

INFORME DE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE CONSUMO DE PSICOACTIVOS A PARTIR DE LA BASE DE
DATOS DEL SUICAD

Elaborado por:

Orlando Scoppetta DG.

Octubre de 2013

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
TOTAL Y COMPORTAMIENTO POR MES.....	2
REGIONES Y CENTROS DE TRATAMIENTO PARTICIPANTES.....	2
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS ATENDIDAS.....	3
DATOS SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	6
Historia de consumo	6
Edad de inicio	7
Impacto de las sustancias psicoactivas	8
CONCLUSIONES	10

INFORME DE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE CONSUMO DE PSICOACTIVOS A PARTIR DE LA BASE DE DATOS DEL SUICAD

INTRODUCCIÓN

El Suicad está concebido como un subsistema del Sistema Único de Indicadores sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Su base de información son los servicios de atención a las personas consumidoras. En distintos sistemas de seguimiento a la evolución del consumo de sustancias psicoactivas, se considera importante contar con datos procedentes de centros y servicios de tratamiento. Como ejemplo de lo anterior está el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanias (EMCDDA) por sus siglas en inglés, donde la gestión está alrededor de un indicador, llamado indicador de demanda de tratamiento¹.

Hay algunas diferencias entre lo dispuesto por los sistemas internacionales y el sistema colombiano, las cuales obedecen en parte a dificultades estructurales para organizar y financiar los tratamientos de las personas afectadas por el consumo y situaciones conexas. Aunque en el país se estableció el proceso de certificación con el objeto de propiciar la calidad en los servicios prestados y mejorar las condiciones de supervisión, no hay datos consolidados ni certeza acerca del avance en este campo y del impacto obtenido en los servicios. Por lo anterior, las fluctuaciones en la demanda efectiva de tratamiento en Colombia no es una medida del cambio en la magnitud del consumo.

En otras palabras, no se espera con la información obtenida a partir de los centros de tratamiento, estimar la cantidad de personas que usan sustancias psicoactivas.

De todos modos, la información obtenida a partir de los centros de tratamiento es importante para el conocimiento de perfiles de consumo, así como el seguimiento a sustancias y patrones que emergen por la dinámica del mercado de las drogas.

En 2012 se diseñó y puso en marcha una nueva versión del Suicad. Cinco departamentos del país fueron iniciados en este subsistema. Con la expansión del Suicad se irá logrando una mejor descripción de la dinámica de consumo a través de la información obtenida de los consumidores. Todo esto debe servir para mejorar las alternativas de prevención, tratamiento y control del asunto de las drogas. Las personas que llegan a los centros de tratamiento lo hacen por lo regular porque padecen los efectos del abuso y la dependencia a las drogas, en otras palabras, de una faceta del sufrimiento humano sobre la cual hace falta hacer mucho más.

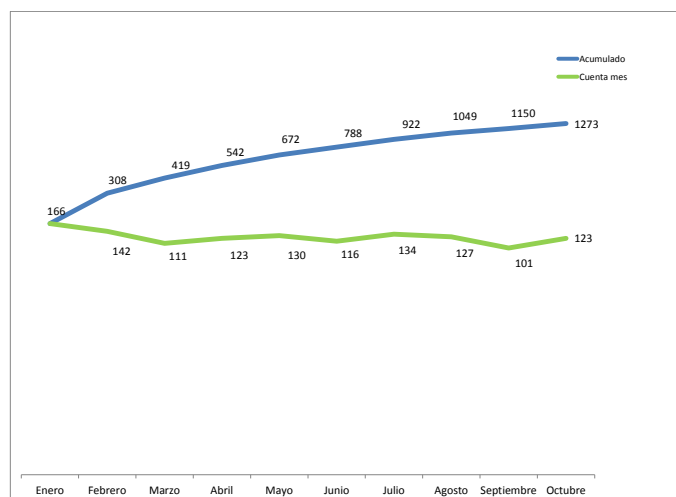
Este documento recoge el segundo análisis con corte al treinta de octubre de 2013. En esta oportunidad, solamente se incluirán los datos de este año.

¹ EMCDDA (2012) *Treatment demand indicator (TDI). Standard protocol 3.0.* Luxemburgo: EMCDDA.

TOTAL Y COMPORTAMIENTO POR MES

Hasta el momento del análisis, se había informado de 1273 casos incluidos en el Suicad. La figura 1 muestra la distribución de casos ingresados por mes. A partir de marzo y haciendo abstracción del mes de septiembre, la tendencia neta desde el mes de marzo es al incremento en la notificación. Es de esperarse que se acentúe la tendencia al incremento en los casos notificados, debido al ingreso de nuevas regiones al Suicad.

Figura 1. Casos incluidos al Suicad desde enero de 2013, cuenta de cada mes y acumulado



REGIONES Y CENTROS DE TRATAMIENTO PARTICIPANTES

La tabla 1 muestra que hay en este momento 34 centros y servicios de atención vinculados activamente al sistema (el reporte anterior indicaba que eran 27). El departamento del Quindío aporta el mayor volumen (481; 37,8%). El Valle del Cauca bajó de 10 centros activos en 2012 a 6 en 2013.

La tabla también revela el inicio de actividades en los departamentos de Bolívar, Cauca, Magdalena y Meta.

Tabla 1. Registros según departamento y centro o servicio de atención

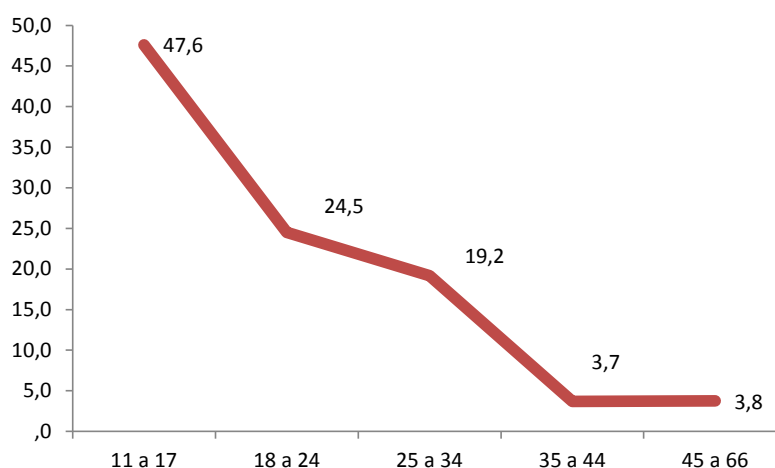
Departamento/centro	Casos
BOLÍVAR	8
Cemic S.A.S	2
Fundación Simón Santander	6
CALDAS	252
Clínica San Juan de Dios Manizales	27

Comunidad Terapéutica Semillas de Amor	22
Corporación Hogar Crea seccional Caldas	39
Fundación Caminos de Libertad	26
Fundación Centro de Investigación Mnemática \	17
Terciarios Capuchinos- Zagales	121
CAUCA	1
Hospital Francisco de Paula Santander	1
MAGDALENA	2
Fundación Santa Marta por el Niño	2
META	13
Clínica VIVE	11
La Confraternidad	1
Lugar de Reencuentro	1
N DE SANTANDER	30
ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares de Ocaña	2
ESE Hospital Mental Rudesindo Soto	27
Servicios Integrales en Salud Mental LTDA \	1
QUINDÍO	481
E.S.E Red Salud Armenia	41
Empresa Social Del Estado Hospital Mental De Filandia	193
Fenacorsol IPS	57
Fundación Familiar Prorehabilitación de Farmacodependientes Faro	72
Fundación Hernán Mejía Mejía – CAD Escuela De Amor	10
Instituto Especializado en Salud Mental	100
Para Volver A Ser S.A.S	8
RISARALDA	237
A un Nuevo Amanecer	1
ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda-Cadri	229
Instituto del Sistema Nervioso del Risaralda	1
Instituto Prointegración de la Salud Mental IPIS	6
VALLE DEL CAUCA	249
Corporacion Caminos	16
FHDN Comunidad Terapéutica San Francisco de Asís	7
Fundación Centro de Renacimiento a La Vida Yolima	11
Fundación Despertando Corazones	34
Fundación Hogares Claret	158
Fundación La Villa del Ángel	5
Fundación Obra Social Las Gaviotas	18
Total general	1273

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS ATENDIDAS

De los casos atendidos, 234 son mujeres (18,4%) y 1039 (81,6%) hombres. La edad promedio de las personas atendidas fue de 21,7 años, siendo la de los hombres de 22,5 y la de las mujeres de 18,5 años. La gran cantidad de menores de edad se debe a los centros y servicios de tratamiento que atienden esta población, particularmente en el caso de adolescentes bajo medida de protección.

Figura 2. Distribución porcentual por grupos de edades



La mayor cantidad de mujeres reportadas fueron atendidas en Armenia (94; 40,2%); sin embargo, la entidad que más informó de mujeres consultantes fue Hogares Claret de Cali (49; 20,9%)

La Tabla 2 muestra que la mayoría de las personas atendidas provienen de Armenia (la capital del Quindío). Esto se debe a que, como se indicó antes, la mayor parte de los reportes del Suicad provienen de esa región. Aunque la distribución de casos cambiará en la medida en que otras regiones del país se hagan más activas en el sistema, de todos modos habrá una concentración importante en el eje cafetero, considerando las estadísticas de consumo procedentes de los estudios nacionales y la existencia de centros y servicios de tratamiento con gran trayectoria en esa región del país, que están incluidos en el Suicad.

Tabla 2. Municipio de procedencia de los casos reportados en el Suicad

Procedencia	Casos	%
Armenia	381	29,9
Cali	185	14,5
Manizales	165	13,0
Pereira	164	12,9
Dos quebradas	53	4,2
Cúcuta	27	2,1
Calarcá	18	1,4

Cartago	18	1,4
La tebaida	15	1,2
Quimbaya	13	1,0
Circasia	12	0,9
Montenegro	12	0,9
Villavicencio	12	0,9
Chinchiná	11	0,9
Popayán	11	0,9
Villamaría	11	0,9
La Virginia	10	0,8
Cartagena	8	0,6
Jamundí	8	0,6
Filandia	139	10,9
Total	1273	100

La tabla 3 resume lo que podría ser el perfil de las personas que han recibido atención por el consumo de sustancias psicoactivas².

En términos generales, la mayoría personas solteras de sexo masculino y 22 años de edad (ver datos anteriores), solteros, que no estudian en la actualidad y llegaron hasta algún grado de secundaria (sin terminar ese nivel de estudios). No tienen alguna adscripción étnica particular; están inscritos en el régimen subsidiado de salud; no tienen trabajo ni están buscándolo y su fuente de ingreso es indeterminada. Adicionalmente, reportan haber iniciado su historia de consumo usando marihuana. Acudieron al tratamiento por voluntad propia, han usado mezclas de sustancias. Iniciaron el consumo en promedio hacia los 14 años y han tenido tratamientos previos.

Tabla 3. Perfil de personas atendidas en los centros de tratamiento

Perfil	Total	Hombres	Mujeres
Soltería	87,0	85,9	91,5
Actualmente no estudia	55,4	55,7	53,8
Ninguna etnia	91,6	91,5	91,9
Secundaria incompleta	58,2	55,7	53,8
Régimen subsidiado	71,1	70,5	73,5
Desocupado	35,6	33,7	44,0
Fuente de ingreso no especificada	63,1	58,2	85,5
Ninguna condición especial	54,0	54,4	52,1
Acudió por voluntad propia	44,5	44,5	44,9
Inició con marihuana	47,2	47,4	46,2
Ha consumido mezclas	36,6	37,5	32,5

² Los datos están expresados según los porcentajes en que se cumplió la característica predominante, con excepción de la edad de inicio que se presenta como promedio.

Tratamientos previos	60,6	64,7	47,0
Edad de inicio	13,9	13,9	13,9

DATOS SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El Suicad no es una fuente adecuada para describir la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas. Es riesgoso estimar qué fracción de los consumidores de sustancias psicoactivas acuden a los servicios ni qué fracción de los que abusan o dependen de las drogas solicitan ayuda en estos servicios en un momento determinado.

A lo anterior hay que sumarle el que el sistema solamente funciona en cinco departamentos del país. Con todo y ello, la acumulación de datos va permitiendo describir un perfil, como el que se muestra en las líneas que siguen.

Historia de consumo

La tabla 4 muestra que hay diversas historias de consumo de sustancias psicoactivas. La mayoría comienza con el consumo de marihuana. Esto podría parecer inusual considerando que las sustancias de inicio más comunes en la población general son el alcohol y el cigarrillo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que este no es el inicio de la población general, sino de un segmento que desarrolló problemas con el consumo de sustancias, en contextos sociales desfavorables para el desarrollo. De hecho, estudios en Colombia muestran que el inicio con marihuana no es un patrón extraño.

También se observa que la gran mayoría de los consultantes a los centros y servicios de tratamiento han consumido marihuana.

Tabla 4. Historia del consumo de sustancias psicoactivas de los casos reportados al Suicad

Sustancia	Inicio	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Marihuana	610	339	131	29	8	6	0	2	1	0	1126
Cocaína	82	218	192	117	39	15	2	2	0	0	667
Disolventes, combustibles o pegantes	99	136	140	81	39	18	2	5	0	0	520
Tabaco (cigarrillo)	267	98	50	41	31	9	6	1	1	0	504
Basuco	19	95	131	120	64	31	17	3	4	0	484
Alcohol	160	105	85	55	29	17	6	4	0	0	461
Heroína	10	39	50	76	64	28	19	8	1	2	297
Clonazepam	2	17	34	21	13	11	2	0	0	0	100
Éxtasis (MDMA)	3	10	27	22	8	5	2	0	0	0	77
Dic,Ladys o Leydis	8	15	14	8	5	7	2	3	0	0	62
LSD	0	4	3	8	6	4	1	2	1	0	29

Popper	0	2	4	5	8	5	1	1	2	0	28
Hongos(Psilocybe y otros)	0	1	1	3	6	6	6	2	1	0	26
Anfetaminas	0	1	9	7	3	0	0	0	0	1	21
Cacao sabanero	1	1	1	5	1	2	0	1	1	0	13
Metanfetaminas	0	1	4	2	1	0	1	0	0	0	9
Sin dato	2	0	1	2	1	0	0	0	0	0	6
2CB, tusi	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1	5
Clozapina (Leponex)	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	4
Metadona	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Morfina	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	1264	1084	880	602	326	169	67	35	12	4	

Otro asunto llamativo de la tabla 4 es el reporte del consumo de metanfetaminas y 2CB. Los casos de 2CB fueron reportados en el Quindío y Risaralda. Las metanfetaminas en Caldas, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca. Es muy importante que en las regiones donde se reportaron estas sustancias, se promueva el análisis de la situación para establecer de qué se trata, considerando las implicaciones de salud pública, incluyendo la posibilidad de engaños a los consumidores con adición de sustancias aún más nocivas que las que supuestamente son ofrecidas (ver sistema de alertas en www.suicad.com).

Edad de inicio

La edad de inicio fue de 13,9 años (mediana de 13). La tabla 5 muestra las edades de inicio promedio de las personas atendidas en los servicios, según las primeras sustancias consumidas. Como se ve, la sustancia con la que se tiende a iniciar más temprano es el tabaco y los inhalables comunes (disolventes, combustibles o pegantes). Es bastante llamativa la edad promedio de inicio de la heroína, que revela un inicio relativamente temprano con esta sustancia.

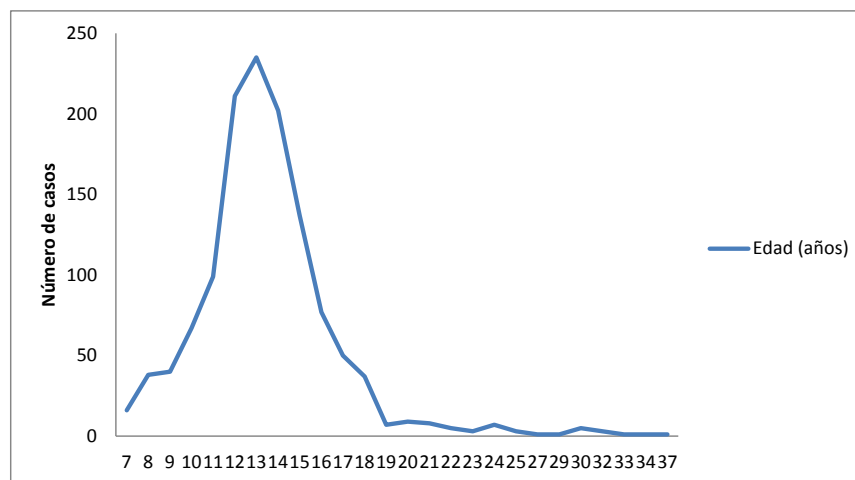
Tabla 5. Promedio de la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas

Sustancia	Promedio
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	12,4
Tabaco (cigarrillo)	12,4
Dic, Ladys o Leydis	12,8
Cacao sabanero	13,0
Alcohol	13,4
Marihuana	13,9
Basuco	13,9
Clonozepam	14,5
Cocaína	14,8
Heroína	16,3

Éxtasis (MDMA)	16,3
Morfina	29,0

En todo caso, como se ilustra en la figura 2, el inicio del consumo de sustancia se da con mayor intensidad en la adolescencia: el 69% de los consumidores inició entre los 11 y los 15 años.

Figura 3. Distribución de la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas en los casos reportados al Suicad



Impacto de las sustancias psicoactivas

El análisis sobre el impacto de las sustancias se observa desde la perspectiva de las drogas que a juicio de los usuarios motivaron el tratamiento y se complementa con el impacto subjetivo que las personas le atribuyen al consumo de cada sustancia. Con respecto a esta variable, se presentan tres datos que muestran distintos ángulos de la cuestión. Por una parte, las dos primeras columnas tienen como referencia el número de personas y mostrarían que la marihuana, la cocaína y los inhalables comunes son las sustancias que motivarían la mayor cantidad de solicitudes de tratamiento.

Sin embargo, cuando se miran estos mismos datos con relación al número de personas que consumen específicamente cada sustancia, se tiene que la Clozapina y el éxtasis son las sustancias que en términos relativos producen la mayor cantidad de solicitudes de tratamiento. Hay sustancias con pocos casos como la metadona y la morfina (fueron reportadas por pocos consumidores), por lo que es poco lo que se puede decir de ellas sobre las solicitudes de tratamiento.

Tabla 6. Principales sustancias que motivaron la solicitud de tratamiento

Sustancia	Personas	% con respecto al total de personas	% con respecto al número de consumidores de la sustancia
Clozapina (Leponex)	3	0,2	75,0
Éxtasis (MDMA)	40	3,1	51,9
Metadona	1	0,1	50,0
Morfina	1	0,1	50,0
Metanfetaminas	4	0,3	44,4
Clonazepam	41	3,2	41,0
Cacao sabanero	5	0,4	38,5
Cocaína	211	16,6	31,6
Marihuana	330	25,9	29,3
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	146	11,5	28,1
LSD	7	0,5	24,1
Alcohol	99	7,8	21,5
Dic, Ladys o Leydis	13	1,0	21,0
Basuco	98	7,7	20,2
Tabaco (cigarrillo)	102	8,0	20,2
2CB, tusi	1	0,1	20,0
Anfetaminas	4	0,3	19,0
Heroína	54	4,2	18,2
Popper	4	0,3	14,3
Hongos	3	0,2	11,5

Como se anunció al inicio de esta sección, el formulario del Suicad recoge la impresión subjetiva de la persona consumidora de sustancias psicoactivas, acerca del impacto negativo que le ha causado cada una de las drogas reportadas en su historia. El impacto se consigna de acuerdo con una escala de 1 a 10, donde 10 representa el mayor impacto negativo.

El impacto promedio indica a la sustancia que individualmente tiende a causar más daño desde la perspectiva del consumidor. Este promedio está afectado por la cantidad de personas que reportan el consumo de determinadas sustancias. Así, un único caso podría hacer que el consumo de una sustancia parezca muy alto o muy bajo.

El impacto total indica el puntaje bruto. Aunque el puntaje total de impacto está afectado por la cantidad de personas que dicen haber consumido una sustancia, socialmente reflejaría el total de daño que podría estar causando esta sustancia desde el punto de vista de los consumidores.

En lo que corresponde al promedio de impacto percibido por los consumidores, la Clozapina y morfina fueron calificadas con 9y muy cerca las metanfetaminas. Son pocos los casos que se reportaron de estos consumos, lo que es necesario tenerlo en cuenta en este análisis.

Tabla 7. Impacto promedio de las sustancias, según las personas atendidas en los servicios de tratamiento

Sustancia	Promedio de impacto
Clozapina (Leponex)	9,0
Morfina	9,0
Metanfetaminas(Methedrina)	8,8
Mezclas	8,5
Éxtasis (MDMA)	7,8
Cocaína	7,3
Basuco	7,2
Anfetaminas	7,1
Cacao sabanero	7,1
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	7,1
Marihuana	7,1
2CB, tusi	6,8
LSD	6,8
Heroína	6,8
Hongos(Psilocybe y otros)	6,8
Clonazepam	6,6
Otras	6,6
Alcohol	6,5
Metadona	6,3
Tabaco (cigarrillo)	6,3
Popper	6,1
Opio	6,0
Dic, Ladys o Leydis	5,8

CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos en lo corrido del año 2013, es posible establecer un perfil aproximado de los usuarios de sustancias psicoactivas atendidos en los centros y servicios de tratamiento. Es probable que el perfil cambie cuando aumenten los datos procedentes de las regiones del país que apenas están ingresando al Suicad.

Como en el análisis anteriormente producido, es notorio que se reportan más casos de hombres que de mujeres que acuden a los centros de tratamiento. Esto es congruente con los datos sobre consumo de sustancias en el país. Sin embargo, también puede ser el reflejo de la falta de oferta de tratamiento para mujeres. Esto es especialmente problemático cuando los servicios ofrecen tratamientos basados en internación.

Con respecto a las sustancias consumidas, la que con más frecuencia se reporta es la marihuana. Esto podría deberse a un error en la inclusión del alcohol y el cigarrillo como drogas, lo que se

resolvería con el seguimiento a quienes introducen la información en el aplicativo, o podría ser la consecuencia de un patrón de consumo que es distinto al encontrado en indagaciones en la población general.

En todo caso, las sustancias que tienen edades de inicio más tempranas son el tabaco, las metanfetaminas y el alcohol. Con respecto a las metanfetaminas surgen preguntas importantes: ¿qué tanto crédito puede darse a la información sobre ese particular? De todos modos son 50 casos reportados de consumo de esa sustancia, una cantidad apreciable.

Lo que se confirma con esta información es que el inicio de consumo de sustancias se da fundamentalmente entre los 11 y los 17 años y que las acciones de prevención bien podrían ubicarse un poco antes y durante este periodo para lograr algún efecto sobre la probabilidad de consumo de drogas y de sus consecuencias.

Es interesante el que una sustancia como el éxtasis tenga un reporte de impacto tan alto, lo que también coincide con el análisis anteriormente hecho sobre la base de datos del Suicad. A partir de esta revelación surgen varias preguntas. Una de ellas podría formularse así: ¿Será esto debido a alguna alteración del éxtasis consumido en Colombia?

El papel de las coordinaciones regionales en la mejor comprensión acerca de cómo están evolucionando los perfiles de consumo de sustancias psicoactivas es fundamental. Varios de los asuntos tratados aquí deberían ser estudiados en las regiones, pues, aunque este análisis es del conglomerado nacional de datos, se observa que se abren puertas de indagación que requieren un papel activo en las entidades territoriales.