


Artículo original
Consumo de drogas emergentes en Medellín, Colombia

Guillermo A. Castaño Pérez^{a,*}, Gustavo A. Calderón Vallejo^b
y Dedsy Yajaira Berbesi Fernández^c

^aGrupo de Investigación en Farmacodependencia y otras Adicciones, Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín, Colombia

^bDocente, Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín, Colombia

^cDocente de investigación, Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO
Historia del artículo:

Recibido el 23 de julio de 2012

Aceptado el 23 de marzo de 2013

Palabras clave:

Drogas emergentes

Medellín

Características de los consumidores

Escenarios habituales de consumo

R E S U M E N

Introducción: La continua aparición de nuevas sustancias sintéticas que se puede utilizar como drogas de abuso supone un desafío constante para la salud pública. Drogas emergentes es el término acuñado en este trabajo para definir la aparición de nuevas sustancias psicoactivas en un momento dado y un contexto y un grupo particulares, la reaparición de otras que en los estudios epidemiológicos habían perdido su prevalencia y el aumento repentino en las prevalencias de drogas que se mantenían en consumos bajos. **Método:** Bajo un enfoque empírico-analítico, se planteó un estudio con un enfoque mixto. Conformaron la muestra de conveniencia 510 drogodependientes que en 2011 asistieron a centros de tratamiento, en la modalidad de internamiento, en el municipio de Medellín, en quienes se exploró el consumo de drogas emergentes. A todos los usuarios de drogas se les aplicó un instrumento *ad-hoc* para detectar consumo de las que el estudio consideraba drogas emergentes. Detectados los consumidores y seleccionados por la frecuencia del consumo y la prevalencia en el último año y el último mes, se les solicitó una entrevista semiestructurada, que indagaba por detalles de la sustancia y las características del consumo.

Resultados: Del grupo estudiado en el caso de Medellín, el 82,2% son varones y el 17,8%, mujeres. El 58,2% cursa secundaria y el 26,8% tiene estudios superiores técnicos o de universidad. El 1,4% no ha ido a la escuela. Solo un 27,8% trabaja con un empleo fijo, ocasional o independiente. El 40,7% son estudiantes y el 8,9%, amas de casa. El 76,3% son solteros y el 17,8% tiene pareja estable. En la muestra están representados todos los estratos socioeconómicos. Entre las drogas emergentes halladas, se destacan las prevalencias de las benzodiazepinas flunitrazepam y clonazepam: prevalencia de vida (PV), 97,5%; prevalencia en el último año (PA), 67,9%, y prevalencia en el último mes (PM), 46,7%. Les siguen las drogas de síntesis (LSD, «éxtasis», anfetaminas, HGB, «éxtasis vegetal», fenciclidina, metanfetamina, ketamina, 2CB): PV, 96,5%; PA, 44,5%, y PM, 23,5%. Luego aparecen las cocaínas fumables (basuco, crack y free-base): PV, 80%; PA, 52,1%, y PM, 31,7%. Siguen los derivados opiáceos (heroína, morfina, opio, codeína, dextrometorfano, meperidina, fentanilo): PV, 61,4%; PA, 26,7%, y PM, 16%. Los alucinógenos como los hongos,

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gcastano@funlam.edu.co (G.A. Castaño Pérez).

el cacao sabanero y el yagué también aparecen entre los consumos: PV, 73,5%; PA, 23,2%, y PM, 12,2%. Hay también consumo de inhalantes como el *popper* y el diclorometano («Dick»): PV, 87,9%; PA, 37,6%, y PM, 21,6%.

Conclusiones: Estos resultados alertan sobre la necesidad de hacer seguimiento a las denominadas drogas emergentes por los riesgos que pueden implicar para la salud pública.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.
Todos los derechos reservados.

Use of Emerging Drugs in Medellín, Colombia

A B S T R A C T

Keywords:

Emerging drugs

Medellin

Consumer characteristics

Consumer common scenarios

Introduction: The ongoing emergence of new synthetic substances that are used as drugs is a constant challenge to public health. Emerging drugs is the concept used in this research project to define the emergence of new psychoactive substances at a given time, a specific context and group, the reemergence of others that some epidemiologists considered had lost their prevalence, and the sudden prevalence of drugs that had low levels of consumption. **Method:** This research project was carried out using an empirical-analytical approach using a mixed methods study. The convenience sample was made up of 510 drug dependents institutionalized in treatment centers in Medellín in the year 2011. The examination was carried out related to the consumption of emerging drugs. An *ad hoc* tool was applied to all the drug users in order to identify which of the drugs of this study they considered to be emergent. Once the consumers were identified and selected based on the frequency of consumption, and the prevalence in the last year and last month, a semi-structured interview was carried out to find out details on the substances and their consumption characteristics.

Results: Based on the new drug consumers in Medellín, 82.2% were male and 17.8% female. As regards education levels, 58.2% were in high school, 26.8% hold higher technical or college degrees, and 1.4% had no schooling. Only 27.8% held a steady job, occasional employment, or were independent business owners, 40.7% were students and 8.9% were housewives. More than three-quarters (76.3%) were single, and 17.8% had a steady partner. The sample represented all social classes. Of all the emerging drugs found in this study, the prevalence of benzodiazepines stands out (flunitrazepam and clonazepam), life prevalence (LP), 97.5%; last year prevalence (LYP), 67.9%, and last month prevalence (LMP), 46.7%. These were followed by the synthetic drugs (LSD, Ecstasies, amphetamines, GHB, Vegetable Ecstasies, Phencyclidine; Methamphetamine, Ketamine, 2CB), with LP, 96.5%; LYP, 44.5%, and LMP, 23.5%. Then there was smokable cocaine (Crack and Free-Base), with LP, 80%, LYP, 52.1%, and LYP=31.7%. The opiate derivatives (heroin, morphine, opium, codeine, dextromethorphan, meperidine, fentanyl) had an LP, 61.4%; LYP, 26.7% and LMP, 16%. The consumption statistics of the hallucinogens such as mushrooms, scopolamine and “yague”, had an LP, 73.5%; LYP, 23.2% and LMP, 12.2%. Finally, use of inhalants such as popper and dichloromethane (Dick) had an LP, 87.9%; LYP, 37.6% and LMP, 21.6%.

Conclusion: These results are an alert to the need to track the development of these so called emergent drugs due to the risks they pose for public health.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.
All rights reserved.

Introducción

En la actualidad ha resurgido entre los observatorios nacionales de drogas y entre los epidemiólogos relacionados con el tema de las drogodependencias la preocupación por las denominadas drogas emergentes, por los riesgos que esto supone para la salud individual y colectiva, debido al desconocimiento entre los consumidores acerca de las propias

sustancias, lo que puede producir reacciones indeseables y casos de intoxicación o sobredosis, y la falta de información y experiencia de los médicos de urgencia y equipos de trabajo de los centros de tratamiento y rehabilitación para tratar los efectos producidos por estas drogas.

Son varias las definiciones que han empezado a aparecer en la literatura científica para denominar las llamadas nuevas drogas y diferenciarlas de las ya clásicamente conocidas. Acuñar el nombre de drogas emergentes ha costado algunos debates,

frente al más generalizado uso de las denominaciones «drogas de síntesis», «drogas de diseño» o «drogas recreativas»¹.

En Europa se ha optado por el término «drogas emergentes» porque, en cierto modo, engloba los otros tres, en cuanto califica el sustantivo «drogas» y no prejuzga cuándo han aparecido ni su condición de natural, de elaborada en laboratorio a partir de un principio presente en la naturaleza o totalmente sintética².

Al revisar la literatura, sin embargo, se encuentra que el concepto de drogas emergentes se aplica más que nada a un grupo heterogéneo de sustancias de reciente aparición, utilizadas fundamentalmente por individuos jóvenes con fines lúdicos y cuya toxicidad, en muchos casos, no está perfectamente establecida; entre ellas se incluyen derivados de otras sustancias naturales o sintéticas ya conocidas, como las piperacinas, las betacetoanfetaminas, las anfetaminas 4 sustituidas y las pirrolidinfenonas, todas ellas con actividad estimulante similar a la que presenta el «éxtasis»; las 2,5-dimetoxianfetaminas sustituidas y las fenetilaminas, que son alucinógenos potentes, y más recientemente los cannabinoides sintéticos (*spice drugs*)³.

Por otro lado, la Comisión Clínica del Plan Nacional sobre Drogas de España define las drogas emergentes como sustancias que aparecen en el mercado de las sustancias psicoactivas en un momento determinado y son una novedad. Pueden ser conocidas previamente o drogas nuevas, pueden haber aparecido anteriormente o nunca antes y generalmente no están incluidas en las listas de sustancias psicotrópicas o estupefacientes y, por lo tanto, no son ilegales⁴.

En las Américas Central y del Sur, con excepción del MDMA, el consumo de drogas de síntesis es todavía escaso, y la proliferación de las *spice drugs*, *legal highs* y *research chemicals* a través de internet aún no se da. Es por ello que hemos adoptado una definición muy parecida a la de la Comisión Española, más amplia para dar cuenta de la aparición de nuevas drogas, sin importar si son naturales o sintéticas, considerando además la reemergencia de otras o el aumento repentino en las prevalencias de consumo de sustancias que antes mantenían cifras bajas, y a esto se ha denominado drogas emergentes.

La aparición de estas sustancias, ya sean lícitas o ilícitas, constituye un desafío continuo para la salud pública, debido a la toxicidad inherente a dichas sustancias y el desconocimiento sobre sus posibles efectos tóxicos, ya que apenas se dispone de bibliografía científica⁵.

El objetivo de este trabajo es dar cuenta de las prevalencias del consumo de drogas emergentes entre los consumidores de sustancias psicoactivas internos en centros de tratamiento de la ciudad de Medellín y evidenciar algunas características del consumo y los consumidores, con el fin de empezar a alertar a las autoridades sanitarias sobre la aparición de nuevas drogas o el repunte de otras que habían desaparecido o tenían prevalencias muy bajas. En este artículo se privilegian los resultados cuantitativos.

Materiales y métodos

Bajo un enfoque empírico-analítico, se planteó un estudio con un enfoque mixto. En una primera fase, se realizó un estudio

cuantitativo de tipo descriptivo para dar cuenta de las prevalencias de consumo, y en una segunda parte, un componente cualitativo, para corroborar que efectivamente la sustancia consumida referida corresponde a la citada en la bibliografía, además de ampliar información sobre las características de estas drogas, del consumo y los consumidores.

La muestra se estableció por conveniencia y la conformaron drogodependientes que asistieron a centros de tratamiento en la modalidad de internamiento en el municipio de Medellín, en el año 2011, a quienes se exploró en búsqueda de consumo de drogas emergentes. Se optó por esta intermediación institucional, dado que los consumidores de las denominadas drogas emergentes constituyen una población difícil de abordar en medio abierto y, al no estar concentrada su presencia, se dificulta su localización inmediata; además, los consumidores de drogas emergentes son, por lo regular, policonsumidores que llegan a los centros de atención buscando apoyo para la intervención de sus problemas, causados por las drogas de mayor impacto, pero en su haber tienen consumo de múltiples sustancias y son concedores de primera mano de las drogas que están apareciendo en el medio, bien por haber tenido acceso a ellas y haberlas consumido, bien por conocer su existencia y a personas que las consumen. Se tomó el total de la población institucionalizada, que eran 510 sujetos.

A todos los usuarios de drogas se les aplicó un instrumento *ad-hoc* para identificar consumo de las que el estudio considera drogas emergentes. Detectados los consumidores y seleccionados por la frecuencia del consumo y la prevalencia en el último año y el último mes, se les solicitó una entrevista semiestructurada, que indagaba detalles de la sustancia y las características del consumo. La recolección de la información se realizó entre los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2011. Los instrumentos se habían probado previamente, sometidos a validación por pares y a prueba piloto con un grupo de consumidores para comprobar su comprensión, el tiempo de aplicación y que midieran lo que se proponía medir. Se obtuvo el consentimiento informado de los sujetos y, en el caso de los menores de edad, el de sus padres o tutores. La información se recolectó con criterios de confidencialidad y voluntariedad. Los integrantes del equipo recolector son profesionales de las ciencias sociales y las ciencias de la salud, quienes recibieron instrucción sobre el proyecto y entrenamiento previo en las técnicas a utilizar.

La información cuantitativa se procesó en SPSS 15.0 y la cualitativa, en Atlas ti 5.5. Se realizaron análisis univariable y bivariados, apoyados los últimos en las pruebas estadísticas de la χ^2 , de la t de Student, de la U de Mann-Whitney y la exacta de Fisher, según la distribución de las variables, y las medidas epidemiológicas razón de disparidad (OR) bruta y ajustada y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%), con umbral de significación estadística en $p < 0,05$.

Con respecto al análisis cualitativo, se crearon unidades hermenéuticas donde se ingresaron las entrevistas como documentos primarios; posteriormente se realizó una comprensión de las entrevistas en texto y en video dentro del *software*, y luego la clasificación de cada tópico, categorías y preguntas previstas y emergentes.

Resultados

Conformaron la muestra total 510 sujetos consumidores de drogas internos en comunidades terapéuticas de la ciudad de Medellín, en su mayoría varones solteros con estudios de secundaria, de todos los estratos socioeconómicos (tabla 1).

Todas las sustancias psicoactivas indagadas presentan prevalencias de consumo, tanto en la vida como recientes, del último año y el último mes. Las drogas con prevalencias de vida más altas y con cifras por encima del 40% son, en orden descendente: clonazepam (Rivotril®), el 56,7%; popper, el 56,5%, y flunitrazepam (Rohypnol®), el 48,0%. Con prevalencias de vida entre el 30 y el 40%, se encuentran el basuco (39,8%), los hongos (35,5%), el cacao sabanero (escopolamina, 32,9%) y el diclorometano («Dick», 31,4%). Con valores entre el 20 y el 30%, aparecen el MDMA («éxtasis», 29,8%), el LSD (25,5%), la heroína (21,4%) y la free-base (20,4%). Con prevalencias de vida entre el 10 y el 20% están el crack (19,8%), el biperideno (15,3%), otras anfetaminas (14,3%), la ritalina (12,5%) y el opio (10,6%).

Las prevalencias mensuales más altas corresponden a las benzodicepinas clonazepam (24,7%) y flunitrazepam (22,0%),

seguidas de la pasta básica de cocaína (basuco, 13,7%) y popper (nitrito de amilo, 12,0%).

Llaman la atención las prevalencias de consumo en el último año y el último mes de sustancias como la metacualona, de marcado consumo en las décadas de los sesenta y los setenta del siglo pasado, y drogas como el gammahidroxibutirato (HGB), el «éxtasis vegetal», la metanfetaminas (crystal) y la fenciclidina (PCP), de consumo muy raro en nuestro contexto, sobre todo la última, que es de consumo exclusivo en Norteamérica.

Resalta también la aparición de derivados opiáceos (opio, morfina, codeína, dextrometorfano, meperidina y fentanilo) en el haber de consumo de los seguramente adictos a la heroína, como una forma de reemplazar esta sustancia y paliar el síndrome de abstinencia, para lo cual el fentanilo implica riesgos serios por las altas tasas de sobredosis, que producen desenlace fatal y el reportado tórax en leño, que dificulta las maniobras de reanimación (tabla 2).

La media de edad de inicio más baja en el consumo de las llamadas drogas emergentes en este estudio es $13,10 \pm 5,70$ años para el dextrometorfano y las más alta, $22,87 \pm 7,98$ años para el yagué. El consumo de benzodicepinas (Rohypnol®) tiene

Tabla 1 – Características sociodemográficas de los consumidores de drogas emergentes en centros de tratamiento de la ciudad de Medellín (n = 510)

Sexo	
Varones	419 (82,2)
Mujeres	91 (17,8)
Nivel educativo	
No fue a la escuela	7 (1,4)
Primaria	70 (13,8)
Secundaria	296 (58,2)
Técnico	68 (13,4)
Universidad	63 (12,4)
Posgrado	5 (1)
Ocupación u oficio	
Estudiante	205 (40,7)
Desempleado	108 (21,4)
Trabajo fijo	43 (8,5)
Trabajo ocasional	86 (17,1)
Hogar	45 (8,9)
Jubilado	3 (0,6)
Independiente	11 (2,2)
No responde	3 (0,6)
Estado civil	
Solteros	389 (76,3)
Casados	25 (4,9)
Unión libre	66 (12,9)
Separados	24 (4,7)
Viudos	5 (1)
Sin información	1 (0,2)
Estrato socioeconómico	
1	74 (14,7)
2	152 (30,1)
3	176 (34,9)
4	46 (9,1)
5	35 (6,9)
6	14 (2,8)
No responde	13 (1,6)

Las cifras expresan n (%).

Tabla 2 – Prevalencias (%) de consumo de drogas emergentes entre los sujetos internos en centros de tratamiento de Medellín, 2011 (n = 510)

Droga	Prevalencia de vida	Prevalencia anual	Prevalencia mensual
Clonazepam (Rivotril®)	56,7	37,1	24,7
Popper	56,5	22,5	12
Flunitrazepam (Rohypnol®)	48,0	30,8	22
Basuco	39,8	26,1	13,7
Hongos	35,5	12,2	5,9
Cacao sabanero	32,9	9,6	5,7
Diclorometano («Dick»)	31,4	15,1	9,6
«Éxtasis»	29,8	12,5	7,5
LSD	25,5	12,7	6,5
Heroína	21,4	9,8	7,1
Free-base	20,4	12,7	8,8
Crack	19,8	13,3	8,2
Biperideno	15,3	6,1	4,5
Anfetaminas	14,3	8,4	3,3
Ritalina	12,5	6,3	3,9
Opio	10,6	4,1	2,7
Dextrometorfano	9,8	3,1	1,4
Metanfetaminas	9,6	3,3	2
Morfina	7,8	3,3	0,4
Meperidina	6,4	3,3	2,1
HGB («éxtasis líquido»)	6,1	3	2
Yagué	5,1	1,4	0,6
Tucibi (2CB)	5,1	2,2	1
Codeína	4,7	2,9	2,1
Triptanol	4,7	2,2	1,6
Metacualona (Mandrax®)	3,3	1,4	1,4
Fenciclidina	2,5	1,2	0,6
«Éxtasis vegetal»	1,8	0,8	0,4
Ketamina	1,8	0,4	0,2
Fentanilo	0,7	0,2	0,2

una media de edad de inicio de $15,76 \pm 3,38$ años; los derivados de la cocaína basuco, $19,39 \pm 5,90$; *free-base*, $18,54 \pm 7,16$, y *crack*, $21,36 \pm 7,5$ años. Sustancias raras en nuestro medio como el GHB presentan una edad de inicio en el consumo de $17,89 \pm 5,54$ años; el «éxtasis vegetal», $14,17 \pm 3,25$ años; la fenciclidina, $17 \pm 3,62$ años; el fentanilo, $16,33 \pm 3,21$ años; la metanfetamina, $17,17 \pm 3,13$ años, y la metacualona, $17,15 \pm 6,30$, lo que denota un inicio en el consumo de estas drogas a edades tempranas, con un muy posible mantenimiento en el consumo de estas y los consecuentes riesgos para la salud.

Con una $p > 0,001$ ($OR = 13,7$), los varones consumen más drogas nuevas que las mujeres. De los 419 varones consumidores encuestados, el 60,9% las consume, frente a solo el 96% de las 91 mujeres, lo que coincide con los hallazgos de otros trabajos, que han hallado que las mujeres son menos arriesgadas que los varones y experimentan menos con nuevas drogas.

Tener estudios técnicos y de universidad se asocia en mayor medida al consumo de drogas emergentes. Con $p = 0,019$ ($\chi^2 = 13,54$), que da cuenta de la significación estadística, de los 68 sujetos que tienen estudios técnicos, el 63,2% consume drogas emergentes, frente al 36,85% que no. Por su parte, de los jóvenes universitarios de este estudio ($n = 63$), el 60,3% las consume y el 39,7% no. Los siguen los estudiantes de secundaria y primaria.

Con asociación estadística significativa ($p = 0,05$; $\chi^2 = 12,16$), haber perdido la pareja o estar soltero se asocia más al consumo de drogas emergentes. De 5 sujetos que dijeron haber perdido su pareja, el 60% consume, frente al 40% que no. Entre los 389 solteros abordados en este estudio, el 59,4% ha consumido drogas emergentes y el 40,6% no. Ser casado parece proteger de los consumos. De 25 sujetos en esta condición, solo el 28% ha consumido estas drogas, frente al 72% que no.

No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre pertenecer a determinado estrato socioeconómico y consumir drogas emergentes ($p = 0,05$). En esta muestra, el consumo se da independientemente de los estratos.

Los escenarios más habituales de consumo de drogas emergentes hallados en este estudio se describen en la tabla 3. El sitio más frecuente de consumo son las calles o parques de la ciudad. Les siguen en frecuencia las discotecas o bares y la

propia casa del consumidor. Las drogas más consumidas en las discotecas y los bares son las llamadas drogas de síntesis (LSD, «éxtasis», HGB, «éxtasis vegetal», fenciclidina, ketamina) e inhalantes como el *popper*. El 2CB y la metanfetamina (*crystal*) se consumen más en *after parties*. Llama la atención el consumo de drogas como el «Dick», otras anfetaminas y la ritalina en ámbitos educativos.

Discusión

En Latinoamérica el concepto de drogas emergentes es nuevo. Las sustancias psicoactivas ilícitas que se consumen con más frecuencia son la marihuana y la cocaína y sus derivados. Existe también un uso indebido de fármacos como las benzodiazepinas sin prescripción médica e inhalantes derivados de hidrocarburos como los pegamentos. Las denominadas drogas de síntesis tienen bajas prevalencias de consumo, y las *spice drugs* aún no se conocen.

Llama la atención que no se hagan estudios específicos para dar cuenta del consumo de drogas emergentes. Sobre anfetaminas y algunos de sus derivados se pregunta a veces de manera poco precisa en los estudios epidemiológicos de población general, escolar y universitaria, y por ello se tiene algunas cifras sobre su consumo. La sustancia por la que más se pregunta es el «éxtasis», y en el genérico «anfetaminas», muchas veces se incluyen las demás. Es frecuente también la pregunta por el consumo de alucinógenos sin precisar exactamente sobre cuál se quiere indagar, y se incluyen los hongos y el LSD.

En Colombia no se han realizado estudios propiamente dichos sobre drogas emergentes, si las entendemos a partir de la definición que hemos construido en esta investigación, como la aparición de nuevas sustancias psicoactivas en un momento dado y un contexto y grupo particulares, la reaparición de otras que en los estudios epidemiológicos habían perdido su prevalencia y el aumento repentino en las prevalencias de drogas que se mantenían en consumos bajos. De lo que sí se puede dar cuenta es del consumo de las llamadas drogas de síntesis y algunas otras sustancias como los inhalantes, los hongos, las benzodiazepinas e incluso la heroína, aunque con prevalencias muy bajas pero que, para

Tabla 3 – Escenarios habituales de consumo de drogas emergentes en Medellín

En la calle o un parque	Discoteca o bar	En la propia casa	Colegio	After party	En casa de un amigo	En olla o lugar de expendio
Heroína	LSD	Morfina	Dick	Metanfetaminas (<i>crystal</i>)	Fentanilo	Basuco
Opio	«Éxtasis»	Codeína	Anfetaminas	Tucibi (2CB)		
Metacualona (Mandrax®)	HGB	Dextrometorfano	Ritalina			
Rohypnol®	«Éxtasis vegetal»	Meperidina				
Crack	Fenilciclidina	Triptanol				
Free-base	Ketamina					
Cacao sabanero	Popper					
Hongos						
Yagué						
Biperideno						
Clonazepam (Rivotril®)						

este trabajo y según la definición que se ha adoptado, sí pueden constituirse en drogas emergentes.

Estos estudios, aunque no son comparables por las distintas metodologías e instrumentos utilizados, sí ofrecen una visión sobre la tendencia epidemiológica del consumo de las que denominamos drogas emergentes en Colombia, y dan cuenta de que lo hallado por nosotros presenta prevalencias preocupantes y evidencia sustancias hasta ahora no indagadas en estos estudios.

Consumen las nuevas drogas sobre todo los jóvenes, y por ello son más detectables cuando el estudio se centra en este grupo poblacional. Los estudios en población general por lo regular indagan sobre sustancias psicoactivas tradicionales y ocasionalmente se pregunta por sustancias nuevas. Los estudios realizados en Colombia entre 2001 y 2011 han preguntado sistemáticamente por las drogas legales (alcohol, tabaco), marihuana, cocaína y su derivado la pasta básica de cocaína, inhalantes (sobre todo pegamentos y específicamente el «sacol»), benzodiacepinas, LSD, «éxtasis», otras anfetaminas y hongos. Solo recientemente y a partir de 2009, se incluyó el diclorometano («Dick»), un derivado de la cocaína (*crack*) y otras drogas de síntesis como metanfetamina, ketamina, GHB y *popper* (tabla 4). Como puede observarse en el cuadro comparativo, los consumos de las que en este trabajo llamamos drogas emergentes son más altos cuando los estudios se hacen en población joven «normalizada» (Rumbos, 2001; MinProtección, 2004; Comunidad Andina, 2009; Minjusticia, 2011) que en población general (MinProtección, 2008) y mucho más elevados cuando los jóvenes son infractores de la ley (DNE, 2009). Esto se debe a que estos grupos poblacionales tiene más acceso a las drogas y además tienen una menor percepción del riesgo sobre las consecuencias y los peligros de su consumo⁶⁻¹¹.

Los datos reportados por estos estudios son descriptivos, realizados para indagar sobre consumo de todo tipo de drogas, incluido el de drogas de síntesis por los universitarios, y no hicieron correlaciones con las características socio-demográficas de los consumidores, para dar cuenta de si hay asociaciones estadísticamente significativas entre, por ejemplo, edad, sexo y consumir este tipo de drogas, por lo que no es posible hacer comparaciones con el estudio que se presenta.

Lo que sí puede observarse en los datos anteriores es que, cuando el estudio se centra en poblaciones focalizadas —como jóvenes escolares, universitarios, jóvenes contraventores o consumidores de centros de tratamiento—, las prevalencias del consumo de las llamadas drogas emergentes aumentan; el grupo de consumidores de centros de tratamiento muestra las tasas más elevadas, aspecto que puede estar relacionado con lo afirmado por autores como Mackesy-Amiti et al¹², Collins et al¹³ y Galaif et al¹⁴, quienes hallaron que los policonsumidores tienen mayor probabilidad de consumir nuevas drogas en el futuro. Igualmente apoyan esta hipótesis Kandel et al¹⁵, que proponen la «teoría de la escalada», que sostiene que la implicación en el uso de sustancias pasa necesariamente por diferentes etapas o fases en las que los consumidores progresan generalmente por una secuencia desde el consumo de drogas legales y de ahí a la marihuana, hasta llegar a otras drogas ilegales de mayor poder adictivo.

Con respeto a lo hallado por nuestro estudio, es de anotar que, al realizar el estudio cualitativo para dar cuenta de las características de la sustancia, se encontró que muchas no se consumieron en la ciudad de Medellín, sino en otras partes de Colombia o fuera del país, como el «éxtasis líquido» (GHB), que se consumió en Popayán, y el fentanilo y la fenciclidina (PCP), cuyo consumo se dio en Estados Unidos. Tampoco se encontró claridad entre los consumidores cuando se referían al consumo de las denominadas «cocaínas fumables»¹⁶ pues, aunque los efectos del consumo coinciden con los referidos en la literatura a estas drogas, todas estimulantes del sistema nervioso central, las formas de obtener la sustancia y consumirla no están claras, pues muchos afirmaron que la procesaban ellos mismos, pero cuando se les preguntó el procedimiento para hacerlo, este no fue claro, lo que hace pensar a los investigadores que hay mucha confusión al respecto y que lo que finalmente se está consumiendo en las calles de Medellín es pasta básica de cocaína (basuco), en algunos casos *crack*, pero no *free-base*. Hay referencia también al consumo de «éxtasis vegetal», pero los informantes no son muy claros a la hora de dar cuenta de las características de la sustancia ni de la forma de consumo. Según lo referido por Lorenzo et al¹⁷, el llamado «éxtasis vegetal» es una mezcla de plantas medicinales entre las que se encuentran sustancias como cafeína, nuez moscada, guaraná, té, efedra, pasiflora, *ginkgo* o *ginseng*, kava-kava, damiana, salvia de los adivinos o yohimbe, todas con propiedades estimulantes del sistema nervioso central y algunas alucinógenas, cuya comercialización ha estado más extendida en España, vendidas a través de internet.

Llama la atención la aparición en este estudio de consumo de sustancias como la metanfetamina, considerada actualmente la droga con mayor poder adictivo que existe y causa de un marcado deterioro biopsicosocial, en lo que destacan las fuertes alteraciones emotivas y cognitivas¹⁸. También preocupan las prevalencias en el consumo de diclorometano («Dick») y las anfetaminas, estas bien diferenciadas por los consumidores de «éxtasis» (3,4-metilendioxi-N-metilanfetamina [MDMA]), que las llaman «motorola» o «anfetás», que les producen efectos estimulantes, pero no saben muy bien qué tipo de anfetaminas son, lo que implica riesgos importantes para la salud por la toxicidad de sustancias de este tipo como 3,4-metilenodioxianfetamina (MDA), conocida vulgarmente como la droga del amor (*love drug*), que tiene probada su neurotoxicidad en las terminales serotoninérgicas¹⁷. Con respecto al «Dick» (diclorometano, cloruro de metilo, dicloruro de metilo), también conocido en el argot popular como «Ladys» y «fragancia», es un producto usado como solvente industrial para eliminar pinturas y también en la manufactura de las cintas fotográficas, cuyo mal uso y abuso produce depresión del sistema nervioso central, diplopía, ataxia, desorientación y alucinaciones visuales, irritación pulmonar y broncospasmo, y a bajas dosis, disminución de la contractilidad miocárdica y vasodilatación periférica.

De cuidado son también sustancias como la ketamina y el 2CB que, aunque aparecen con prevalencias muy bajas en este estudio, son drogas con moderada toxicidad. El 2CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenilamfetamina), un análogo estructural del DOB (4-bromo-2,5-dimetoxianfetamina), conocido en la calle como «after turner», «toonies» y «nexus», cuyos

Tabla 4 – Cuadro comparativo de consumo de drogas emergentes en Colombia 2001-2011

Estudio	Año	Muestra	Drogas emergentes	Prevalencia, %	
				De vida	Último año
Mackesy-Amiti et al ¹²	2001	200.876 jóvenes de 10-24 años	«Éxtasis»	2,2	1,7
			Otras anfetaminas	1,1	0,6
			LSD	0,7	0,5
			Benzodiazepinas	2,4	1,7
			Inhalables	2,2	1,4
			Hongos	1,3	0,8
			Heroína	1,1	0,6
			Collins et al ¹³	2004	1.000 estudiantes de secundaria
Otras anfetaminas	No se indagó	—			
LSD	No se indagó	—			
Benzodiazepinas	9,9	6,3			
Inhalables	3,8	3,3			
Hongos	No se indagó	—			
Heroína	1,3	1,2			
Galaif et al ¹⁴	2008	46.000 hogares (n = 29.164 sujetos, que representan a 19.764.799 hab.)	«Éxtasis»	0,9	0,3
			Otras anfetaminas	0,23	0,06
			LSD	0,07	—
			Benzodiazepinas	1,72	0,52
			Inhalables	0,76	0,22
			Hongos	0,57	—
			Heroína	0,19	0,02
Kandel et al ¹⁵	2009	7.803 estudiantes	«Éxtasis»	3,50	0,79
			Otras anfetaminas	0,98	0,23
			LSD	1,85	1,0
			Benzodiazepinas	5	1,4
			Inhalables	6,18	1,37
			Hongos	No se indagó	—
			Heroína	0,16	0,03
			Metanfetamina	0,35	0,02
			Ketamina	0,25	0,04
			GHB	0,02	0,02
			Crack	0,30	0,22
Castaño ¹⁶	2009	1.189 adolescentes en conflicto con la Ley en Colombia	«Éxtasis»	11,6	9,1
			Otras anfetaminas	No se indagó	—
			LSD	No se indagó	—
			Inhalables	36	28
			Hongos	No se indagó	—
			Heroína	5,6	4
			«Pepas» (toda droga en pastillas; más usadas: benzodiazepinas)	49	40
Lorenzo et al ¹⁷	2011	95.303 estudiantes (6.º-11.º de colegios públicos y privados; edad 12-17 años)	Benzodiazepinas	1,09	0,78
			«Éxtasis»	1,22	0,79
			Inhalables	3,05	1,83
			«Dick»	4,10	2,73
			Popper	2,48	1,39
			Alucinógenos (sin especificar)	1,53	0,98

Fuente: construcción de investigadores a partir de estudios nacionales realizados en Colombia.

efectos a dosis bajas han estado relacionados con «relajación» del pensamiento, y a dosis elevadas, con cuadros de alucinaciones y estados de agitación. La ketamina es un derivado de la fenciclidina, llamada en el argot popular «keta», «vitamina K» y «Special K», que se usa en medicina humana y veterinaria como anestésico; su consumo como

droga de abuso produce sensaciones psíquicas intensas, experiencias disociativas de la propia imagen, estados ilusorios, náuseas, vómitos, alucinaciones, confusión y conducta irracional.

Todos los anteriores hallazgos indican la necesidad de vigilar las prevalencias y las incidencias de consumo de estas

sustancias, por los riesgos que suponen para los consumidores y sus implicaciones para la salud pública. El seguimiento de las nuevas drogas de abuso resulta en muchos casos difícil, porque estos consumos habitualmente surgen primero a pequeña escala y en localidades específicas o entre subgrupos limitados de la población. Una herramienta fundamental para el seguimiento de estas sustancias desde la salud pública es, sin duda, los sistemas epidemiológicos de alerta temprana, que no solo deben dar cuenta de la aparición del consumo, sino también de las características de los consumidores, las formas de uso y los contextos donde estos se realizan, todo con el fin de optimizar los siempre escasos recursos económicos, técnicos y humanos.

Un sistema de alerta temprana se puede definir como un conjunto de elementos que interactúan entre sí con el fin de apoyar y soportar las actividades de un fin determinado, en este caso la vigilancia del consumo de nuevas drogas. Ello incluye la búsqueda activa de información y organización sistemática de datos, el análisis y la interpretación, la difusión de la información y su utilización en la orientación de intervenciones en salud pública. Como resultado de este proyecto, el grupo de investigadores desarrolló un sistema para detectar tempranamente la aparición del consumo de drogas emergentes y alertar a las autoridades sanitarias, de control de interdicción y a la comunidad en general sobre los riesgos y las consecuencias del uso de estas drogas.

El Sistema Epidemiológico de Alerta temprana al consumo de drogas emergentes de la ciudad de Medellín (RADAR) está en desarrollo, con la asesoría de la Fundación Igenus de España y la Comisión Interamericana para el Control del abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA).

Limitaciones del estudio

Este estudio que indaga por las llamadas drogas emergentes tiene limitaciones toda vez que ha obtenido información de una muestra por conveniencia y de solo una fracción de la cadena que debe constituir un sistema de vigilancia epidemiológico. En este trabajo solo se obtuvieron datos de los consumidores de drogas internos en centros de tratamiento, quienes pueden no dar información exacta y magnificar los consumos, incluso atribuirse algunos que no han hecho. Prueba de ello son algunas de las consideraciones presentadas en la discusión, donde se duda de la existencia de ciertas drogas emergentes en la ciudad de Medellín. Una posible solución a esta limitación es intentar conseguir la sustancia y enviarla a análisis toxicológicos para poder probar la disponibilidad de esta droga en el medio, con las limitantes de no encontrar un laboratorio de referencia. Por lo tanto, se debe interpretar con cautela los datos arrojados por esta investigación.

Agradecimientos

A los pacientes de las comunidades terapéuticas de Medellín, a sus directores por permitirnos obtener la información. A la

socióloga María Francy Preciado, quien ofició de auxiliar de investigación con dedicación y persistencia admirables para conseguir los datos. A los investigadores Francisco Cumsille de la CICAD/OEA y David Pere Martínez Oro, de la Fundación IGenus de España, por su asesoría para la creación del Sistema Epidemiológico de Alerta temprana al Consumo de Drogas Emergentes de Medellín.

Financiación

La investigación se financió en su totalidad por la Fundación Universitaria Luis Amigo, en la convocatoria interna del año 2011.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses en esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bobes J, Saiz PA, editores. Monografía drogas recreativas. Adicciones. 2003;15.
2. Departamento Nacional de Planeación. Drogas emergentes. Informe de la Comisión Clínica. Plan Nacional sobre Drogas de España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
3. Peters FT, Martínez-Ramírez J. Analytical toxicology of emerging drugs of abuse. *Drug Monit.* 2010;32:532-8.
4. Departamento Nacional de Planeación. Drogas emergentes. Informe de la Comisión Clínica. Plan Nacional sobre Drogas de España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
5. Gussow L. Coming soon to an ED near you: bromo-dragonfly (not an insect), K2 (not a mountain) and Venus (not the planet). *Emerg Med News.* 2010;32:20-1.
6. Becoña E. Modelo comprensivo y secuencial de las fases del consumo de drogas en bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: PNSD; 1999.
7. Chabrol H, Massot E, Mullet E. Factor structure of cannabis related beliefs in adolescents. *Addict Behav.* 2004;29:929-33.
8. Graña JL, Muñoz-Rivas MJ. Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicol Conductual.* 2000;8:19-32.
9. Rohsenow DJ, Colby SM, Martin RA, Monti PM. Nicotine and other substance interaction expectancies questionnaire: Relationship of expectancies to substance use. *Addict Behav.* 2005;30:629-41.
10. Barriuso A. Drogas ilícitas, vida recreativa y gestión de riesgos. Estudio-diagnóstico de necesidades de intervención en prevención de riesgos en ámbitos lúdico-festivos de la CAPV. Vitoria: Observatorio Vasco de Drogodependencias; 2003.
11. Kilmer JR, Hunt SB, Lee CM, Neighbors C. Marijuana use, risk perception, and consequences: Is perceived risk congruent with reality? *Addict Behav.* 2007;32:3026-33.
12. Mackesy-Amity ME, Fendrich M, Goldstein PJ. Sequence of drug use among hard drug users: Typical vs. atypical progression. *Drug Alcohol Dependence.* 1997;45:185-96.

13. Collins RL, Ellickson PL, Bell RM. Simultaneous polydrug use among teens: Prevalence and predictors. *J Subst Abuse*. 1998; 10:233-53.
14. Galaif ER, Newcomb MD. Predictors of polydrug use among four ethnic groups: A 12-year longitudinal study. *Addict Behav*. 1999;24:607-31.
15. Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progresión in drug involvement from adolescent to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *J Studies Alcohol*. 1992, 53: 447-457.
16. Castaño G. Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones*. 2000;12:541-50.
17. Lorenzo P, Lizasoain I. Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). *Adicciones*. 2003;15.
18. Rawson RA, Marinelli-Casey P, Anglin MD, Dickow A, Frazier Y, Gallagher C, et al. Multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*. 2004;99:708-17.