, el lugar de residencia permitirá la clasificación del nivel socioeconómico.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Disorders. Fourth Edition. DSM IV. Washington. 1994.
2. Dirección Nacional de Estupeficientes. Centro de estudios de la Fundación Bogotá. Segundo estudio de consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá. 1996.
3. Hospital Universitario San Vicente de Paúl-Departamento de toxicología. Compendio de farmacodependencia y alcoholismo. Medellín. 1994.
4. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento de las lesiones por causa externa evaluados por la regional Bogotá. 1998.
5. Unidad Coordinadora de Prevención Integral-UCPI. Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C. Consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá. 1992. Bogotá. 1995.
6. Uribe, C. Alcohol y trauma. Estudio realizado por la unidad de toxicología de la Secretaría de Salud de Bogotá, D. C. y hospital de Kennedy. Bogotá. 1995.



**SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
ÁREA DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS –VESPA– CENTROS DE TRATAMIENTO**

1. CENTRO

NOMBRE APELLIDO FECHA NACIMIENTO
DD MM AA

2. CIUDAD O MUNICIPIO

3. LUGAR DE RESIDENCIA

4. FECHA DE CONSULTA
DÍA MES AÑO

5. SEXO 1 2
M F

6. EDAD

7. NIVEL EDUCATIVO
- 1 = No fue a la escuela
 - 2 = Primaria incompleta
 - 3 = Primaria completa
 - 4 = Secundaria incompleta
 - 5 = Secundaria completa
 - 6 = Técnico post-secundaria incompleta
 - 7 = Técnico post-secundaria completa
 - 8 = Universidad incompleta
 - 9 = Universidad completa
 - 10 = Posgrado incompleto
 - 11 = Posgrado completo
 - 99= Sin dato

8. ESTADO CIVIL
- 1. Soltero
 - 2. Casado
 - 3. Divorciado
 - 4. Separado
 - 5. Viudo
 - 6. Unión libre
 - 99. Sin dato

9. OCUPACIÓN U OFICIO
- 1. Estudiante
 - 2. Desempleado *
 - 3. Desocupado
 - 4. Trabajo Fijo

12. TIPO DE DI

PATRÓN DE C
 PATRONES DE
 TIPO DE
 FRECUENCIA
 ACTUALMEI
 CONSU
 VÍA DE ADMIS
 MAS FREC
 EDAD EN LA C
 USÓ POR PRI
 EDAD EN LA
 DE CONS U

13. ¿ALGUN

Cuál

- PATRÓN DE
- 00-No hay dr
 - 01- Alcohol
 - 02 - Tabaco
 - 03 - Inhalante
 - 04 - Escopola
 - 05 - Marihuan
 - 06 -Cocaína
 - 07 - Basuco
 - 08 - Heroína
 - 09 - Éxtasis (m
 - 10 - Polvo de
 - 11- Sinogán (k
 - 12- Meleril (tic
 - 13 -Halopidol
 - 14 -Leponex (k
 - 15 - Ativán (lo
 - 16 - Rohypnol
 - 17 - Lexotan, (
 - 18 - Valium (d
 - 19 - Fenobarb
 - 20 - Buspar, N
 - 21- Totranil (ir