INSTITUTO DISTRITAL PARA LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD IDIPRON
SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ
UNIVERSIDAD NACIONAL
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Usos de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON

Nombre de los investigadores CvLAC u ORCID
William Giovanni Quevedo Buitrago https://orcid.org/0000-0001-8164-9124

Bogotá D.C., diciembre de 2022

PROYECTO: USOS DE LA MARIHUANA AUTOADMINISTRADA PARA EL MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA AL CAMBIO EN EL PATRÓN DE CONSUMO DE BASUCO EN LA POBLACIÓN MAYOR DE EDAD BENEFICIARIA DEL IDIPRON

RESUMEN DEL PROYECTO

El basuco es una sustancia endémica de nuestro país. Se tiene conocimiento anecdótico del manejo de los usuarios al malestar producido al finalizar las jornadas de consumo de basuco, el cual suele estar asociado al uso del cannabis a través de fumar marihuana proveniente del mercado ilegal. Sin embargo, si bien existen algunas publicaciones indexadas que describen esta relación no hay evidencia científica clara frente a esta posible asociación que relatan los usuarios. Por lo tanto, se hace necesario realizar caracterización de los usos de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON, dado que genera compromisos individuales, familiares y comunitarios, sumados a una deserción.

Se realizará un estudio mixto, observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo para caracterizar los usos de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON.

PALABRAS CLAVE

Cocaína, cannabis, Síndrome de Abstinencia a Sustancias, Trastornos Relacionados con Sustancias.

Cocaine, cannabis, Substance Withdrawal Syndrome, Substance-Related Disorders.

1 MARCO TEÓRICO

1.1 Marco normativo

Colombia se concibe en su Constitución Política como un Estado Social de Derecho. Por ende, ha de prevalecer políticas, programas y/o proyectos que busquen el bienestar social. Para ello, ha desarrollado una amplia variedad de normas que permitan proteger y restituir los derechos vulnerados de quienes habitan el territorio colombiano. A continuación, se presenta la normatividad y las leyes establecidas en nuestro país con respecto al tema en mención:

- **Artículo 16 de la Constitución Política**[1] donde se reconoce que las personan tienen el derecho al libre desarrollo de su personalidad.

- **Ley 100 de 1993**[2]**:** por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En esta se la Seguridad Social Integral como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, a través el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

- **Ley 715 de 2001**[3]**:** el Congreso Colombiano con esta Ley dicta las normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

- **Ley 1122 de 2007**[4]**:** con la cual se realizan modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones, para mejorar la prestación de los servicios de los usuarios (Congreso de la República de Colombia, 2007).

- **Ley 1566 de 2012:** establece que el consumo, el abuso y el consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA), legales o ilegales, es un asunto de interés en salud pública que involucra el bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. También esta ley establece algunas normas para garantizar la atención integral de

[1]Constitución Política de la República de Colombia. (1991). http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
[2]Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100 de 1993. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf
[3]Congreso de Colombia. (2001). Ley 715 de 2001. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf
[4]Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1122 de 2002. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf

aquellas personas que consumen SPA desde una atención integral (Congreso de la República de Colombia, 2012).

- **Ley 1616 de 2013**[5] por medio de la cual se expide la ***Ley de Salud Mental***¸ la cual busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, priorizando a los menores de edad, la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental a partir de la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
    a. *Artículo 4:* establece el pleno derecho de la población a acceder a servicios de promoción, atención integral e integrada que incluya: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.
    b. *Artículo 11:* hace alusión a las acciones complementarias para la atención integral en salud mental, las cuales están orientadas a la integración familiar, social, laboral y educativa
    c. *Artículo 18:* las acciones para garantizar el derecho a la salud mental serán realizadas por equipos interdisciplinarios compuestos por: psiquiatra, psicólogo, trabajador social, médico, enfermera, y un profesional entrenado en terapias psicosociales.

- **Ley Estatutaria de 2015**[6]**:** por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Esta Ley reconoce en primera medida la salud como un derecho fundamental autónomo, y establece unas medidas para regularlo y mecanismo de protección para garantizarlo.

- **Ley 1787 de 2016**[7]**:** por medio la cual se reglamente el Acto Legislativo 02 de 2009, es decir, crear un marco regulatorio que permita el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis y sus derivados en el territorio nacional colombiano.

- **Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto**[8]**:** donde se reconoce la importancia de generar aportes del sector de la Protección Social y demás instancias frente al consumo de SPA. Lo anterior resulta viable a partir de la prevención, la mitigación, la superación y la construcción de capacidad de respuesta técnica, institucional, financiera y de integración para lograr disminuir la incidencia, la prevalencia y el impacto de las SPA desde diversos enfoques (promoción, participación y cogestión, integración, y derechos humanos y sociales).

---

[5]Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf
[6]Congreso de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
[7]Congreso de la República. (2016). *Ley 1787 de 2016*. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=80394#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20como,en%20el%20territorio%20nacional%20colombiano.
[8] Ministerio de la Protección Social. (2007). Política Nacional para la Reducción del consumo de SPA y su impacto: resumen ejecutivo: http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf

- **Política Nacional de Salud Mental[9]:** donde se busca posicionar la salud mental como asunto prioritario en el país, tal como lo plantea la Ley 1616 de 2013. Esto se aborda a partir del reconocimiento de la complejidad de la problemática, la cual trasciende a la salud mental pues genera un impacto a nivel sanitario, económico y social. Por ende, se promueve la mejora de condiciones de equilibrio y bienestar humano en torno al desarrollo integral de sí desde una perspectiva de capacidades y derechos humanos.

- **Resolución 089 de 2019 Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas[10]:** plantea la comprensión del consumo de SPA a partir de los determinantes sociales de la salud, y la necesidad de fortalecer los factores protectores. Ello es viable a partir de las siguientes ejes y líneas de acción:
    a. Eje**:** Fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas.
        i. *Líneas de acción:* desarrollo de capacidades en personas, familias y comunidades en el curso de vida, y desarrollo de entornos protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas.
    b. *Eje*: Prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas.
        ii. *Líneas de acción:* Prevención del consumo de sustancias psicoactivas por curso de vida, y Reducción de factores de riesgo en los entornos.
    c. Eje: Tratamiento integral.
        iii. *Líneas de acción*: Prestación de servicios de salud basados en la gestión del riesgo individual, y Reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
    d. Eje: Rehabilitación integral e Inclusión social.
        iv. *Líneas de acción:* Fortalecimiento y ampliación de redes de apoyo comunitarias, sociales e institucionales, y la Inclusión social efectiva.
    e. Eje: Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.
        v. *Líneas de acción:* Desarrollo de capacidades en los procesos de gestión para la atención integral al consumo de sustancias psicoactivas, Fortalecer la gestión sectorial e intersectorial, nacional y territorial, Participación social en salud de personas familias y comunidades, Gestión de conocimiento.

[9] Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Política Nacional de Salud Mental. En *Resolución 4886.* Bogotá. Obtenido de Resolución 4886 de 2018: Política Nacional de Salud Mental: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf

[10] Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. En *Resolución 089 de 2019.* Bogotá.

- **Acuerdo 831 de 2022[11]:** con el cual se establecen los lineamientos para la sensibilización, promoción e investigación del sector del cannabis medicinal, cosméticos e industrial en Bogotá y se dictan otras disposiciones:

  "Artículo 6. ***Investigación en sector salud.*** La Secretaría Distrital de Salud buscará formular en el marco de alguna de sus políticas, estrategias, planes y/o programas, líneas de investigación en cannabis medicinal de Bogotá. Para tal fin, podrá actuar en coordinación con diferentes entidades del sector, como el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud (IDCBIS)".

1.2 Marco conceptual

1.2.1 Cocaína

La cocaína es uno de los alcaloides obtenidos de las hojas del arbusto Erytroxylon coca originaria de la región andina de América del sur. El proceso de obtención de la cocaína es un proceso artesanal que implica el uso de múltiples sustancias como solventes, ácidos, bases que incluso pueden quedar como contaminante del producto final. Se conocen dos productos principales, el perico o lo que se conoce entre los consumidores como cocaína que es la sal de cocaína (clorhidrato de cocaína) que tiene la característica de ser termolábil pero muy soluble en agua por lo que se consume principalmente esnifada porque se diluye en el moco nasal y puede pasar fácilmente a la sangre a través de las mucosas, también se puede usar inyectada y en ocasiones fumada junto a marihuana, pero esto implica que una parte de la sustancia se desnaturalice por calor.

Por otra parte, está el basuco o pasta base de coca que se obtiene como un componente intermedio de la producción del clorhidrato, este tiene como características que es termoestable pero poco soluble en agua, esto implica que al ser fumado sea resistente por esto es la forma más común de uso, ya sea en pipas artesanales o en forma de cigarrillo junto con marihuana. El basuco al ser esnifado no se diluye en el moco nasal por lo que ingresa en muy poca cantidad a sangre, también hay algunos relatos de uso por vía intravenosa, pero es muy difícil su disolución en agua por lo que da lugar a mayor daño de las venas donde se inyecta. Se debe destacar que en general la vía fumada es después de la vía inyectada la vía más rápida de ingreso a la sangre, se estima que una vez se hace una inhalación en pipa la base de coca llega al cerebro entre 5 a 8 segundos, produciendo un efecto estimulante intenso, pero de corta duración (5-10 minutos), lo que se ha asociado a mayor riesgo de adicción.[12] [13]

---

[11]Concejo de Bogotá D.C (2022). Acuerdo 831 de 2022. https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=120805

[12] Téllez Mosquera, J., & Cote Menéndez, M. (2005). Efectos toxicológicos y neuropsiquiátricos producidos por consumo de cocaína. *Revista de la Facultad de Medicina*, *53*(1), 10-26.

[13] Prieto, J. P., & Scorza, C. (2010). Pasta base de cocaína. *Laboratorio de Biología Celular. Uruguay: Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable*.

1.2.2 Basuco

La pasta de base de cocaína, o basuco como se le conoce en Colombia, surge de un paso intermedio en la obtención del clorhidrato de cocaína. Esta sustancia es un estimulante que suele generar mayor demanda de servicios de tratamiento[14] que la misma cocaína, y suele ser una sustancia de más reporte en los ciudadanos habitantes de calle[15]

La particularidad del cuadro clínico de la dependencia al basuco o pasta base de cocaína, es de interés pues se evidencia una diferencia con el consumo de cocaína. Además, existen alternaciones funciones y de la perfusión cerebral (principalmente en el lóbulo frontal) en quienes presentaron un consumo crónico y recurrente de la sustancia; también en el hemisferio derecho relacionado con la afectividad, socialización e imagen corporal[16]. Por lo tanto, el evento también marcó la pauta respecto a la necesidad de una mirada multidisciplinaria de este fenómeno.

1.2.3 Cannabis

El cannabis es un planta originaria de Asía que has sido usada por más de 5000 años con fines médicos. De la planta se han identificado más de 100 sustancias llamadas fitocannabinoides, siendo dos las más estudiadas, el Δ-9-Tetrahidrocannabinol (THC) y el Cannabidiol (CBD). Entre los consumidores recreativos de la planta se conoce más comúnmente como marihuana, siendo el THC el cannabinoide con propiedades psicoactivas mientras que el CBD disminuye los efectos psicoactivos de THC cuando se consumen simultáneamente.[17]

En las tres (3) últimas décadas el descubrimiento y el estudio del sistema endocannabinoide ha permitido empezar a identificar algunos mecanismos de acción de los cannabinoides, así como se han identificado varios endocannabinoides, entre ellos los más conocidos, la anandamida (araquidonoil etanolamida o AEA) y el 2-araquidonoil-glicerol (2-AG), estas sustancias no pueden ser almacenadas en la neurona por lo que se sabe se sintetizan a necesidad. Se han estudiado principalmente dos receptores, el CB1 y el CB2 que prácticamente se localizan en todos los tejidos, pero principalmente en cerebro y sistema digestivo. Actualmente se ha evidenciado que el sistema endocannabinoide funciona como un sistema regulatorio de múltiples actividades corporales, por lo que se postula que la

[14] Inclusive en países como Chile (Pascale, A., Hynes, M., Cumsille, F., Bares, C. (2014) Systematic Review Article. Consumo de pasta base de cocaína en América del Sur: revisión de los aspectos epidemiológicos y médico-toxicológicos. *Organización de los Estados Americanos.)*

[15] Martínez, T., Zuleta P. (2020). Propuesta para la tipología de la embriaguez por basuco (pasta base cocaína). Área del CESED: Consumo de Drogas, Salud Pública y Educación. Universidad de los Andes.

[16] UNDOC (2013) Pasta Básica de Cocaína. Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos.

[17] Márquez Buitrago, N. A. (2020). El sistema endocannabinoide y su relación con el glaucoma, implicaciones terapéuticas: revisión de tema. *Ciencia y tecnología para la salud visual y ocular*, *17*(2), 7.

manipulación de este sistema de manera farmacológica puede ser de utilidad en múltiples patologías.[18] [19]

Actualmente se tiene evidencia consistente de la utilidad del uso de cannabinoides en el manejo del dolor crónico de difícil manejo, las epilepsias infantiles tipo síndrome de Lennox Gastaut y síndrome de Dravet, el manejo de las náuseas y vómitos post quimioterapia y se está en estudio para múltiples enfermedades como fibromialgia, patología mental como el síndrome de estrés post traumático, por ejemplo. En el uso medicinal se deben tener consideraciones especiales como:

- No se ha establecido la terapia con cannabinoides como de primera línea en ninguna patología, ni como tratamiento único.

- No hay dosis establecidas por las diferencias individuales por lo que el tratamiento requiere iniciar con dosis bajas e ir titulando las dosis hasta obtener efectos terapéuticos o efectos adversos que indican a la suspensión de la medicación.

- El tratamiento debe realizarse por un médico especialista en el área de manejo y que realice un seguimiento estrecho por lo menos al inicio del tratamiento.

- Caracterización del consumo:

- El patrón de consumo: Se refiere a la descripción del uso de la sustancias de mayor impacto en cuanto, la vía de uso, la parafernalia utilizada la dosis utilizada de forma habitual y si usa otra sustancias psicoactiva asociada al consumo de la sustancia de mayor impacto.

- La jornada de consumo: Se refiere al periodo de tiempo que existe entre el inicio de consumo de la sustancia de impacto y la suspensión de la misma cuando se deja de buscar mantenerse embriagado.

- El ciclo de consumo: se refiere a la frecuencia en que se repiten las jornadas de consumo de la sustancia de mayor impacto.

- Tipología de la embriaguez: Se refiere a la clasificación y descripción de los distintos tipos de embriaguez que causa el uso de una sustancia.

[18] Morales Basto, J. P., Burgos Castro, E. D., Fandiño Sánchez, D. A., Porras Galindo, L. F., Rodríguez Munevar, D. S., Agudelo Cañas, S., & Poveda Espinosa, E. (2021). La relación entre el sistema endocannabinoide y la adicción a la comida: una revisión exploratoria. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, *25*(2), 212-226.

[19] Márquez Buitrago, N. A. (2020). El sistema endocannabinoide y su relación con el glaucoma, implicaciones terapéuticas: revisión de tema. *Ciencia y tecnología para la salud visual y ocular*, *17*(2), 7.

2 PREGUNTA PROBLEMA

Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y Juventud (IDPRON) es una entidad de naturaleza pública descentralizada, adscrita a la Secretaría de Integración Social; su misionalidad se fundamenta en un Modelo Pedagógico basado en los principios de afecto y libertad. Por lo tanto, su objetivo es atender a los Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes (NNAJ) en situación de vida en calle, en riesgo de habitarla o en condiciones de fragilidad social, desarrollando sus capacidades para que se reconozcan como sujetos transformadores y ciudadanos que ejercen sus derechos y deberes para alcanzar una vida digna y feliz.

Teniendo en cuenta que el IDIPRON pertenece al sector social, ante la necesidad en atención en salud cuenta con un área de salud que busca brindarle a los NNAJ acompañamiento en el acceso a la atención primaria en salud, apoyado con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como con acciones encaminadas a la reducción del riesgo y daño asociado al consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA), y favoreciendo el establecimiento de entornos saludables para los NNAJ con acciones encaminadas a restablecer el derecho fundamental a la salud[20]. Adicionalmente cuenta con el componente de reducción de riesgos y daños que desarrolla procesos de acompañamiento integral con enfoque en reducción de riesgos y daños frente a consumos riesgosos o problemáticos de sustancias psicoactivas legales e ilegales[21].

Por lo tanto, sin duda uno de los asuntos de interés del Instituto es el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas pues, de acuerdo al diagnóstico de salud mental 2022, es la tercera causa de ingreso al IDIPRON[22]. De hecho, las principales sustancias de uso son el cannabis, el tabaco, los inhalantes-disolventes y el alcohol, y aunque el basuco no es una sustancia de alta recurrencia, su uso sí es frecuente cuando se presenta. Además, está la preocupación frente al manejo del craving[23] ante los cambios de patrón de consumo de SPA en la población mayor de edad que asiste a las distintas modalidades de atención (internado o externado) del IDIPRON.

Frente a este último punto, en el marco de las atenciones que se brinda a la población objetivo desde el componente de reducción de riesgos y daños se ha identificado que los jóvenes suelen expresar el uso de la marihuana como una herramienta para el manejo de la sintomatología asociada al cambio del patrón de consumo por su ingreso a externados y sobre todo a internados. En ese orden de ideas, la pregunta de investigación es: ¿Cómo son los usos de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON?

---

[20] IDIPRON. (2021). Manual Operativo Área de Salud (M-MSD-MA-006).
[21] IDIPRON. (2021). Documento Interno Reducción de Riesgos y Daños (M-MSD-DI-001).
[22] IDIPRON. (2022). Diagnóstico en Salud Mental
[23] "ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir" (American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.).

3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La propuesta de investigación busca establecer los antecedentes en el uso de marihuana en las personas que tienen consumo problemático de cocaína fumable (pasta base de cocaína o basuco, y crack). Se denomina basuco a la cocaína base que se obtiene en el proceso intermedio de producción de sales de cocaína, este contiene muchas impurezas del proceso químico. Sin embargo, tiene las propiedades que al ser una base es termo estable por lo que más fácilmente puede ser fumada adicionándoselo a la marihuana (bareto o cigarrillo de cannabis) o ser fumado en pipa con uso de las cenizas de tabaco para disminuir la densidad y mejorar el flujo de los gases. Los gases de esta base también tienen la propiedad de ser muy lipofílico por lo que fácilmente cruzan barrera hematoencefálica y llega al cerebro en pocos segundos luego de la inhalación[24] .

En Colombia se ha realizado varias caracterizaciones que describen los patrones de consumo de usuarios de basuco, especialmente en la población habitante de la calle. Muchos de estos no son publicaciones indexadas. Entre estos está la serie de censos de la población habitante de Bogotá tienen descripciones sobre el patrón de consumo que señalan esta relación del uso de basuco y marihuana. Un estudio del antiguo CEACS aplicó una encuesta en la población habitante de la calle en donde se mostraba el tipo de consumo de marihuana al final de las jornadas del basuco. Sin embargo, en Colombia no se ha realizado una caracterización amplia de la población que permita reconocer los distintos tipos de patrones de consumo, y no hemos avanzado en los distintos tipos de embriaguez que permitan reconocer los comportamientos derivados de la embriaguez, así como los comportamientos posteriores a las jornadas de consumo.

De hecho, al ser una sustancia de uso fundamentalmente en Suramérica, especialmente en los países andinos, tenemos pocos estudios de toxicidad y los aspectos cualitativos como el perfil del usuario de pasta base y el consumo en grupos de interés como adolescentes, embarazadas, entre otras[25]. Las principales investigaciones que tenemos sobre el uso del basuco son peruanas, y fue en el Perú donde está descrito el surgimiento de su uso y en donde se realizaron las primeras caracterizaciones del uso.

Existen más publicaciones y distintos estudios sobre el crack que es un tipo de base de cocaína, pero obtenido a través de reversar la sal de cocaína[26] . Además, se sabe que tiene una alta capacidad adictiva posiblemente por su alta capacidad de llegar al cerebro. Adicionalmente el mayor inconveniente es que no se tienen tratamientos establecidos que puedan eliminar totalmente el deseo de consumo, lo que aumenta la probabilidad de recaídas.

---

[24] Téllez Mosquera, J., & Cote Menéndez, M. (2005). Efectos toxicológicos y neuropsiquiátricos producidos por consumo de cocaína. Revista de la Facultad de Medicina, 53(1), 10-26.

[25] Pascale, A., Hynes, M., Cumsille, F., Bares, C. (2014) Systematic Review Article. Consumo de pasta base de cocaína en América del Sur: revisión de los aspectos epidemiológicos y médico-toxicológicos. *Organización de los Estados Americanos*

[26] Labigalini E Jr, Rodrigues LR, Da Silveira DX. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. J Psychoactive Drugs. 1999 Oct-Dec;31(4):451-5. doi: 10.1080/02791072.1999.10471776. PMID: 10681113

Se tiene conocimiento anecdótico del manejo de los consumidores del malestar producido al momento de suspender el uso de basuco sin usar cannabis al finalizar la jornada, sin embargo, hay muy pocos estudios científicos que aborden el tema[27]

La investigación del uso de cannabis medicinal ha avanzado rápidamente en los últimos años, sin que se haya podido avanzar en mejorar el nivel de evidencia de estos casos anecdóticos. En la medida en que se mejoré la caracterización este fenómeno se podrá explorar el uso de cannabinoides para el manejo de las adiciones. Sin embargo, la revisión de la literatura no resulta lo suficientemente fuerte para tener el soporte que permita iniciar un estudio clínico de cannabis medicinal frente al consumo de basuco.

Por lo tanto, la propuesta debe tener presente los trabajos previos en donde, además de la caracterización general, se establecieron estrategias de reducción de daños en las que se promovía el uso de la marihuana con la directriz de mejorar la funcionalidad individual y disminuir el consumo de la cocaína fumable. La publicación que ha servido de ejemplo para intervenir a estas poblaciones está el Journal de Psychoactive drugs en 1999 de Labigalini y cols en 1999 (Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil).

Por otro lado, el avance de las investigaciones en cannabis debe tenerse en cuenta, especialmente aquellos trabajos que han establecido la relación que existe entre el funcionamiento del sistema endocannabinoide y las vías dopaminérgicas, ya que el mecanismo de acción propuesto de los exocannabinoides para el caso presente, es que actúan en receptores C1 y C2 que tienen interacción directa con las vías dopaminérgicas, que es el lugar en donde actúa el basuco (las cocaínas fumables) como “agonistas dopaminérgicos”.

3.1 El uso de la marihuana como parte de una acción de reducción de daños:

A partir de las descripciones de los patrones de consumo de distintas sustancias, tenemos evidencia del uso de la marihuana como búsqueda espontanea de alivio por parte de los usuarios, lo cual ha está presente en distintos patrones de uso. Si bien la bibliografía indexada no es extensa y se describen pocos tipos de intervenciones, la asociación de su uso como una estrategia para conseguir bienestar general está presente. Hay antecedentes de estimular su uso como una herramienta de reducción de daños sin que existan resultados que muestren de forma clara el beneficio, más allá de caracterizaciones y seguimientos que muestran un éxito importante, pero sin resultados que permitan recomendar su uso de forma generalizada[28][29]

Esto también nos lleva a tener claridad sobre los riesgos generales de su uso, ya que para establecer estrategias de reducción de daños, en donde el uso de marihuana es parte, la

[27] Labigalini E Jr, Rodrigues LR, Da Silveira DX. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. J Psychoactive Drugs. 1999 Oct-Dec;31(4):451-5. doi: 10.1080/02791072.1999.10471776. PMID: 10681113
[28] Jones, C. et al. Comparison of the locations where young adults smoke, vape, and eat/drink cannabis: implications for harm reduction. Addictive Behaviors Reports, 8 (2018) 140-146
[29] Valleriani et al. (2021) The emergence of innovative Cannabis Distribution Projects in the Downtown Eastside Vancouver, Canada. In J Drug Policy; 79:102737. May

noción del equilibrio del riesgo-beneficio debe estar clara[3031]. La marihuana tiene riesgos de consumo problemático, de trastorno psicótico, de problemas en la conducción cardiaca, de trastornos de ansiedad, entre otros. Estos riesgos deben estar descritos y clarificados en cuanto al equilibrio esperado en cuanto al beneficio que se está buscando[3233]

Es importante tener en cuenta que el uso de opioides como sustancia de mayor impacto en el consumo problemático ha sido en el hemisferio norte el mayor problema de salud pública con índice de mortalidad preocupante, lo cual ha estado asociado al uso de la heroína y en la última década a la divulgación del uso ilegal del fentanilo debido a la crisis de los opioides lo cual se debe a una inestable forma de regulación legal de los opioides. Los antecedentes de uso de cannabis como herramienta de reducción de daños, o bien como coadyuvante o sustituto de los opioides para el dolor, son un antecedente importante pero no implica validez en el uso del patrón de consumo de la pasta base[34]

En el consumo de basuco (pasta base) el momento de la jornada de consumo identificado para usar marihuana corresponde al final de la faena, en el momento del agotamiento, que además coincide en muchos casos con haber gastado todo el dinero en el consumo de *basuco*[35]

El uso de marihuana tiene varias publicaciones sobre tipología de su uso, pero es escasa la información sobre este tipo en especial, en donde estamos centrados en el uso asociado al consumo problemático de basuco, en el cual la marihuana fumada se describe como una experiencia que mejora la recuperación general y da alivio general después de una jornada de consumo de basuco. La mayoría de las descripciones del uso al final de la jornada corresponde al uso de la pipa.

Los tipos de embriaguez del consumo problemático de basuco, de acuerdo con el avance de la tipología propuesta por el CESED de la Universidad de los Andes, puede tener o no relación con la búsqueda de uso de marihuana, y se debe establecer si la relación existe o no. También hay que tener presente que existe el uso simultáneo de marihuana y basuco en un cigarrillo que en Colombia se conoce como maduro, en donde no hay registros de uso de marihuana sola para la recuperación o para logra alivio.

Hay también otras sustancias psicoactivas que se consumen a lo largo de la jornada del uso de basuco, como el tabaco, el alcohol, la grasa resultante de la combustión de la pasta

---

[30] Valleriani et al. (2021) The emergence of innovative Cannabis Distribution Projects in the Downtown Eastside Vancouver, Canada. In J Drug Policy; 79:102737. May

[31] Cornoado-Montoya, S. et al. (2022) Harm reduction interventions as a potential solution to managing cannabis use in people with psychosis: A call gor a paradigm shift. International Journal of drug policy

[32] Mok, J. et al. (2018) Use of cannabis for Harm Reduction Among People at High Risk for Overdose in Vancouver, Canada (2016-2018)

[33] Meffert, B. et al. (2019) Navigating Blind in the Green Rush: Clinical considerations and Harm Reduction practices for cannabis. Curr Drug Res Rev. 11(1): 3-11.

[34] Rosic et al. (2021) Cannabis use in patients treated for opioid use disorder pre- and post-recreational cannabis legalization in Canada. Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy.

[35] Zuleta&Martínez. (2020) Propuesta para la tipología de la embriaguez por basuco. CESED UniAndes. https://cesed.uniandes.edu.co/wp-content/uploads/2020/05/TIPOLOGIA_DE-EMBRIAGUEZ-POR-BASUCO.pdf

base y en muy pocos casos heroína por vía inyectada. En el caso del tabaco (cigarrillo) la frecuencia del uso es mucho más alta que el uso del alcohol: su uso generalmente es para obtener cenizas y se realiza de forma intercalada con el basuco.

El estado del arte actual permite definir la directriz para avanzar en la investigación la cual busca responder la pregunta sobre el impacto positivo de los cannabinoides derivados de la flor fumada en las personas con consumos problemáticos de basuco o pasta base de cocaína.

Por lo tanto, reconociendo que el Instituto pertenece al sector social y atiende población en alta fragilidad social, se hace necesario generar una alianza interinstitucional e intersectorial para realizar un proyecto de investigación que permita identificar cuáles son los usos de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON. Esto es con el interés de recolectar información que permita comprender el uso de la sustancia en esta población, para diseñar procesos de atención con mayor alcance para ellos.

Fases de la investigación

I. Caracterización del uso de las sustancias psicoactivas en la población de IDIPRON con énfasis en el uso de basuco como sustancia de mayor impacto y su asociación con el uso de marihuana fumable. La caracterización del grupo de estudio, entendiendo que nos referimos a una población específica, que se encuentra en la institución por su propia voluntad, la cual es sujeto de derechos y debe haber una línea clara en cuanto a las consideraciones generales del proyecto y que existe una primera fase de caracterización y una segunda fase de intervención.

   Sin embargo, toda la población de IDIPRON está sujeta a una serie de intervenciones de tipo educativo dentro del Instituto, por lo que está ya sujeta a intervenciones estructuradas para su rehabilitación y el proceso de caracterización específica que se propone a la vez implica una intervención. Un aspecto relevante que es parte del alcance de esta caracterización es registrar el uso de cannabis que se reporta y se registra como un consumo no problemático, pero a la vez se entiende como un consumo de riesgo para retornar al patrón de consumo problemático de basuco.

II. Protocolo de intervención dirigida a establecer los parámetros pertinentes del uso de marihuana en la población con consumo problemático de basuco en la población usuaria de los servicios de los servicios de IDIPRON.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Caracterizar los usos de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON.

4.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar la población de estudio que consume basuco y marihuana.

2. Describir los posibles usos retrospectivos de la marihuana autoadministrada para el manejo de los síntomas asociados a la suspensión del consumo, desde la experiencia de la población participante en el estudio.

3. Identificar los tipos, patrones, ciclos y jornada de uso de la marihuana autoadministrada para el manejo de sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON.

5 METODOLOGÍA

5.1 Diseño metodológico del estudio

Se realizará un estudio mixto, observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo para caracterizar los usos de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON.

5.2 Población objeto de estudio

5.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

El proyecto de investigación contará con los siguientes:

a. Criterios de inclusión:
    1. Beneficiario mayor de edad.
    2. Beneficiario que ingresa a los programas de internados o externados de las Unidades de Protección Integral (UPI) del IDIPRON.
    3. Beneficiario que reportó que ha consumido basuco y marihuana.

b. Criterios de exclusión:
    1. Beneficiario que no desee hacer parte de la investigación.
    2. Beneficiario que al momento de la aplicación de los instrumentos presente su principio de realidad comprometido.
    3. Beneficiario a quien no se le puedan aplicar los instrumentos de investigación completos.

5.3 Componente Cuantitativo

5.3.1 Tipo de muestreo

Dado que el objetivo es caracterizar los usos de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON, el propósito del estudio es identificar el fenómeno en un lugar específico. Por ende, la muestra y recolección de información responde al momento del ingreso de los beneficiarios al IDIPRON en el periodo priorizado para el desarrollo de la investigación.

Adicionalmente, la finalidad del estudio no es extrapolar en primera medida los resultados a la población general; por ende, no se requiere que la muestra sea representativa. Luego se propone la selección de una muestra no probabilística o dirigida, y se tomarán como tiempo de trabajo de campo dos meses, a todos los usuarios que cumplan con criterios de inclusión. Esta información será tabulada en una base de datos para posteriormente analizarla.

5.3.2 Recolección de información

Se realizarán encuestas cara a cara, basadas en fichas de caracterización del consumo por el equipo psicosocial del Componente de reducción de riesgos y daños de IDIPRON, al momento de brindar la atención en la Unidad de Protección Integral. Ahora bien, en caso de presentarse un escalamiento emocional, como las personas que generarán los datos son profesionales de la salud o psicosociales del IDIPRON, ellos brindarán una primera contención y conforme a los protocolos del instituto desarrollarán el procedimiento respectivo conforme al caso.

5.3.3 Instrumentos y equipos

Las fichas del estudio se construirán a partir de los instrumentos:

- Ficha de ingreso al IDIPRON (Anexo 1).
- Instrumento para la evaluación del riesgo de consumo: ASSIST (Anexo 2).
- Caracterización del consumo (sustancias de uso, secuencia del uso y parafernalia usada) (Anexo 3).
- Tipología de embriaguez de consumo:

  - Basuco
  - Marihuana (Anexo 4).

Adicionalmente, el equipo de investigación estará conformado por los profesionales de la Universidad de los Andes, la Universidad Nacional, el IDIPRON y la Secretaría Distrital de Salud que han participado en la formulación de la misma. También acompañarán al equipo del IDIPRON o de las universidades (estudiantes de pregrado o posgrado) que desarrollen la investigación en mención, en su proceso de recolección y análisis de la información, y manejo de información sensible.

5.3.4 Análisis estadístico

Para las variables cuantitativas se realizará un análisis descriptivo teniendo en cuenta las medidas de tendencia central y algunas de variabilidad como la varianza y la desviación estándar. Para las variables cualitativas se obtendrán distribuciones de frecuencias absolutas y relativas.

5.3.5 Plan de Análisis

Las variables que serán analizadas estarán en términos sociodemográficos conforme a la ficha de ingreso del IDIPRON:

- Ciudadano Habitante Calle: edades, sexo, género, pertenencia étnica, lugar focalización, barrio y localidad, UPI, 6.4 ¿Tiene algún tipo de discapacidad?, 10. CONSUMO SPA (10.1-10.3), 12. TIPO POBLACIÓN (12.1-12.6)

- Ciudadano Riesgo Habitar Calle: edades, sexo, género, pertenencia étnica, lugar focalización, barrio y localidad, UPI, 6.4 ¿Tiene algún tipo de discapacidad?, 11. CONSUMO SPA (11.1-11.3), 13. TIPO POBLACIÓN (13.1-13.3)

Los datos de identificación serán empleados para el control de la muestra, pero el análisis será anonimizado. Adicionalmente, las demás variables a contemplar en el marco del análisis de la información estarán en línea de los instrumentos previamente mencionados.

5.4 Componente Cualitativo

Se realizarán entrevistas semiestructuradas orientadas por un guion (anexo 5), durante los dos (2) meses de recolección de información, dirigidas a informantes claves para ampliar la información recolectada en las encuestas. Entre los informantes se incluirán tanto las y los beneficiarios de IDIPRON, descritos en los criterios de inclusión y exclusión, como el personal de salud de IDIPRON. Su selección será por conveniencia y por bola de nieve.

Si la persona entrevistada lo autoriza, las entrevistas serán grabadas; si no se autoriza la grabación, solamente se tomarán notas en papel o se realizará un registro en diario de campo al finalizar cada una de ellas. Las entrevistas que se graben serán transcritas, las personas que realicen las transcripciones deberán firmar un compromiso de confidencialidad que garantice la reserva de la información. Tanto en las transcripciones como en las bases de datos relacionadas para su archivo se asignarán pseudónimos a los participantes para garantizar la reserva de su identidad.

La información se procesará por medio del Software para análisis de datos cualitativos Atlas.ti., y el análisis se realizará de manera inductiva/deductiva

Tanto las grabaciones como las transcripciones serán custodiadas por el equipo de investigación guardando el material en cajones con llave.

6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación reconoce los principios éticos que rigen las buenas prácticas de investigación en seres humanos contenidos en las declaraciones y códigos nacionales y mundiales, como se describe a continuación:

- Teniendo en cuenta que la población objetivo se encuentra en alta fragilidad social, el tema del consumo de SPA es un tema sensible, y se realizará aplicación de tamizajes y/o entrevistas semiestructuras, de acuerdo a la Resolución No. 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud[36], el estudio estará enmarcado en:

  "a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta." (pág.3)

- **Declaración universal de los derechos del hombre**: establece en el artículo 7 del Pacto que "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos". En esta investigación se les solicitará consentimiento informado a todas las personas participantes.

- **Declaración de Helsinki.**

Principios generales numerales	
Numeral	**Alcance**
5	El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
6	El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

[36]Ministerio de Salud (1993). Resolución 8430 de 1993. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF

7	La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
9	En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
12	La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.
14	El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación
15	Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.
Requisitos científicos y protocolos de investigación	
22	El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

Privacidad y confidencialidad	
24	Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.
Consentimiento informado	
25	La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.
26	En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente. Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.
29	Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del

	consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.
31	El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

Conforme a lo anterior, antes de la realización de las entrevistas cada persona potencialmente participante, será informada sobre la investigación, sus objetivos y los usos que se darán a los resultados, y a continuación se solicitará su consentimiento. De igual manera, se solicitará consentimiento para la grabación de las entrevistas, garantizando a lo largo de todo el proceso la confidencialidad de la información.

El material producto de esta investigación se mantendrá bajo la reserva y custodia del equipo de investigación y se procurará que, al compartir los datos por medios digitales, como el correo se cuente con la confidencialidad plateada al participante y conforme al marco normativo.

Adicionalmente, dado que el equipo de investigación está conformado por los profesionales de la Universidad de los Andes, la Universidad Nacional, el IDIPRON y la Secretaría Distrital de Salud que han participado en la formulación de la misma, y acompañarán al equipo del IDIPRON o de las universidades (estudiantes de pregrado o posgrado) que desarrollen la investigación en mención, se procurará la total protección de los participantes en la implementación de esta investigación.

En ningún caso se suspenderá el proceso terapéutico integral del IDIPRON.

6.1 Proceso de reclutamiento de participantes y aplicación de consentimiento y asentimiento informado

El reclutamiento se llevará a cabo en un primer momento a partir de la identificación de la población objetivo con los criterios de inclusión y de exclusión, dentro del periodo priorizado para la recolección de la información. En un segundo momento, a partir de la implementación de los cuestionarios se podrán contemplar nuevos participantes (si cumplen los criterios mencionados) a partir de un efecto bola de nieve.

6.1.1 Consentimiento Informado

Será firmado por cada uno de los jóvenes y/o participantes claves, una vez entendido los propósitos y responsabilidades del grupo investigador, tras la explicación de los investigadores y la lectura del documento antes de iniciar la recolección de datos. **(Anexo 6)**

- Los participantes del estudio serán informados de los siguientes aspectos:
- La justificación, los objetivos y los procedimientos de la investigación.
- Potenciales riesgos e incomodidades.
- Beneficios para los participantes y la sociedad.
- Manejo de datos personales y confidencialidad de acuerdo con la norma nacional (Ley Estatutaria 1581 de 2012) e internacional.
- Uso de los resultados.
- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

Lo anterior conforme al artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993 sobre: “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.”

6.2 Confidencialidad, derechos morales, patrimoniales y conflictos de intereses

Las partes que suscriben este acuerdo, esto es, la Secretaría Distrital de Salud, IDIPRON, Universidad Nacional y Universidad de Los Andes, así como todas y cada una de las personas que estén bajo su respectiva subordinación, se comprometen a conservar y mantener de manera estrictamente confidencial, y a no divulgar, usar o explotar, salvo previa y expresa autorización de los titulares:

PARÁGRAFO PRIMERO: Toda la información, datos, materiales, procedimientos y detalles suministrados con ocasión o en desarrollo del proyecto denominado los usos de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON (en adelante proyecto), que hubiese sido presentada y/o entregada como confidencial, mientras conserve dicha característica.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Toda información de una parte, puesta en común entre las partes y que pueda ser objeto de protección como propiedad intelectual en sí misma y sin desarrollo alguno.

Publicaciones. En las publicaciones, resúmenes o cualquier otra forma de divulgación que llegare a realizarse o generarse con ocasión del proyecto, se mencionará siempre el nombre de las ENTIDADES CO-EJECUTORAS del proyecto.

Para los efectos antes mencionados, serán ENTIDADES CO-EJECUTORAS del proyecto, IDIPRON, Universidad Nacional, Universidad de Los Andes y la Secretaría Distrital de Salud quienes participarán en el análisis y elaboración de los productos resultantes del proyecto.

Titularidad de los derechos morales. Los derechos morales sobre los resultados obtenidos en desarrollo o con ocasión del proyecto, corresponderá a todas y cada una de las personas naturales que tengan la condición de autores y/o inventores.

Derechos patrimoniales. La titularidad de los derechos patrimoniales corresponde a la IDIPRON, Universidad Nacional, Universidad de Los Andes y la Secretaría Distrital de Salud, de acuerdo con los aportes económicos y de propiedad intelectual en la ejecución del proyecto, para lo cual se comprometen a establecer de forma previa al inicio del proyecto los términos de confidencialidad y titularidad de derechos de propiedad intelectual con los participantes de su institución, estableciendo la obligación a los autores e inventores de ceder los derechos patrimoniales sobre las obras o creaciones que en concreto se generen en desarrollo o con ocasión del proyecto**.**

Conflicto de intereses. Los autores del proyecto, se comprometen a realizar la declaración de conflicto de intereses de forma previa al inicio del proyecto, comunicando por escrito la existencia de alguna relación entre los autores del proyecto y cualquier entidad pública o privada de la cual se pudiera derivar algún posible conflicto de interés.

6.2.1 Beneficios

Contar con la generación de evidencia científica sobre una problemática que los aqueja, convirtiéndose en un insumo para escalar a otros tipos de estudios de investigación para evaluar nuevas alternativas de abordaje y tratamiento a sus dinámicas de consumo.

Generar conocimiento local para la construcción de nuevas alternativas de aproximación y atención de las personas usuarias de basuco.

Participar del primer estudio sobre el consumo de basuco y marihuana en población con alta fragilidad social. A fin de construir nuevas alternativas para la población objetivo.

7 FACTIBILIDAD

7.1 Cronograma

El desarrollo del proyecto se realizará por fases:

	ACTIVIDAD/MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Presentación y visto bueno del proyecto por Comité de Ética.	X										
	Definición de modalidad de implementación del proyecto.	X	X									
FASE ALISTAMIENTO	Construcción convenio interadministrativo para el desarrollo del proyecto con base en un presupuesto inicial.		X									
	Construcción de equipo operativo con base en el recurso humano planteado en el proyecto.		X	X								
	Construcción y socialización protocolo de investigación para el proyecto que cuente con: **1. Presentación** **2. Justificación del proyecto** **3. Objetivos** **4. Alcance** **5. Marco conceptual** **6. Metodología** **7. Resultados** **8. Análisis y conclusiones** **9. Recomendaciones** **10. Bibliografía** **11. Anexos**		X	X								
	Someter a Comité Ético de Investigación el protocolo de investigación.			X	X							
	Alistamiento del equipo operativo: inducción técnica y metodológica para la implementación			X	X							
FASE IMPLEMENTACIÓN	Implementación pilotaje para evaluación de la metodología				X							
	Diligenciamiento de consentimientos informados y aplicación instrumentos				X	X						
	Digitación de información recolectada					X	X					
FASE EVALUACIÓN	Análisis de los datos recolectados en el marco de la investigación						X	X				
	Producción documento de investigación						X	X	X			
	Socialización resultados de investigación (Gestión del Conocimiento)								X	X		
FASE SOCIALIZACIÓN	Construcción artículos de revistas (cuartil internacional) y someterlos a revistas indexadas									X	X	X
	Construcción artículo como Boletín Epidemiológico Distrital de la Secretaría Distrital de Salud									X	X	X
	Eventos académicos: nacional presencial e internacional virtual										X	X
	Evento socialización de resultados											X

7.2 Resultados, productos e indicadores

7.2.1 Resultado:

Estudio de investigación que permita caracterizar los usos de la marihuana autoadministrada para el manejo de la sintomatología asociada al cambio en el patrón de consumo de basuco en la población mayor de edad beneficiaria del IDIPRON. A fin de consolidarse como insumo para un posterior estudio observacional.

7.2.2 Producto:

Los productos que se esperan generar a partir del estudio de investigación son:

- Estudio de investigación con resultados, análisis y recomendaciones.
- 2 artículos sometidos a revistas indexadas (cuartil internacional).
- 1 artículo publicado como Boletín Epidemiológico Distrital de la Secretaría Distrital de Salud.
- 1 evento académico nacional presencial (fortalecimiento capacidad técnica y redes).
- 1 evento académico internacional virtual (fortalecimiento capacidad técnica y redes).
- 1 evento de socialización de los resultados de la investigación, en el marco de gestión para el fortalecimiento del abordaje del cannabis medicinal

7.2.3 Indicadores:

- Número de participantes
- Intensidad de la participación en el estudio
- Número de beneficiarios identificados por niveles de riesgo (ASSIST)
- Porcentaje de canalizaciones a servicios de salud u otros servicios
- Número de intervenciones educativas

8 PRESUPUESTO

8.1 Costos

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	TIEMPO (meses)	VALOR UNITARIO	TOTAL	SDS	IDIPRON	U. NACIONAL	U. ANDES	TOTAL
TALENTO HUMANO*: Se trata del recurso humano que desarrolla las acciones del proyecto, tales como Talleristas, facilitadores, expertos, consultores, personal de apoyo, etc.										
Los valores están sujetos a revisión y ajuste por parte del área financiera y jurídica.										
Coordinador del proyecto	Profesional de las ciencias de la salud, sociales y/o humanas con posgrado en epidemiología o en investigación	1	11	$ 5.200.000	$ 57.200.000				$ 57.200.000	$ 57.200.000
Investigador	Profesional de las ciencias de la salud con experiencia en investigación	1	10	$ 4.300.000	$ 43.000.000				$ 43.000.000	$ 43.000.000
Estadístico	Profesional en estadística con experiencia en investigación en salud pública	1	1	$ 3.200.000	$ 3.200.000			$ 3.200.000		$ 3.200.000
Apoyo investigador	Estudiante de toxicología.	1	9	$ 3.200.000	$ 28.800.000				$ 28.800.000	$ 28.800.000
Apoyo investigador	Estudiante de psiquiatría.	1	9	$ 3.200.000	$ 28.800.000			$ 28.800.000		$ 28.800.000
Encuestadores	Profesional de las ciencias sociales o humanas.	3	3	$ 3.200.000	$ 28.800.000		$ 28.800.000			$ 28.800.000
Transcripciones	Personas encargadas de las transcripciones (previa protección de datos)	1	3	$ 3.000.000	$ 9.000.000	$ 9.000.000				$ 9.000.000
SUBTOTAL:					$ 198.800.000	$ 9.000.000	$ 28.800.000	$ 32.000.000	$ 129.000.000	$ 198.800.000
MATERIALES: Se trata de insumos de papelería, cannabis medicinal, etc.										
Los valores están sujetos a cotizaciones en la fase de alistamiento.										
Papelería	Consentimientos o demás documentos en papelería que deban emplearse en el marco del proyecto.	1	4	$ 100.000	$ 400.000				$ 400.000	$ 400.000
Software	Sistema de análisis de datos	1	2	$ 4.000.000	$ 8.000.000			$ 8.000.000		$ 8.000.000
Refrigerios	Refrigerios para beneficiarios tras aplicación de instrumentos	130	2	$ 5.000	$ 1.300.000		$ 1.300.000			$ 1.300.000
Impresión Boletín Epidemiológico		300	1	$ 30.000	$ 9.000.000	$ 9.000.000				$ 9.000.000
SUBTOTAL:					$ 18.700.000	$ 9.000.000	$ 1.300.000	$ 8.000.000	$ 400.000	$ 18.700.000
DIVULGACIÓN: Evento para la socialización de los resultados										
Evento local de socialización resultados y gestión para el fortalecimiento del abordaje del cannabis medicinal	Alquiler lugar	1	1	$ 2.200.000	$ 2.200.000				$ 2.200.000	$ 2.200.000
	Comida (x20)	1	1	$ 1.000.000	$ 1.000.000				$ 1.000.000	$ 1.000.000
	Meseros (x2)	2	1	$ 180.000	$ 360.000				$ 360.000	$ 360.000
	Invitado apoyo evento	2	1	$ 1.100.000	$ 2.200.000				$ 2.200.000	$ 2.200.000
Eventos académicos (nacional)	Alquiler lugar	1	1	$ 2.200.000	$ 2.200.000			$ 2.200.000		$ 2.200.000
	Comida (x20)	1	1	$ 1.000.000	$ 1.000.000			$ 1.000.000		$ 1.000.000
	Meseros (x2)	2	1	$ 180.000	$ 360.000			$ 360.000		$ 360.000
	Expertos invitados nacional	3	1	$ 1.100.000	$ 3.300.000			$ 3.300.000		$ 3.300.000
Eventos académicos (internacional)	Expertos invitados internacional	3	1	$ 500.000	$ 1.500.000	$ 1.500.000				$ 1.500.000
SUBTOTAL:					$ 14.120.000	$ 1.500.000	$ 0	$ 6.860.000	$ 5.760.000	$ 14.120.000

PUBLICACIONES: Diseño, edición, impresión y reproducción de materiales promocionales y educativos.										
Diseño y reproducción de material	Piezas comunicativas con los principales resultados y por redes	1700	1	$ 2.000	$ 3.400.000		$ 3.400.000			$ 3.400.000
Insumos publicación		1	1	$ 500.000	$ 500.000	$ 500.000				$ 500.000
SUBTOTAL:					$ 3.900.000	$ 500.000	$ 3.400.000	$ 0	$ 0	$ 3.900.000
VALOR TOTAL DEL PROYECTO					**$ 235.520.000**	**$ 20.000.000**	**$ 33.500.000**	**$ 46.860.000**	**$ 135.160.000**	**$ 235.520.000**

9 GRUPO DE INVESTIGACIÓN

9.1 Grupo de Investigación Sustancias Psicoactivas:

El Centro de Información en la toxicología de las drogas de abuso[37] "Toxidrogas UN" es un grupo perteneciente al Departamento de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad nacional de Colombia, fue creado en 1999 y actualmente se encuentra categorizado en C en Cvlac. Tiene como líneas de investigación: 1. Alteraciones cardiovasculares y respiratorias asociadas a consumo de drogas, 2. Análisis Toxicológico de laboratorio en sustancias psicoactivas, 3. Comportamiento de las Variables Sociales relacionadas con el consumo de Sustancias Psicoactivas, 4. Comportamiento de las Variables Sociales relacionadas con el consumo de Sustancias Psicoactivas. 5. Comportamiento de las Variables Toxicológicas y de Salud relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, 6. Identificación de Factores Protectores en el consumo de sustancias Psicoactivas, 7. Procesos Psicológicos básicos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

9.2 Grupo de Investigación CESED:

El Centro de Estudios sobre Seguridad y Drogas (CESED)[38] de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes es un centro de investigación interdisciplinario que busca promover un debate informado sobre las políticas de seguridad y drogas en Colombia y América Latina. En la actualidad, los temas que se están desarrollando son: la óptima recolección de datos sobre consumo problemático y no problemático en población general, pero también con estudiantes y ciudadanos habitantes de calle. También, el uso de cannabis medicinal por parte del gremio médico para su respectiva prescripción; asimismo, se está estudiando el cambio que se debe dar en la Política Nacional de Sustancias Psicoactivas, junto con la regulación de la marihuana y la cocaína. Por último, se ha venido trabajando en la capacitación a profesionales de la salud y de la educación en torno a la prevención del consumo en escolares, pero también en la actualización científica sobre diversos temas relacionados a las drogas.

[37] Para más información: http://toxidrogasun.unal.edu.co/about/mision-y-vision.html
[38] Para más información: https://cesed.uniandes.edu.co/que-es-el-cesed/

10 FORTALECIMIENTO DE LA COMUNIDAD CIENTIFICA

10.1 Contribución del proyecto a la vinculación de jóvenes investigadores y formación de estudiantes.

La metodología planteada en el presente trabajo permite planear la vinculación de estudiantes en la investigación, tanto en el trabajo de campo como en el procesamiento y análisis de la información. A la vez espera a generar interés en otras ciudades en donde se presenta el fenómeno del consumo problemático de basuco para ampliar la información y lograr un mejor alcance de las acciones de reducción de daños

10.2 Difusión y utilización de los resultados

- Estudio de investigación con resultados, análisis y recomendaciones.
- 2 artículos sometidos a revistas indexadas (cuartil internacional).
- 1 artículo publicado como Boletín Epidemiológico Distrital de la Secretaría Distrital de Salud.
- 1 evento académico nacional presencial (fortalecimiento capacidad técnica y redes).
- 1 evento académico internacional virtual (fortalecimiento capacidad técnica y redes).
- 1 evento de socialización de los resultados de la investigación, en el marco de gestión para el fortalecimiento del abordaje del cannabis medicinal

10.3 Contribución Técnica

No hay descripción clara del síndrome abstinencia de la pasta base. Es posible que se deba dejar esto como parte de las expectativas de descripción y caracterización.

10.4 Contribución a la política

Este trabajo permite ampliar las acciones de prevención indicada y prevención selectiva siguiendo la política pública nacional. A la vez muestra la necesidad de mejorar la reglamentación de estas acciones, específicamente el tipo de acciones de reducción de daños dirigida a esta población.

11 BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2014) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Concejo de BogotáD.C (2022).Acuerdo 831 de 2022. https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=120805

Congreso de Colombia. (2001).Ley 715 de 2001. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf

Congreso de Colombia. (2015).Ley Estatutaria 1751. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100 de 1993. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf

Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1122 de 2002. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf

Congreso de la República. (2016).Ley 1787 de 2016. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=80394#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20como,en%20el%20territorio%20nacional%20colombiano.

Constitución Política de la República de Colombia. (1991). http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Cornoado-Montoya, S. et al. (2022) Harm reduction interventions as a potential solution to managing cannabis use in people with psychosis: A call gor a paradigm shift. International Journal of drug policy

IDIPRON. (2021). Documento Interno Reducción de Riesgos y Daños (M-MSD-DI-001). IDIPRON. (2021). Manual Operativo Área de Salud (M-MSD-MA-006).

IDIPRON. (2022). Diagnóstico en Salud Mental

Inclusive en países como Chile (Pascale, A., Hynes, M., Cumsille, F., Bares, C. (2014) Systematic Review Article. Consumo de pasta base de cocaína en América del Sur: revisión

de los aspectos epidemiológicos y médico-toxicológicos. Organización de los Estados Americanos.)

Jones, C. et al. Comparison of the locations where young adults smoke, vape, and eat/drink cannabis: implications for harm reduction. Addictive Behaviors Reports, 8 (2018) 140-146.

Labigalini E Jr, Rodrigues LR, Da Silveira DX. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. J Psychoactive Drugs. 1999 Oct-Dec;31(4):451-5. doi: 10.1080/02791072.1999.10471776. PMID: 10681113.

Márquez Buitrago, N. A. (2020). El sistema endocannabinoide y su relación con el glaucoma, implicaciones terapéuticas: revisión de tema. Ciencia y tecnología para la salud visual y ocular, 17(2), 7.

Márquez Buitrago, N. A. (2020). El sistema endocannabinoide y su relación con el glaucoma, implicaciones terapéuticas: revisión de tema. Ciencia y tecnología para la salud visual y ocular, 17(2), 7.

Martínez, T., Zuleta P. (2020). Propuesta para la tipología de la embriaguez por basuco (pasta base cocaína). Área del CESED: Consumo de Drogas, Salud Pública y Educación. Universidad de los Andes.

Meffert, B. et al. (2019) Navigating Blind in the Green Rush: Clinical considerations and Harm Reduction practices for cannabis. Curr Drug Res Rev. 11(1): 3-11.

Ministerio de la Protección Social. (2007). Política Nacional para la Reducción del consumo de SPA y su impacto: resumen ejecutivo: http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf

Ministerio de Salud (1993).Resolución 8430 de 1993. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Política Nacional de Salud Mental. En Resolución 4886. Bogotá. Obtenido de Resolución 4886 de 2018: Política Nacional de Salud Mental: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. En Resolución 089 de 2019. Bogotá.

Mok, J. et al. (2018) Use of cannabis for Harm Reduction Among People at High Risk for Overdose in Vancouver, Canada (2016-2018)

Morales Basto, J. P., Burgos Castro, E. D., Fandiño Sánchez, D. A., Porras Galindo, L. F., Rodríguez Munevar, D. S., Agudelo Cañas, S., & Poveda Espinosa, E. (2021). La relación entre el sistema endocannabinoide y la adicción a la comida: una revisión exploratoria. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 25(2), 212-226.

Pascale, A., Hynes, M., Cumsille, F., Bares, C. (2014) Systematic Review Article. Consumo de pasta base de cocaína en América del Sur: revisión de los aspectos epidemiológicos y médico-toxicológicos. Organización de los Estados Americanos.

Prieto, J. P., & Scorza, C. (2010). Pasta base de cocaína. Laboratorio de Biología Celular. Uruguay: Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable.

Rosic et al. (2021) Cannabis use in patients treated for opioid use disorder pre- and post-recreational cannabis legalization in Canada. Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy.

Téllez Mosquera, J., & Cote Menéndez, M. (2005). Efectos toxicológicos y neuropsiquiátricos producidos por consumo de cocaína. Revista de la Facultad de Medicina, 53(1), 10-26.

UNDOC (2013) Pasta Básica de Cocaína. Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos.

Valleriani et al. (2021) The emergence of innovative Cannabis Distribution Projects in the Downtown Eastside Vancouver, Canada. In J Drug Policy; 79:102737. May

Zuleta&Martínez. (2020) Propuesta para la tipología de la embriaguez por basuco. CESED UniAndes. https://cesed.uniandes.edu.co/wp-content/uploads/2020/05/TIPOLOGIA_DE-EMBRIAGUEZ-POR-BASUCO.pdf