

# DROGODEPENDENCIAS

*Guía de atención y trato de la drogodependencia*



Cofinanciado por el  
programa Erasmus+  
de la Unión Europea

## 2º EDICIÓN

### LÍDER DE AUTORÍA:

*Gabriela Alfonso Novoa  
Márcia Lopes Reis  
Beatriz S. C. Cortela  
Mateus B Santos*

### AUTORES COLABORADORES (EN ORDEN ALFABÉTICO):

*Jaime Ayala  
Eliana Esther Gallardo Echenique  
Emmanuelle Gutiérrez y Restrepo  
Antonio López Mairena  
Cristian Merino Rubilar  
Adela Molina  
Lisel Neyra  
David Olivo  
Martha Stella Pabón Gutiérrez  
Isabel Mercedes Torres Garay*

### DISEÑADOR / MAQUETADOR:

*Cristian Andrés Rojas Figueroa (2º Edición)  
Juan Camilo Garzón C. (1º Edición)*



Cofinanciado por el  
programa Erasmus+  
de la Unión Europea

# DROGODEPENDENCIAS

## *Guía de atención y trato de la drogodependencia*

*Resultado del proyecto ACACIA (561754-EPP-1-2015-1-CO-EPPKA2-CBHE-JP)  
cofinanciado por el programa Erasmus+*

**ACACIA:**

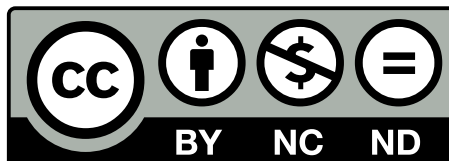
*Centros de Cooperación para el Fomento, Fortalecimiento y Transferencia de Buenas Prácticas que Apoyan, Cultivan, Adaptan, Comunican, Innovan y Acogen a la comunidad universitaria.*

**EDITORA:**

*Emmanuelle Gutiérrez y Restrepo*



*Esta obra es resultado de la actividad del paquete de trabajo 5 «Apoya» del proyecto europeo ACACIA, cofinanciado por el programa Erasmus+ de la Unión Europea. Esta publicación es responsabilidad exclusiva de sus autores. La Comisión Europea no es responsable del uso que pueda hacerse de la información aquí difundida.*



*Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons  
Atribucion-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.*

# AGRADECIMIENTOS

Esta obra ha sido posible gracias al compromiso de todos los miembros del consorcio del proyecto ACACIA (Centros de Cooperación para el Fomento, Fortalecimiento y Transferencia de Buenas Prácticas que Apoyan, Cultivan, Adaptan, Comunican, Innovan y Acogen a la comunidad universitaria) y a la cofinanciación recibida por parte de la Comisión Europea a través del Programa Erasmus+.

El consorcio del proyecto ACACIA está conformado por tres universidades europeas, once de América Latina y varias entidades cooperantes. Agradecemos expresamente su contribución en esta serie de guías a:

Universidad Distrital Francisco José de Caldas (UDFJC), Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Universidade Nova de Lisboa (UNINOVA), Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV), Universidad Federal do Oeste do Pará (UFOPA), Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), Universidad de Antofagasta (UA), Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN), Universidad Pedagógica Nacional (UPN - Colombia), Universidade Estadual Paulista

Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Universitatea "1 Decembrie 1918" Alba Iulia (UAB), Corporación Universitaria Iberoamericana (CUI), Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León (UNAN - León), Universidad Continental (UC), INCI: Instituto Nacional de Ciegos de Colombia, INSOR: Instituto Nacional de Sordos de Colombia, Fundación Sidar - Acceso Universal (de ámbito iberoamericano).

# ÍNDICE

Glosario y conceptos clave .....	10
Introducción .....	12
1. Situación legislativa en Iberoamérica .....	13
Colombia .....	13
Nicaragua .....	15
Perú .....	16
2. Perfiles de los actores y caracterización de la problemática .....	18
Individual .....	20
Social .....	20
3. Orientaciones curriculares .....	22
4. Orientaciones para la detección y el trato .....	26
Estrategias de prevención .....	26
Estrategias de mitigación .....	28
5. Orientaciones ante el bullying individual y colectivo .....	30
6. Encuesta para detección y evaluación de incidencia y actitudes .....	31
Encuesta 1: Cuestionario de drogodependencia (énfasis en el consumo de alcohol) .....	31
Encuesta 2: Cuestionario ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) validado pela Organización Mundial de Salud .....	34
OMS - ASSIST V3.0 .....	44

# ÍNDICE

OMS ASSIST V3.0 TARJETAS DE RESPUESTA para los pacientes Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS ASSIST V3.0)	
TARJETAS DE RESPUESTA para los pacientes .....	46
¿Qué significan sus puntuaciones? .....	48
Tarjeta sobre riesgos asociados con inyectarse. Información para pacientes .....	54
Bibliografía .....	56

# GLOSARIO Y CONCEPTOS CLAVE

En el siguiente ítem se presenta en orden alfabético el glosario temático con los principales conceptos para trabajar/abordar la temática.

## ***Abuso***

Patrón de consumo en exceso y desadaptado de sustancias, reflejado en la baja capacidad de la persona de controlar su conducta.

## ***Drogas***

La Organización Mundial de la Salud designa drogas o su equivalente a aquellas sustancias que, al entrar en contacto con el organismo bajo diversas vías de administración, actúan en el Sistema Nervioso Central (SNC), y producen alteración de comportamiento, humor y cognición (WHO, 200, p. 4).

## ***Sustancias psicoactivas (spa)***

Son sustancias de origen natural o sintético, diseñadas para ser consumidas por varias vías del organismo con el objetivo de afectar el sistema nervioso, y desencadenar alteraciones en la conciencia, la sensopercepción y los estados emocionales.

## ***Drogodependencia***

Se define como el conjunto de los trastornos mentales de comportamiento resultantes de la dependencia del alcohol y de todas las sustancias psicoactivas según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CID); además, es considerada una enfermedad crónica y recidivante (el enfermo tiene recaídas), caracterizada por la búsqueda y consumo compulsivo de drogas.

## ***Dependencia química***

Trastorno mental, en el que quien lo padece pierde el control del uso de la sustancia, y su vida psíquica, emocional, espiritual y física se va deteriorando gravemente.

Dependencia psíquica: La condición en que la persona está dominada por un impulso fuerte, casi incontrolable, que deviene en la administración de la droga a la que se acostumbró, y la experimentación de un malestar intenso (fisura) en ausencia de esta.

## ***Toxicomanía***

Primer término utilizado para referirse a la drogodependencia.



### ***Policonsumo***

Consumo simultáneo de varias sustancias psicoactivas.

### ***Vulnerabilidad juvenil***

Este concepto se origina en el movimiento de derechos humanos y es desarrollado por Mann y colaboradores (Mann, 1992), para pensar epidemias y enfermedades, incluida la drogodependencia. En los últimos años, los investigadores brasileños (Ayres, 1996; Villela, 1996; Paiva, 1996; Ayres, Calazans y Francia Junior, 1998) lo asumen con el fin de superar la comprensión inicial del riesgo de enfermedades basada en la idea de grupos de riesgo y de comportamientos de riesgo.

# INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la cuestión del uso abusivo de drogas corresponde a un problema prominente y global que abarca diversas instancias, estas no solo repercuten en los usuarios de sustancias psicoactivas, sino en las personas a su alrededor constituyéndose en un grave problema social y de salud pública.

El alto consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios es un tema de impacto por la relación de este con el bajo rendimiento de los estudiantes y la deserción temprana. Variables como la facilidad para el acceso y el consumo de sustancias, la falta de autorregulación y la necesidad de sentirse aceptado en grupos sociales son motivo de seguimiento y por ende sinónimo de alerta en las IES.




De acuerdo con lo anterior, el presente documento desarrolla una base de la situación legislativa sobre el tema de la drogadicción en los países que cuentan con un CADEP Acacia piloto. Posteriormente sitúa un perfil general de los actores y una caracterización de la problemática, describiendo algunos factores de riesgo de carácter individual y social que se pueden constituir en puntos de alerta para la comunidad educativa.










Asimismo, esta guía expone una serie de orientaciones curriculares en el contexto universitario y pautas para la detección y el trato del bullying. Finalmente, presenta un instrumento (encuesta) para analizar el consumo en IES.




# 1 SITUACIÓN LEGISLATIVA EN LATINOAMÉRICA

## 1.1 Colombia


En este apartado se recogen normas internacionales y legislación de tres países que cuentan con Centros de Apoyo y Desarrollo Educativo Profesional (CADEP) Acacia piloto.

Detalle	Sitio web
Ley 30 de enero 1986. Estatuto Nacional de Estupefacientes. Definiciones de los conceptos y sanciones.	Ley 30 de enero 1986 
Decreto número 3788 de 1986 (diciembre 31). A través de este se reglamenta la Ley 30 de 1986 o Estatuto Nacional de	Decreto 3788 de 1986 
Ley 52 de 1990, mediante la cual se establece la estructura orgánica marco del Ministerio de Gobierno...; se dictan otras disposiciones y se conceden facultades extraordinarias.	Ley 52 de 1990 

<i>Detalle</i>	<i>Sitio web</i>
Ley 18 de 1991, mediante la cual se ordena el control de las sustancias y métodos prohibidos en el deporte.	Ley 18 de 1991 
Decreto 2159 de 1992, mediante el cual se fusiona la Dirección Nacional de Estupefacientes con el Fondo Rotatorio de Prevención, Represión y Rehabilitación del Consejo Nacional de Estupefacientes.	Decreto 2159 de 1992 
Ley 124 de 15 de febrero de 1994, mediante la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones	Ley 124 de 1994 
Decreto N.º 1108 DE 1994 (mayo 31), mediante el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.	Decreto 1108 de 1994 
Ley 228 de diciembre 21 de 1995, mediante la cual se determina el régimen aplicable a las contravenciones especiales y se dictan otras disposiciones.	Ley 228 de 1995 
Ley 599 del 24 de julio de 2000, mediante la cual se expide el Código Penal de los delitos contra la salud pública y del tráfico de estupefacientes y otras infracciones.	Ley 599 de 2000 
Ley 745 de 2002, mediante la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro.	Ley 745 de 2002 
Ley 1335 de 2009. Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.	Ley 1335 de 2009 
Decreto 2530 de 2009, mediante el cual se adoptan medidas tendientes al cumplimiento de los compromisos adquiridos por Colombia en el marco de las decisiones 505 y 602 de la Comunidad Andina, en aplicación del artículo 12 de la Convención de Viena de 1988, sobre el control a la exportación de sustancias químicas controladas.	Decreto 2530 de 2009 









<i>Detalle</i>	<i>Sitio web</i>
Decreto Número 120 de 2010, mediante el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol.	Decreto Número 120 de 2010 
Decreto 2897 de 2011, mediante el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica, las funciones del Ministerio de Justicia y del Derecho y se integra el Sector Administrativo de Justicia y del Derecho.	Decreto 2897 de 2011 
Ley 1566 de 2012, mediante la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas”.	Ley 1566 de 2012 

## 1.2 Nicaragua

<i>Detalle</i>	<i>Sitio web</i>
Ley N.° 285 de 15 de abril de 1999. Ley de Reforma y Adiciones a la Ley N.° 177, Ley de Estupefacientes, Sicotrópicos y Sustancias Controladas. mediante las cuales se sistematizan las regulaciones y definiciones	Ley No. 285 de 1999 

### 1.3 Perú

Detalle	Sitio web
Ley N.º 22095 de 2 de marzo de 1978. Ley de represión del tráfico ilícito de drogas.	Decreto Ley 22095 de 1978 
Decreto Supremo N.º 002-92-SA. Aprueba el reglamento de organización y funciones del ministerio de salud.	D.S. 002-92-SA (p. 152) 
Decreto Supremo n.º 983-93-PCM. Aprueban el reglamento de la ley n.º 25357 que estableció la prohibición de fumar en espacios cerrados de uso público.	D.S. 983-93-PCM (p. 155) 
Decreto Supremo N.º 095-93-PCM de 21 de diciembre de 1993. Modifican el reglamento de la ley que estableció la prohibición de fumar en espacios cerrados de uso público.	D.S. 095-93-PCM (p. 157) 
Resolución Ministerial N.º 172-95-SA/DM. Aprueban normas complementarias de decreto supremo mediante el cual se adicionó el ítem a artículo del reglamento general de establecimientos de salud del subsector no público.	Res. Min. 172-95-SA/DM (p. 157) 
Decreto Legislativo N.º 824. Ley de lucha contra el tráfico ilícito de drogas.	DECRETO LEGISLATIVO N° 824 (p. 159) 

<i>Detalle</i>	<i>Sitio web</i>
Resolución Ministerial N.º 407-97-SA/DM. Normas complementarias para la autorización, funcionamiento y supervisión de centro de atención para dependientes a sustancias psicoactivas.	Res. Min. 407-97-SA/DM (p. 160) 
Ley N.º 26739. Establecen horario en el cual podrá realizarse publicidad de cigarrillos a través de medios radiales o televisivos.	Ley 26739 (p. 166) 
Ley N.º 26849. Prohíben venta y publicidad de productos elaborados con tabaco en lugares a que se refiere la Ley 25357 que estableció la prohibición de fumar en espacios cerrados de uso público.	Ley 26849 (p. 166) 
Decreto Supremo N.º 008-97-SA. En este de modifica el artículo del reglamento general de establecimientos de salud del subsector público.	D.S. 008-97-SA (p. 166) 
Ley N.º 22095 de 2 de marzo de 1978. Ley de represión del tráfico ilícito de drogas.	Decreto Ley 2095 de 1978 
Decreto Supremo N.º 002-92-SA que aprueba el reglamento de organización y funciones del ministerio de salud.	D.S. 002-92-SA (p. 152) 
Decreto Supremo n.º 983-93-PCM, mediante el cual se aprueban el reglamento de la Ley n.º 25357 que estableció la prohibición de fumar en espacios cerrados de uso público.	D.S. 983-93-PCM (p. 155) 
Decreto Supremo N.º 095-93-PCM de 21 de diciembre de 1993. En este se modifican el reglamento de la ley que estableció la prohibición de fumar en espacios cerrados de uso público.	D.S. 095-93-PCM (p. 157) 

## 2 PERFILES DE LOS ACTORES Y CARACTERIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

Los principales actores en contextos de educación superior son en su mayoría adolescentes, jóvenes de diversos grupos etarios, quienes se encuentran inmersos en un fenómeno social complejo de consumo de sustancias psicoactivas que afectan el rendimiento académico de los estudiantes.

«La juventud se presenta como una etapa de “moratoria social”, es decir, el lapso de tiempo que hay entre la madurez física (el completo desarrollo del cuerpo) y la madurez social (el asumir responsabilidades laborales y familiares). Es una época en la cual tiene cabida el consumo de SPA y por lo tanto es oportuna para el desarrollo de estrategias de prevención y mitigación». Ministerio de salud y protección social (2013).

De ese modo, el uso de drogas está directamente asociado a la forma de lidiar con situaciones adversas presentes en la realidad: la presión social, la falta del sentimiento de pertenencia (principalmente de la familia y grupos sociales), traumas vivenciados, represión generada por los patrones sociales, negación de valores morales y éticos en la violencia coti-

diana, ausencia o déficit de afecto entre las personas, entre otras.

Camacho (2005) citado por Castaño, G. (2008) «refiere a la falta de habilidades sociales básicas de los nuevos estudiantes que ingresan a la Universidad anotando que de la misma forma en que es de gran importancia la relación con los compañeros, las relaciones con el sexo opuesto, también lo son: la meta deseada de aceptación podría motivar a los estudiantes a socializar, pero la interacción con gente desconocida y las situaciones específicas de exigencia social podrían producir sentimientos de ansiedad social» (p. 13).

En ese sentido, es importante detectar los niveles de consumo de sustancias psicoactivas que pueden conllevar a riesgos tanto físicos como psicológicos. A continuación, se proponen los diversos niveles de consumo.





Figura 1 Niveles de consumo

Fuente: Ministerio de salud y protección social. 2013. La prevención y mitigación en manos de los jóvenes. Herramientas pedagógicas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas y mitigación de su impacto, para líderes de organizaciones juveniles. Segunda edición.

De acuerdo con lo anterior, se describen algunos factores de riesgo de carácter individual y social que deben considerarse en la caracterización de estudiantes (potenciales usuarios de SPA) en contextos de educación superior.

## 2.1 Individual

- Clima familiar conflictivo, por la historia de consumo de drogas, alcohol u otras sustancias que pueden ser fármacos, entre otros.
- Personas con bajo autoconcepto y capacidad para solucionar problemas de manera asertiva.
- Presenta cambios bruscos de estados recurrentes de ánimo.
- Pérdida de normas sociales, con comportamientos agresivos e impulsividad.
- Evidencian altos niveles de estrés y ansiedad.
- Desorden de alimentación, puede presentar cuadro de deshidratación.
- Sentimientos de soledad y depresión que lo

conducen a buscar formas de aceptación a grupo sociales.

- Baja tolerancia a la frustración en diferentes escenarios de la vida universitaria, bajo rendimiento académico y falta de concentración en actividades académicas que inciden en situaciones de deserción estudiantil.
- No logran proyectarse a través de un plan de vida.
- Relaciones sexuales inestables con altas posibilidades de adquirir enfermedades de transmisión sexual.

## 2.2 Social

- Argumenta sus acciones desde estereotipos sociales positivos acerca del consumo de drogas, relacionados con el deseo de experimentar, sentir independencia y libertad, conducta moderna, modo de transgresión o auto superación.
- Frecuenta ambientes sociales que disponen de

sustancias psicoactivas accesibles a la comunidad.

- Facilidad al acceso y el policonsumo de sustancias en zonas geográficas determinadas para tal fin.
- Consumo social y simultáneo de sustancias como psicofármacos, esteroides y anabólicos, energizantes con alcohol y tránsito a nuevas vías de administración como la inyección.

Según Camacho (2005), citado por Castaño, G. (2008), «el adolescente o adulto joven es expuesto a diversidad de situaciones que le presentan la educación superior y la experiencia de la vida universitaria. Por esto, el ingreso a la Universidad y la permanencia en esta se convierte en una etapa de búsqueda intelectual y crecimiento personal, que ofrece la posibilidad de moldear la identidad personal. Así entonces, aunque generalmente docentes e instituciones fomentan un desarrollo saludable, los universitarios pueden presentar una crisis de identidad que probablemente le origine serios problemas (desórdenes del comportamiento, rebeldía, lucha intergeneracional, consumo o abuso de alcohol y drogas, entre otros)» (p. 9).

En esta perspectiva la problemática se centra en el aumento de consumo y abuso de diferentes sustancias entre jóvenes de distintos grupos etáricos que en ese proceso de búsqueda de su identidad son proclives al consumo de sustancias sin mayor conocimiento de estas.

Es importante resaltar que esta situación incide de manera directa en el rendimiento académico de los estudiantes, los estados emocionales e incluso se constituye en un factor de deserción temprana.

Por ello la universidad debe desarrollar acciones afirmativas para educar en la prevención como alternativa para enfrentar el consumo de drogas entre estudiantes.

## 3 ORIENTACIONES CURRICULARES

Inicialmente se propone el abordaje de los estudiantes desde una educación afectiva que defiende la modificación de factores personales que se ven como riesgos para el uso de drogas, explorando situaciones-límite.

En primer lugar, se debe priorizar el desarrollo de escenarios propicios para el autoconocimiento, la autoestima y la autoafirmación; así mismo, deben fomentarse el desarrollo de habilidades para reconocer relaciones interpersonales sanas o inadecuadas, la capacidad de lidiar con la ansiedad, la habilidad de decidir para resistir a las presiones grupales y la comunicación

verbal. Finalmente, es menester el fortalecimiento de actitudes resilientes para afrontar las situaciones que se puedan presentar cotidianamente.

En ese sentido, la postura educativa de la IES debe estar orientada a la afirmación de un sistema de valores personales que los animen a adoptar un estilo de vida en que el abuso de drogas no encuentre resonancia. Allí se debe asegurar la inserción en el currículo de contenidos significativos de prevención a través de talleres, debate, discusión, diálogo crítico de los múltiples escenarios que pueden ocurrir al tomar la decisión de consumir.

CATEGORÍA	PAUTAS
Promoción del autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear en clase un clima cooperativo de amistad, confianza y respeto.</li> </ul>
Desarrollo de actitud autónoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propiciar el aprendizaje por descubrimiento.</li> <li>• Permitir la participación activa en clase.</li> <li>• Facilitar las interacciones personales sanas.</li> </ul>

<b>CATEGORÍA</b>	<b>PAUTAS</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear momentos para hablar y comunicarse con el otro.</li> <li>• Plantear situaciones para decidir y juzgar.</li> <li>• Promover el contraste de opiniones, ejercitar la argumentación y la contraargumentación.</li> </ul>
<p><b>Alcance de la competencia social</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular la toma de decisiones responsable.</li> <li>• Desarrollar mecanismos de defensa.</li> <li>• Promover la aptitud para negociar.</li> <li>• Aumentar la capacidad de resistir a presiones grupales.</li> <li>• Fortalecer la habilidad de resolución de conflictos.</li> <li>• Permitir experimentar y explorar constructivamente.</li> </ul>
<p><b>Promoción de la afectividad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular el diálogo entre pares y familias.</li> <li>• Orientar su plan de vida.</li> <li>• Potenciar la habilidad de autoevaluarse diariamente.</li> <li>• Desarrollar capacidad para comunicarse y expresar su sentir.</li> <li>• Estimular el conocimiento de sí mismo, elevar la autoestima.</li> <li>• Promover una escucha activa.</li> </ul>
<p><b>Integración cuerpo, mente y emoción</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear situaciones para el descubrimiento de sí mismo.</li> <li>• Reconocimiento de su cuerpo y de sus emociones en situaciones extremas que implican un análisis de las consecuencias inmediatas y a futuro.</li> <li>• Orientar al estudiante en el perfeccionamiento de sus habilidades.</li> </ul>

Finalmente, es fundamental analizar el tema con toda la comunidad universitaria, de manera clara y sin prejuicios, no solo desde la perspectiva de salud, sino desde enfoques sociales, psicológicos y afectivos multidisciplinares que generen acciones concretas al interior de las IES con el respectivo seguimiento y continuidad. Estas acciones son relevantes, dado su impacto en la valoración de la disminución o el aumento de consumo, así como su impacto en la vida académica de los estudiantes.

Por ello, desde la premisa de una universidad saludable que acoge a todos los miembros de la comunidad universitaria, es fundamental tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Diseñar un ambiente sano y saludable para la comunidad con áreas de estudio, recreación, salud y bienestar universitario donde la atención se efectúe desde la afectividad y la comprensión de los estudiantes, no como infractores sino como personas que requieren atención por situaciones de consumo para garantizar la permanencia y titulación.
2. Hacer énfasis en el éxito académico desde una perspectiva individual, familiar y comunitaria, que se encamine a potenciar estilos de vida saludables.
3. Promover escenarios para que los jóvenes logren identificar sus habilidades y desarrollar su potencial físico, psicológico y social.
4. Generar articulaciones o intercambios dialógicos en sus espacios académicos, con profesionales en la promoción de la salud y la seguridad de toda la comunidad.
5. «Diseñar e implementar foros y paneles de discusión por disciplinas según la Facultad que focalicen distintas perspectivas del problema: el consumo, su prevención, el tratamiento, el tráfico, los aspectos legales, entre otros» (Castaño, G., 2008).
6. Definir en la malla curricular, desde los primeros semestres, espacios académicos destinados a la orientación y la afirmación de la identidad, la autoestima, el manejo del estrés en situaciones conflictivas y la promoción de la salud comunitaria.
7. Desarrollar escenarios metodológicos abiertos para el estudio de historias de vida, antecedentes

familiares y propuestas de acción en contexto educativo.

8. Contribuir al seguimiento de los estudiantes en proceso de superación o reincidencia, a través de la observación y la escucha.
9. Orientar el perfeccionamiento de las habilidades del estudiante, con el fin de aportar a la consolidación de su plan de vida desde su campo disciplinar.
10. Articular sus acciones pedagógicas con las demás instancias de la universidad; por ejemplo, las oficinas de bienestar universitario.
11. Identificar los factores de riesgo o niveles de consumo del estudiante, con la finalidad de activar un protocolo de atención con las instancias de su universidad, desde la base del respeto y la confidencialidad.

# 4 ORIENTACIONES PARA LA DETECCIÓN Y EL TRATO

Inicialmente es fundamental evitar reducir la concepción de la drogodependencia a la cadena de consumo: es preciso dar una mirada amplia al análisis social de las IES. En esta perspectiva, comprender la universidad como un lugar de encuentro intercultural con pares es un punto a favor de humanizar la academia a través de relaciones horizontales que no la reduzcan a un escenario de rigor disciplinar, sino a un espacio de formación y afirmación de identidades y culturas diferentes.

Por ello es necesario no homogeneizar las causas que llevan al consumo de drogas y alcohol. Se debe realizar un escenario de escucha activa con cada estudiante en particular, ya que esta conducta no siempre está relacionada con fenómenos de delincuencia o actos ilícitos, de allí la importancia de reconocer la capacidad de discernimiento de los estudiantes, su historia y proyección de vida (Castaño, G., 2008).

En esta perspectiva es importante aclarar dos fases fundamentales en la atención a estudiantes en riesgo y en situación de drogodependencia, denominadas prevención y mitigación y superación.

## 4.1 Estrategias de prevención

Según Ministerio de Salud y Protección Social (2013, p.24) «prevenir en el contexto del consumo de SPA y desde el marco de la protección social, significa manejar y gestionar los riesgos a través de estrategias para evitar que se manifiesten a nivel individual en la salud, la calidad de vida y el bienestar de los individuos, las familias y comunidades».

La prevención busca, por tanto, generar acciones afirmativas para mitigar los riesgos, evitar daños y consecuencias negativas a corto, mediano y largo plazo, en pro de la permanencia y el buen rendimiento académico del estudiante.

En ese sentido, resulta fundamental el desarrollo de estrategias encaminadas a la formación de pares para la prevención. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), es necesario potenciar el diálogo entre pares, ya que en esta etapa de la juventud, categoría social e histórica, se afirman prácticas sociales, hábitos, funciones y posibilidades que se



constituyen en la base de la vida adulta de acuerdo con el contexto donde estos se desenvuelvan. En esa medida, se aclaran tres condiciones fundamentales que se describen a continuación:

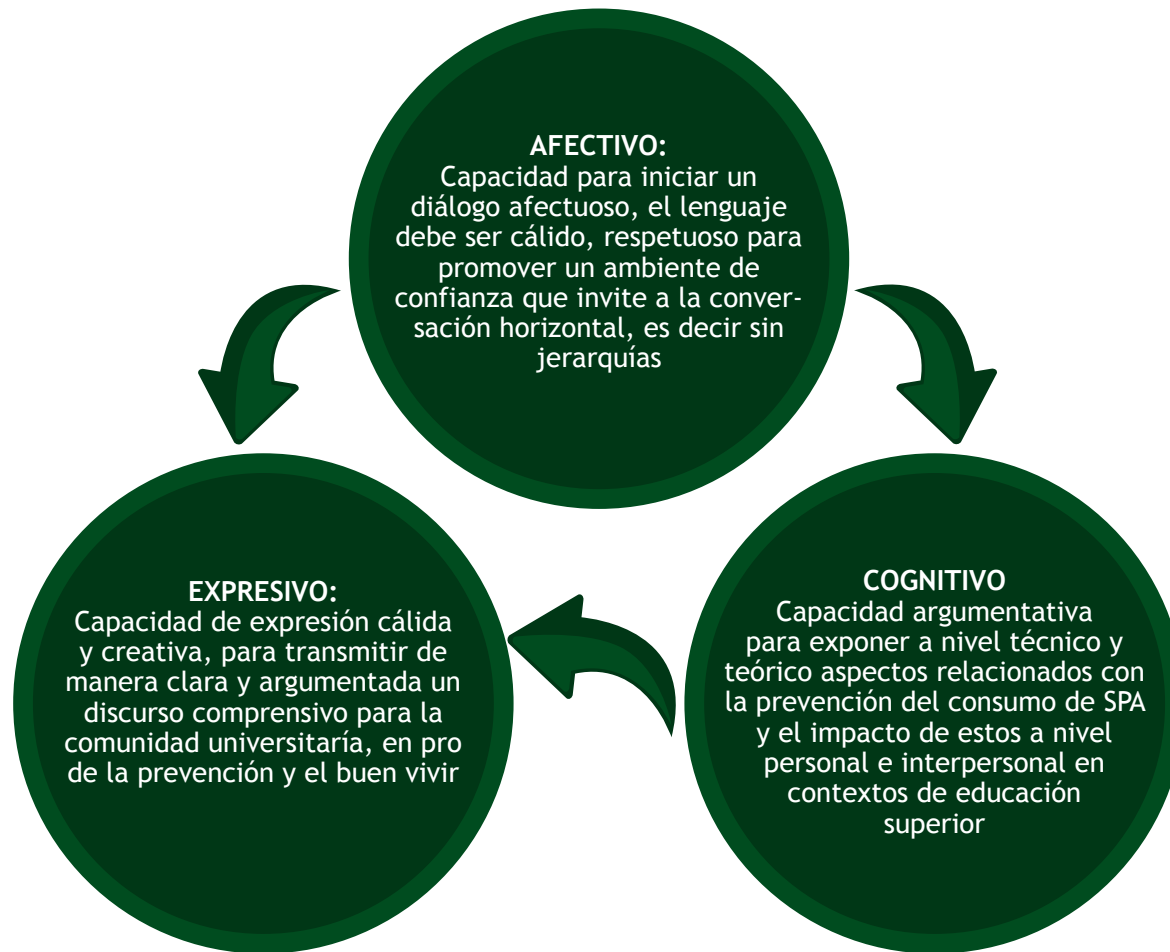


Figura 2 Condiciones para la formación entre pares

En esta perspectiva la prevención debe abordar los siguientes aspectos:

- Evitar el inicio de consumo de SPA.
- Disminuir el riesgo de incurrir en el consumo de SPA.
- Realizar campañas para reducir los nuevos casos de consumo de SPA.
- Promover competencias de responsabilidad comunitaria.
- Facilitar escenarios dialógicos con los actores de la comunidad, para la construcción de subjetividad y criterio para la toma de decisiones.
- Instaurar centros de escucha itinerantes que le permitan a los estudiantes buscar orientación en cualquier momento de manera voluntaria.

## 4.2 Estrategias de mitigación

Según el Ministerio de Salud y protección social (2013), este aspecto busca la reducción de factores de vulnerabilidad, que puedan inducir a consumos problemáticos, conductas de alto

riesgo para la salud, la convivencia, el bienestar personal y social.

- Proveer escenario de diálogo con la comunidad universitaria para el fortalecimiento de redes de apoyo al interior y exterior de las IES.
- Diversificar estrategias de atención para llegar a los diferentes grupos sociales de la comunidad a través de diferentes medios de difusión de información: campañas en redes sociales, foros de discusión, póster, brochure, infografías mapas mentales, piezas audiovisuales accesibles, entre otros.
- Desarrollar estrategias de investigación y proyección social para apoyar la sostenibilidad y la continuidad de programas de prevención y mitigación.
- Diseñar estrategias pedagógicas para generar prácticas que impliquen el mínimo de riesgos o daños para los consumidores, a través de la socialización oportuna de acciones riesgosas, como, por ejemplo, la combinación de sustancias o sobredosis.

- Reducir el estigma y la discriminación hacia los jóvenes que consumen, con el fin de abrir espacios de participación y reflexionar desde el autocuidado para el bienestar y la calidad de vida para ellos y su entorno.
- Especificar las rutas de atención o asistencia individual-grupal planeadas por la IES durante toda la carrera.

De acuerdo con lo anterior, es importante que las IES abran espacios para la investigación multidisciplinar de representaciones sociales y percepciones relacionadas con el consumo de drogas. Además, es también necesario que definan el protocolo de atención, a través del diseño de un sistema de diagnóstico que permita identificar los puntos de riesgo, y diseñar una propuesta específica para los involucrados que articule redes de apoyo local, nacional e internacional, según el caso.

# 5 ORIENTACIONES ANTE EL BULLYING INDIVIDUAL Y COLECTIVO

Ante el bullying individual y colectivo, optamos por seguir el protocolo propuesto por UNICEF  (2015), que puede localizarse en la página del Módulo Apoya de cualquiera de los CADEP Acacia.

# 6 ENCUESTA PARA DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE INCIDENCIA Y ACTITUDES

## 6.1 Encuesta 1: Cuestionario de drogodependencia (énfasis en el consumo de alcohol)

El método BASICS (DIMEFF et al., 2002) se desarrolló específicamente para universitarios que consumen alcohol de manera nociva; fue probado y demostró buenos resultados. Este método fue propuesto por MARLATT et al. (1998), BAER et al. (2001), y fue usado en otras universidades estadounidenses (Borsari y Carey, 2000). Se caracteriza por utilizar el

enfoque de reducción de daños, en el cual la meta primaria es hacer que el alumno reduzca los comportamientos de riesgo y los efectos perjudiciales de la bebida, a diferencia de otros programas que tienen como objetivo la abstinencia.

Inspirados en este documento, específicamente para esta guía de detección de personas en riesgo de drogodependencia, será considerado el cuestionario AUDIT, cuya implementación por la UNESP (campus Botucatu) se realiza con éxito desde 2010 por el equipo de Salud Mental vinculada al curso de Medicina.

Tabla 5 AUDIT - Referente a los últimos 6 meses (1/3)

Ocurrencia	Puntos
1. ¿Cuál es la frecuencia de su consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 6 meses?	
Ninguna	0
Una o menos de una vez por mes	1
2 a 4 veces por mes	2
2 a 3 veces por semana	3
4 o más veces por semana	4

Ocurrencia	Puntos
2. ¿Cuántas dosis que contienen alcohol consume en un día típico cuando usted está bebiendo?	
Ninguna	0
1 a 2	1
3 a 4	2
5 a 6	3
7 a 9	4
10 o más	5

Tabla 6 AUDIT - Referente a los últimos 6 meses (2/3)

Ocurrencia	Nunca	Menos que 1 vez por mes	1 vez por mes	1 vez por semana	Diariamente o casi
3. ¿Consume 5 o más dosis de bebidas alcohólicas en una ocasión?	0	1	2	3	4
4. ¿Durante los últimos 6 meses usted percibió que no podía parar de beber una vez que había comenzado?	0	1	2	3	4
5. ¿Durante el año pasado usted dejó de hacer lo que se esperaba debido al uso de bebidas alcohólicas?	0	1	2	3	4
6. ¿Durante los últimos 6 meses usted necesitó una primera dosis por la mañana para sentirse mejor después de una borrachera?	0	1	2	3	4
7. ¿Durante los últimos 6 meses se sintió culpable o con remordimiento después de beber?	0	1	2	3	4
8. ¿Durante los últimos 6 meses no pudo recordar lo que ocurrió la noche anterior porque bebió?	0	1	2	3	4

Tabla 7 AUDIT - Referente a los últimos 6 meses (3/3)

Ocurrencia	Puntos
9. ¿Ha causado lesiones o perjuicios a usted o a otra persona después de haber bebido?	
No	0
Sí, pero no en los últimos 6 meses	1
Sí, pero en los últimos 6 meses	2
10. ¿Un pariente, amigo, médico o cualquier otro profesional del área de la salud se refirió a sus borracheras o le sugirió dejar de beber?	
No	0
Sí, pero no en los últimos 6 meses	1
Sí, pero en los últimos 6 meses	2

### **Resultado**

La suma de ocho (8) o más puntos indica el uso excesivo de bebidas alcohólicas, con alto riesgo para la salud.

## 6.2 Encuesta 2: Cuestionario ASSIST

ASSIST = Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. Validado por la Organización Mundial de Salud.

Cuestionario propuesto por Humeniuk, R. E., Henry-Edwards, S., Ali R. L., Poznyak, V. y Monteiro, M. (2011, p. 42).



**OMS - ASSIST V3.0**

**ENTREVISTADOR: Nombre completo**

**PAÍS: Código**

**CLÍNICA: ID**

**N.º PARTICIPANTE: Número**

**FECHA: Indique fecha**

**INTRODUCCIÓN (Léalo al participante, por favor)**

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).



Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad. Tomado de: “La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria” © Organización Mundial de la Salud, 2011

**NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES**

## Pregunta 1

(Al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

Tabla 8 Pregunta 1

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	NO	SI
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hachís, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros (especifique):	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:  
“¿Incluso cuando iba al colegio?”

Si contestó "No" a todos los ítems  
pare la entrevista.

Si contestó "Sí" a alguno de estos ítems, siga a la  
Pregunta 2 para cada sustancia que ha  
consumido alguna vez.

## Pregunta 2

Tabla 9 Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses? (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros (especifique):	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

### Pregunta 3

Tabla 10 Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir? (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros (especifique):	0	2	3	4	6

## Pregunta 4

Tabla 11 Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros (especifique):	0	4	5	6	7

## Pregunta 5

Tabla 12 Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)?	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros (especifique):	0	5	6	7	8

**Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)**

**Pregunta 6**

Tabla 13 Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)?	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros (especifique):	0	6	3

**Pregunta 7**

Tabla 14 Pregunta 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros (especifique):	0	6	3

**Pregunta 8**

Tabla 15 Pregunta 8

¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

**NOTA IMPORTANTE:**

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

Tabla 16 Patrón de inyección y tipo de intervención

PATRÓN DE INYECCIÓN	GUÍAS DE INTERVENCIÓN
Una vez a la semana o menos o Menos de 3 días seguidos	Intervención Breve, incluyendo la tarjeta “riesgos asociados con inyectarse”
Más de una vez a la semana o 3 o más días seguidos	Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo*

**CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA**

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

**EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA**



Tabla 17 Puntuación por sustancia

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 - 3	4 - 26	27+
b. alcohol		0 - 10	11 - 26	27+
c. cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. cocaína		0 - 3	4 - 26	27+
e. anfetaminas		0 - 3	4 - 26	27+
f. inhalantes		0 - 3	4 - 26	27+
g. sedantes		0 - 3	4 - 26	27+
h. alucinógenos		0 - 3	4 - 26	27+
i. opiáceos		0 - 3	4 - 26	27+
j. otras drogas		0 - 3	4 - 26	27+

**NOTA: \*UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.**

## 6.2 *OMS assist v3.0* *tarjetas de respuesta para los pacientes*

Tabla 18 Sustancias

Sustancias
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hachís, etc.)
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)
j. Otros (especifique):

### Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2-5)

**Nunca:**

No he consumido en los últimos 3 meses.

**Una o dos veces:**

1-2 veces en los últimos 3 meses.

**Mensualmente:**

1 a 3 veces en el último mes.

**Semanalmente:**

1 a 4 veces por semana.

**Diariamente o casi a diario:**

5 a 7 días por semana.

### Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca

Sí, pero no en los últimos 3 meses

Si, en los últimos 3 meses

## 6.3 OMS ASSIST V3.0 TARJETAS DE RESPUESTA PARA LOS PACIENTES

Nombre:

Fecha del Test:

INTRODUCCIÓN (Léalo al participante, por favor)

Tabla 19 Puntuación para cada sustancia

Sustancia	Puntuación	Nivel	Riesgo
a. Productos derivados del tabaco		0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
b. Bebidas alcohólicas		0-10 11-26 27+	Bajo Moderado Alto
c. Cannabis		0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
d. Cocaína		0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto

Sustancia	Puntuación	Nivel	Riesgo
e. Estimulantes de tipo anfetamínico		0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
f. Inhalantes		0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
g. Sedantes o Pastillas para dormir		0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
h. Alucinógenos		0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
i. Opiáceos		0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
j. Otros (especificar)		0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto

## 6.4 ¿QUÉ SIGNIFICAN SUS PUNTUACIONES?

Tabla 20 Significado de las puntuaciones

Puntuación	Significado
Bajo	Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.
Moderado	Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipo de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.
Alto	Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

¿Está preocupado sobre su consumo de sustancias?

Tabla 21 Tabaco

a. Tabaco	<i>Su riesgo de experimentar estos daños es: ... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una)</i> <i>El consumo habitual de tabaco se asocia con:</i>
	Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel
	Infecciones respiratorias y asma
	Aumento de la presión arterial, diabetes
	Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores
	Abortos, partos prematuros y niños con bajos pesos al nacer de madres fumadores embarazadas
	Enfermedades renales
	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Enfermedad cardíaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares
	Cánceres

Tabla 22 Alcohol

b. Alcohol	<i>Su riesgo de experimentar estos daños es: ... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una)</i> <i>La ingesta excesiva habitual de alcohol se asocia con:</i>
	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones
	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión
	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales
	Dificultad para recordar y solucionar problemas
	Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de embarazadas bebedoras
	Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico
	Enfermedad hepática, enfermedad pancreática
	Cánceres, suicidio

Tabla 23 Cannabis

<b>c. Cannabis</b>	<b><i>Su riesgo de experimentar estos daños es: ... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una)</i></b> <b><i>El consumo habitual de cannabis se asocia con:</i></b>
	Problemas con la atención y motivación
	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión
	Pérdida de memoria y en la capacidad de solución de problemas
	Aumento de la presión arterial
	Asma, bronquitis
	Psicosis en aquellas personas con antecedentes familiares de esquizofrenia
	Enfermedad cardíaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica
	Cánceres

Tabla 24 Cocaína

<b>d. Cocaína</b>	<b><i>Su riesgo de experimentar estos daños es: ... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una)</i></b> <b><i>El consumo habitual de cocaína se asocia con:</i></b>
	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso
	Sensación de adormecimiento, acartonamiento en la piel, rascado en la piel
	Accidentes y lesiones, problemas económicos
	Pensamientos irracionales
	Cambios de humor: ansiedad, depresión, manía
	Agresividad y paranoia
	Craving o deseo intenso, estrés debido al estilo de vida
	Psicosis tras el consumo repetido a altas dosis
	Muerte súbita debido a problemas cardíacos



Tabla 25 Estimulantes de tipo anfetamínico

<b>e. Estimulantes de tipo anfetamínico</b>	<b>Su riesgo de experimentar estos daños es: ... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una) El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:</b>
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación
	Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares
	Cambios de humor: ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia
	Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea
	Agresividad y conducta violenta
	Psicosis tras el consumo continuado a altas dosis
	Daño cerebral permanente
	Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (del éxtasis) en situaciones raras

Tabla 26 Inhalantes

<b>f. Inhalantes</b>	<b>Su riesgo de experimentar estos daños es: ... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una) El consumo habitual de inhalantes se asocia con:</b>
	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosat
	Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales
	Indigestión, úlceras estomacales
	Accidentes y lesiones
	Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión
	Alteraciones en la coordinación, enlentecimiento en las reacciones, hipoxia
	Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (corazón, pulmón, hígado, riñones)
	Muerte por fallo cardíaco

Tabla 27 Sedantes

<b>g. Sedantes</b>	<b><i>Su riesgo de experimentar estos daños es: ... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una)</i></b> <b><i>El consumo habitual de sedantes se asocia con:</i></b>
	Sedación, mareo y confusión
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
	Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar
	Problemas de sueño
	Ansiedad y depresión
	Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo
	Síntomas de abstinencia graves
	Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas

Tabla 28 Alucinógenos

<b>h. Alucinógenos</b>	<b><i>Su riesgo de experimentar estos daños es: ... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una)</i></b> <b><i>El consumo habitual de alucinógenos se asocia con:</i></b>
	Alucinaciones (placenteras o molestas): visuales, auditivas, táctiles, olfatorias
	Dificultades para dormir
	Náuseas y vómitos
	Aumento en la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial
	Cambios de humor
	Ansiedad, pánico, paranoia
	Flash-backs
	Aumento en los efectos de enfermedades mentales como la esquizofrenia

Tabla 29 Opiáceos

<i>i. opiáceos</i>	<i>Su riesgo de experimentar estos daños es: ... Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> (marque una)</i> <i>El consumo habitual de opiáceos se asocia con:</i>
	Picor, náusea y vómitos
	Mareos
	Estreñimiento, deterioro de los dientes
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
	Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual
	Dificultades de pareja
	Problemas económicos y laborales, delincuencia
	Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia
	Sobredosis y muerte por depresión respiratoria

## 6.2 Oms-Assist TARJETA SOBRE RIESGOS ASOCIADOS CON INYECTARSE - INFORMACIÓN PARA PACIENTES. Tomado de:

*“La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) -  
Manual para uso en la atención primaria”  
© Organización Mundial de la Salud, 2011*

**EL CONSUMO DE SUSTANCIAS POR VÍA INYECTADA  
AUMENTA EL RIESGO DE DAÑOS DEBIDO A LAS PROPIAS  
SUSTANCIAS.**

El daño puede provenir de:

- La sustancia
  - Si consume cualquier droga inyectada, tiene más probabilidades de desarrollar dependencia.
  - Si se inyecta anfetaminas o cocaína tiene un mayor riesgo de experimentar síntomas psicóticos.
  - Si se inyecta heroína u otro tipo de sedantes tiene más riesgo de sobredosis.
- La conducta de inyección
  - Al inyectarse daña su piel, sus venas y

padece infecciones.

- Puede provocarse cicatrices, hematomas, hinchazones, abscesos y úlceras.
- Sus venas pueden colapsar.
- Si se inyecta en el cuello puede provocarse una embolia cerebral.

- Compartir material de inyección
  - Si comparte material de inyección (agujas y jeringas, cucharas, esponjas, filtros, etc.) tiene más probabilidades de transmitir infecciones víricas a través de la sangre como la hepatitis B, la hepatitis C y el VIH.

Es más seguro no inyectarse

- Si se inyecta:
  - Use siempre equipamiento limpio

(ej., agujas y jeringa, cucharas, esponjas, filtros, etc.).

- Use siempre una aguja y una jeringuilla nuevas.
- No comparta el material con otras personas.
- Limpie el área de preparación.
- Límpiense las manos.
- Limpie el lugar de inyección.
- Utilice un lugar de inyección distinto cada vez.
- Inyéctese lentamente.
- Ponga su aguja y jeringa usadas en un recipiente rígido y deséchelo de forma segura.

• Si consume drogas estimulantes como las anfetaminas o la cocaína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de psicosis.

- Evite inyectarse y fumar.
- Evite consumir a diario.
- Si consume drogas depresoras como la heroína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis.

- Evite consumir otras drogas el mismo día, especialmente sedantes o alcohol.
- Consuma pequeñas cantidades y «pruebe» la droga cuando tenga una nueva dosis.
- Tenga a alguien cerca cuando consume.
- Evite inyectarse en un lugar en el que nadie pueda llegar a usted si tiene una sobredosis.
- Tenga a mano los números de teléfono de los servicios de urgencia/ambulancia.

## BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud, (2011) La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria”.

Alcaldía de Bogotá (Secretaría Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]). 2016. Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C.

André-Noel Roth Deubel (2014). Políticas públicas. Formulación, implementación. y evaluación. Ediciones Aurora. Bogotá.

Azevedo, R.C.S. (2000) Tese de doutorado «AIDS e usuários de cocaína: Um estudo sobre Comportamento de risco». Tese defendida no Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Unicamp.

Brasil. Secretaria Nacional Antidrogas (2000). Conselho Nacional Antidrogas, não paginado. Disponível em: <http://www.senad.gov.br/comad>. Acesso em: 28 jul. 2017.

res em Saúde Mental e V Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica (pp.141-153). Ribeirão Preto, SP: FIERP-EERP - USP/FAPESP.

Carranza, D. V. V., & Pedrão, L. J. (2005). Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13, 836-844.

Castaño G (2013). Módulo educativo: Consumo de drogas en universitarios. Estrategias de actuación. Kit educativo: Universidades Preventivas. Promoción de la calidad de vida y prevención de problemáticas sociales.

Comisión asesora para la política de drogas en Colombia (2013). Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas.

Comisión asesora para la política de drogas en Colombia (2015). Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia.

Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas CICAD/OEA. PROYECTO DROSICAN (2009). Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas sintéticas en la Población Universitaria. Informe Colombia. Subdirección Bienestar Universitario Programa Psicosocial Paula Andrea Chacón Bastidas.

Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas -CICAD/OEA. PROYECTO PRADICAN (2012). II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Regional.

Dirección Nacional de Estupeficientes (1992). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. <http://odc.dne.gov.co>

Dirección Nacional de Estupeficientes (1996). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. <http://odc.dne.gov.co>

Dirección Nacional de Estupeficientes y Ministerio de la Protección Social (2009). Estudio Nacional de Consumo de

Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2008. Bogotá: Editora Guadalupe

Facundo, F. R. G., & Castillo, M. M. A. (2005). Adquisición del uso de alcohol en un grupo de adolescentes mexicanos: el efecto de la relación con amigos. *Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 1(2), 1-13.

Fonseca, M. S. (2006). *Prevenção ao abuso de drogas na prática pedagógica dos professores do Ensino Fundamental*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP.

Freud, S. (2002). *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Galduróz, J. C. F. et al. (2004). *V Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio 27 capitais brasileiras*. São Paulo: Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID

Humeniuk R. E., Henry-Edwards S., Ali R. L., Poznyak V. y Monteiro M. (2011). *La prueba de detección de consumo de*

alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

KAPLAN, H.; SADOCK, B., & GREB, J. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9.ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Laranjeira, R. (2004). Prefácio. In I. Pinsky & M. A. Bessa (2004). *Adolescência e drogas* (pp. 9-10). São Paulo: Contexto.

Laspriella, Luis Fernando (2009). *Construcción social de una cultura de bienestar y desarrollo humano. Documento de trabajo*. División de Bienestar Universitario, Universidad Pedagógica Nacional.

Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2007). *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto*.

Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Justicia y del Derecho (2011). *Estudio*

Nacional de Consumo de sustancias Psicoactivas en Población Escolar. Colombia. Recuperado de <http://odc.dne.gov.co> [www.descentralizadrogas.gov.co](http://www.descentralizadrogas.gov.co) Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud (2013). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*.

Seibel, S. D., & Toscano Jr., A. (2001). *Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas*. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Orgs.), *Dependência de drogas* (pp. 1-6). São Paulo: Atheneu.

*Abordagens metodológicas e de avaliação*. São Paulo: NEPAIDS/USP.

World Health Organization. (2001). *Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. (World Health Report).

Carmo, D. R. (2000). *Prevenção ao abuso de drogas pela educação: proposta da Universidade Estadual de Londrina*. In M. A. V. Luis & M. A. Santos (orgs.), *Uso e abuso de álcool e drogas: trabalhos apresentados no VI Encontro de Pesquisadores*