

Consideraciones del componente de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y las instituciones en Colombia.

Alexander Restrepo Vargas.

Cita:

Alexander Restrepo Vargas (2011). *Consideraciones del componente de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y las instituciones en Colombia*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/462>

CONSIDERACIONES DEL COMPONENTE DE SALUD MENTAL, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LAS INSTITUCIONES EN COLOMBIA

NO HABRA DESARROLLO SIN EDUCACIÓN, NI PROGRESO SIN CULTURA

ALEXANDER RESTREPO VARGAS

Desde la década pasada Colombia no contaba con información estadística sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la población general, lo que constituía una seria limitación para el conocimiento de este fenómeno en lo referente a su magnitud, sus características, su distribución en el territorio nacional y su afectación sobre distintos grupos poblacionales. Esta carencia de información representaba también una dificultad notoria para la formulación y la evaluación de las políticas públicas en esta materia. La definición de prioridades, el diseño de intervenciones, la destinación de recursos y en general la toma de decisiones en este campo son aspectos que demandan información cuantitativa confiable y actualizada sobre el consumo de SPA y los problemas asociados.

Previamente, en el país se habían realizado dos estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas, uno en 1992 y otro en 1996, coordinados ambos por la Dirección Nacional de Estupeficientes - DNE. Otros estudios recientes sobre consumo de SPA en Colombia son: la encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años, realizada en 2001; el estudio nacional de salud mental de 2003, y la encuesta nacional sobre consumo de SPA en jóvenes escolares de 12 a 17 años, en 2004. Adicionalmente, se deben mencionar otros esfuerzos dirigidos a conocer el consumo de SPA en territorios específicos, como los estudios realizados por el Distrito Capital, las gobernaciones de Antioquia, Nariño y Casanare, e investigaciones cualitativas adelantadas por algunas organizaciones no gubernamentales.

Luego de casi doce años desde el último estudio nacional de consumo de SPA, el Gobierno de Colombia a través de la Dirección Nacional de Estupeficientes (DNE) y el Ministerio de la Protección Social (MPS), en asocio con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, decidieron aunar esfuerzos y recursos para la ejecución del nuevo estudio

nacional de consumo de sustancias psicoactivas que aquí se presenta. En esta realización se contó también con una contribución importante del Gobierno de los Estados Unidos a través de su embajada en Colombia.

Para esta investigación el país adoptó la metodología del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo (SIDUC) de la CICAD/OEA, que ha sido aplicada en las últimas décadas en los países del continente americano. Esto significa contar con un marco metodológico unificado y validado internacionalmente, que garantiza resultados confiables para orientar eficientemente la toma de decisiones en los niveles nacional y regional, y que a la vez permite comparaciones con otros países del continente.

El informe contiene una descripción de la metodología del estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008 y una presentación detallada de los resultados obtenidos, de acuerdo con las variables comprendidas en la investigación. En consideración a la diversidad del amplio público al cual se dirige esta publicación, conformado en su mayoría por personas no expertas o con formación técnica específica en la materia, se ha optado por priorizar aquellos aspectos que se consideran de interés general y con mayor relevancia para el análisis colectivo y la toma de decisiones en este campo. Las personas que tengan interés en indagar o profundizar sobre aspectos técnicos, operativos o administrativos del estudio y su proceso de ejecución pueden acceder a la información pertinente a través del contacto directo con las entidades responsables, o mediante consulta a través de correo electrónico y visita a los sitios web de las entidades (DNE, MPS, UNODC).

La presentación de los resultados del estudio, objeto central del informe, está organizada en secciones que describen en forma detallada los hallazgos principales sobre cada una de las sustancias psicoactivas, en términos de indicadores estadísticos de consumo, relación con variables sociodemográficas y distribución geográfica del consumo, entre otros factores.

En primer lugar se expone la información relativa al consumo de sustancias legales: tabaco/cigarrillo y alcohol. Luego se presenta una panorámica del consumo de medicamentos especiales o sustancias de uso controlado; en particular, tranquilizante y estimulantes.

Posteriormente se describe el consumo global de sustancias psicoactivas ilícitas; es decir, considerando las sustancias ilícitas en conjunto. Sigue una serie de exposiciones referentes a la situación de consumo particular de cada una de las principales sustancias ilícitas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, etc.).

El informe contiene también dos secciones dedicadas a las exploraciones que se hicieron en este estudio sobre aspectos relacionados con el consumo de psicoactivos, tales como la percepción social de riesgo asociado al uso de las sustancias, según distintas modalidades de consumo (frecuencia/cantidad), y la disponibilidad y oferta de esas sustancias.

Al final del informe se presenta un análisis comparativo del consumo de SPA en Colombia frente a la situación que se registra en otros países del continente.

Con esta investigación Colombia comienza a dar cumplimiento a lo planteado en la “Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto”, la cual señala la necesidad de conocer de la mejor forma posible la realidad que se quiere transformar, como requisito indispensable para el diseño y la implementación de planes, programas y proyectos efectivos.

En consecuencia, el Ministerio de la Protección Social, la Dirección Nacional de Estupeficientes, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Embajada de Estados Unidos en Colombia, aunaron esfuerzos para llevar a cabo este estudio, con el cual se establece un diagnóstico inicial sobre la situación del consumo de drogas en Colombia, de enorme utilidad para la salud pública del país y para todos los interesados en la superación de la problemática.

Con este estudio, el Consejo Nacional de Estupeficientes reafirma la decisión de adoptar la metodología propuesta por la CICAD/OEA, la cual es utilizada por la mayoría de los países del continente, con el fin de permitir comparaciones a través del tiempo y con los países miembros a partir de esta línea de base.

Se busca con esta decisión llenar un vacío existente en el país en términos de información, que no ha permitido por razones de tipo metodológico un análisis riguroso del comportamiento del consumo

de drogas en las últimas décadas. De igual manera se ha decidido la realización periódica de esta encuesta, conservando la misma metodología, con el fin de garantizar la homogeneidad que permita el establecimiento de tendencias, en adelante.

En el año 2008 se llevó a cabo el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, con el propósito de estimar la magnitud de este fenómeno, conocer sus características principales y establecer la percepción social de riesgo asociado a las diferentes sustancias de abuso, entre otros aspectos. Estos indicadores son importantes para la definición y la evaluación de políticas, programas y estrategias en esta materia.

El estudio corresponde a una encuesta de hogares en población general de 12 a 65 años, residentes en todos los municipios del país con más de 30.000 habitantes en el área urbana. Se logró entrevistar a un total de 29.164 personas. Se utilizó la metodología SIDUC (Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas), que ha sido aplicada y validada en otros países del continente. Previamente al trabajo de recolección de información en terreno se realizó un estudio piloto, a partir del cual se hizo la adaptación del instrumento y de los manuales de campo al contexto sociocultural colombiano. En el diseño del estudio y la revisión de sus herramientas metodológicas se consultó a un grupo amplio de expertos y durante todo el proceso se contó con la asistencia técnica del Observatorio Interamericano de Drogas de la OEA.

Los principales resultados de este estudio son:

- Cerca de 45% de las personas encuestadas declaran haber consumido tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida (56% de los hombres y 34% de las mujeres). No obstante, sólo 17% pueden considerarse consumidores actuales; es decir, han usado esta sustancia al menos una vez en los últimos 30 días (24% de los hombres y 11% de las mujeres). Esta cifra equivale a 3,3 millones de fumadores en el país.
- Sólo 61% de los encuestados creen que “fumar cigarrillo una o dos veces al día” es riesgoso para las personas. En cambio, frente al hábito de “fumar cigarrillo frecuentemente”, 83% consideran que es riesgoso, siendo mayor la percepción de riesgo entre las mujeres que entre los hombres.
- En cuanto al consumo de alcohol, 86% de los encuestados declaran haber consumido alguna vez en la vida, y 35% dicen haber consumido en los últimos 30 días (lo que equivale a 6,9

millones de personas). Se observan claras diferencias por sexo: mientras 46% de los hombres manifiestan haber consumido alcohol en el último mes, es decir uno de cada dos hombres, entre las mujeres la cifra es 25%, o sea una de cada cuatro mujeres.

- El consumo actual de alcohol, esto es en el último mes, muestra diferencias importantes por edad: mientras en el grupo de 12 a 17 años sólo 20% (uno de cada cinco) declara consumo, la cifra se duplica en los dos grupos siguientes de edad, llegando a 46% entre los jóvenes de 18 a 24 años, y 43% en el grupo de 25 a 34 años. El consumo de alcohol decae en las edades siguientes, aunque sigue siendo mayor que en el grupo más joven: 37% de los encuestados entre 35 y 44 años, y 27% entre los mayores de 45 años.
- La mayor proporción de consumidores de alcohol en el último mes se observa en los estratos 5 y 6, con 57% de de las personas encuestadas, cifra que se reduce a 27% en el estrato 1. Sin embargo, el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol es mayor en los estratos 1 y 2 (43% y 39% de los consumidores, respectivamente), en tanto que en los estratos más altos las cifras se reducen a 28% en el estrato 4 y 20% en los estratos 5 y 6. En el estrato 3, el consumo de riesgo o perjudicial se sitúa en un nivel intermedio de 34%.
- Se observa una amplia percepción de gran riesgo frente al consumo elevado de alcohol: 79% de los encuestados consideran riesgoso “tomar cinco o más bebidas alcohólicas cada día” (tragos de licor -aguardiente, ron, whisky, tequila, vodka, etc.- o su equivalente en bebidas como vino y cerveza), y 82% consideran riesgoso “emborracharse” con dichas bebidas. La percepción de riesgo es más alta entre las mujeres que entre los hombres.
- 12.2% de los encuestados presentan un consumo de alcohol que se puede calificar de riesgoso o perjudicial, cifra que equivale a 2,4 millones de personas. En otras palabras, si se considera la población total del país, una de ocho personas tiene un consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Al considerar solamente el consumo en el último mes, se encuentra que uno de cada tres consumidores entra en dicha clasificación.
- De los 2,4 millones de personas en esta condición, 1,8 millones son hombres y 0,6 millones son mujeres. Es decir, de cada cuatro personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, hay tres hombres y una mujer. Por otra parte, esta

condición afecta a casi 20% de la población entre 18 y 24 años, lo que equivale a 670 mil jóvenes en ese grupo de edad.

- En relación con el uso de sustancias ilícitas, se encontró que 9,1% de las personas encuestadas han usado alguna droga ilícita¹ al menos una vez en su vida, con 14,4% de los hombres y 4,5% de las mujeres.
- El uso reciente o en el último año de alguna sustancia ilícita fue reportado por 2,7% de los encuestados, lo que equivale a cerca de 540 mil personas. El consumo reciente es muy superior entre los hombres (4,5%) que entre las mujeres (1,2%).
- El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias ilícitas en el último año es el de 18 a 24 años, con cerca de 6%, seguido por el grupo de 25 a 34 años, con 3,9%, y el de 12 a 17 años, con 3,4%.
- En cuanto a estratos socioeconómicos, el mayor consumo reciente de sustancias ilícitas se encuentra en el estrato 4, con 4.2% de los encuestados, seguido por los estratos 5 y 6, con 2.9%. En el estrato 3 se reporta consumo reciente en 2.8% de los encuestados, y 2.4% en los estratos 1 y 2.
- Al igual que en la gran mayoría de países del mundo, la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia. 8% de las personas encuestadas dicen haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida, con aproximadamente 13% entre los hombres y 4% entre las mujeres.
- Considerando el uso en el último año, el estudio muestra que 2,3% de las personas encuestadas dicen haber usado marihuana al menos una vez durante dicho período: aproximadamente 4% de los hombres y 1% de las mujeres. Estas cifras equivalen a cerca de 450 mil personas. El mayor consumo se observa entre los jóvenes de 18 a 24 años, con 5%, seguido del grupo de 25 a 34 años (3,2%) y el de 12 a 17 años (2,7%). El consumo es mayor en el estrato 4, con 3,3%, seguido por los estratos 5 y 6, con 2,6%.
- En cuanto a la percepción de riesgo frente al uso de marihuana, 72% de los encuestados perciben un gran riesgo en “probar marihuana una o dos veces”, siendo mayor esta percepción entre las mujeres que entre los hombres (76% versus 69%). La percepción de riesgo aumenta en la medida que se consulta sobre un consumo más frecuente. Así, 82% de las personas perciben un gran riesgo en el “uso una o dos veces a la semana” y 89% perciben gran riesgo en el “uso tres

o más veces por semana”. La menor percepción de riesgo se registra entre los jóvenes de 18 a 24 años, grupo en el que el uso de marihuana es más frecuente.

- Entre los consumidores de marihuana en el último año se estudió el efecto que estaría produciendo esta sustancia, con preguntas que permitieran clasificar a dichos consumidores en situación de “abuso” o “dependencia”. Entre los 450 mil consumidores recientes de marihuana aproximadamente 250 mil pueden ser considerados en los grupos de “abuso” o “dependencia”, lo que representa casi un 57% del total de consumidores, o 1,3% de la población global del país.
- Las mayores cifras se concentran entre los hombres y los jóvenes. De los 250 mil clasificados en abuso o dependencia, 200 mil son hombres y 50 mil son mujeres. De otra parte, entre los jóvenes de 18 a 24 años del país, 2,7% clasifican en las categorías de “abuso” o “dependencia” respecto del uso de marihuana (unos 94 mil jóvenes en ese grupo de edad), y entre los jóvenes que declararon uso reciente de esta droga, 53% se encuentran en dichas categorías.
- En términos de estrato socioeconómico, los mayores niveles de “abuso” y “dependencia” se encuentran en los estratos 1 y 2. En efecto, 82% de los consumidores recientes en el estrato 1 clasifican en dichos grupos, mientras que en el estrato 2 son 63%. Las cifras caen a cerca de 30% en los estratos 4, 5 y 6.
- En relación con la facilidad de acceso o disponibilidad de la sustancia, cerca de la mitad de las personas encuestadas (48%) considera “fácil conseguir” marihuana, siendo mayor esta percepción entre los hombres que entre las mujeres (54% y 42%, respectivamente). La percepción de facilidad de acceso es mayor entre los jóvenes de 18 a 24 años (56%) y los adultos con edades entre 25 y 34 años (54%). Entre los más jóvenes (12 a 17 años), 44% consideran que es fácil conseguir marihuana, y 13% reportan que les han ofrecido esta sustancia durante el último año, ya sea para comprar o probar.
- La cocaína ocupa el segundo lugar entre las sustancias ilícitas de mayor consumo en Colombia. 2,5% de los encuestados dicen haber consumido cocaína alguna vez en la vida, siendo muy superior el consumo en los hombres que en las mujeres, 4,2% versus 1%.
- Respecto al consumo reciente de esta sustancia, 0,7% declaran haber usado cocaína al menos una vez en el último año: 1,3% de los hombres y 0,2% de las mujeres. En otras

palabras, cerca de 140 mil personas en el país han consumido cocaína al menos una vez durante los últimos 12 meses.

- Entre los adultos-jóvenes de 25 a 34 años se observa la mayor tasa de consumo, con 1,4%, seguido del grupo de 18 a 24 años con 1,2%. Ambos grupos dan cuenta del 70% del total de consumidores.
- De las 140 mil personas que han consumido cocaína durante el último año, 60% clasifican en los grupos en situación de “abuso” o “dependencia”; esto es, cerca de 85 mil personas, cifra que representa el 0,4% de la población total del país. Este grupo es mayoritariamente masculino (67 mil de las 85 mil personas) y de adultos-jóvenes con edades entre 18 y 34 años.
- La percepción de riesgo frente al consumo de cocaína es alta. 83% de las personas encuestadas manifiestan que constituye un gran riesgo “probar una o dos veces” cocaína, sin diferencias importantes entre hombres y mujeres, pero con una menor percepción de riesgo entre la población más joven. Frente al “consumo una o dos veces al mes”, 88% consideran este uso como de gran riesgo, el que aumenta a un 91% si se trata de “tres o más veces al mes”.
- En términos de facilidad de acceso, 28% de los encuestados creen que es fácil conseguir cocaína, siendo mayor esta percepción entre los hombres que entre las mujeres (33,5% y 23% respectivamente). Los grupos con edades entre 18 y 44 años son los que perciben una mayor facilidad de acceso a esta sustancia.
- El tercer lugar entre las sustancias ilícitas que se consumen en Colombia lo ocupa el basuco. 1,1% de los encuestados dicen haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida, cifra que se reduce a menos de 0,2% cuando se evalúa el uso reciente o en los últimos 12 meses. Esta cifra equivale a cerca de 34 mil personas. La mayoría de ellas (29 mil) son hombres de 25 a 34 años, de los estratos socio-económicos 1 a 3.
- De estas 34 mil personas, 78% se clasifican en las categorías de “abuso” y “dependencia”, o sea más de 26 mil personas. Así, el consumo de esta sustancia representa, proporcionalmente hablando, la mayor tasa de abusadores y dependientes. La gran mayoría son hombres, 24 mil, lo que representa una tasa de abuso o dependencia de 83% entre los consumidores.

- Otra sustancia ilícita considerada en el estudio es el estimulante de tipo anfetamínico MDMA (3,4-metilenedioximetanfetamina), conocido como éxtasis. 0,9% de las personas encuestadas manifiestan haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida. La cifra baja a 0,3% cuando se indaga sobre el uso en el último año, lo que representa a unas 55 mil personas en el país. Los consumidores de éxtasis son mayoritariamente hombres (38 mil), jóvenes con edades entre 18 y 24 años (31 mil), de los estratos socioeconómicos 4, 5 y 6 (21 mil).
- La percepción de riesgo respecto al uso de éxtasis es elevada: 83% de las personas encuestadas consideran un gran riesgo el consumo de esta sustancia “una o dos veces”; la cifra aumenta ligeramente (86%) cuando se indaga sobre el riesgo asociado al consumo “una o dos veces al mes”, y llega a 90% cuando se trata del consumo “tres o más veces al mes”. No se reportan diferencias significativas por sexo. Con respecto a la edad, la percepción de riesgo es menor entre los más jóvenes (12 a 17 años).
- En relación con la facilidad de acceso, solamente el 20% de las personas encuestadas manifestaron que les sería fácil conseguir éxtasis (23% de los hombres y 18% de las mujeres). La mayor facilidad de acceso es percibida por los adultos jóvenes (18 a 34 años), y en el estrato socioeconómico 4.
- 1,7% de los encuestados dicen haber recibido oferta de éxtasis en el último año, ya sea para comprar o probar. La cifra llega a 4% entre los jóvenes de 18 a 24 años, principalmente en los estratos 4, 5 y 6.
- En el estudio se indagó sobre el consumo de heroína, sustancia cuya presencia en Colombia, aunque más reciente y mucho menos conocida que la de otras sustancias ilícitas, ha sido registrada por expertos y por numerosos centros de tratamiento que operan en el país. En contraste con estudios anteriores, en los que las cifras eran inexistente o estadísticamente no significativas, el presente estudio sugiere que el consumo de heroína es ya un problema socialmente relevante que, no obstante, demanda esfuerzos adicionales de investigación para establecer sus características específicas y su verdadera dimensión.
- El estudio arrojó las siguientes cifras sobre heroína: 0,2% de los encuestados dijeron haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida; 0,02% de las personas de la muestra

reportaron consumo de heroína en el último año y un porcentaje similar lo hicieron en el último mes. Las estimaciones indican que en el país hay más de 3.000 consumidores de heroína, de los cuales la gran mayoría son hombres.

- En cuanto al consumo de sustancias inhalables, el estudio indica que 0,8% de las personas de la muestra han consumido estas sustancias alguna vez en la vida; de ellas, 0,2% lo hicieron en el último año y 0,1% en el último mes. Como es de conocimiento general, el consumo de inhalables aqueja particularmente a menores de edad que habitan en la calle (no cubiertos en este estudio), por lo cual las cifras reales en términos de porcentaje de población y número global de consumidores son incógnitas que se deben resolver en estudios específicos posteriores.
 - Los resultados del estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008 fueron comparados con las cifras sobre consumo de SPA reportadas recientemente en otros seis países de Suramérica: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. A partir de un informe comparativo publicado en el año 2008 por la OEA/CICAD sobre consumo de sustancias en la población general de esos países, se observa el siguiente panorama: El uso actual de tabaco/cigarrillo muestra a Colombia con una de las tasas más bajas entre los países, junto a Ecuador y Perú. Entre las personas de 15 a 34 años de edad, Colombia presenta una tasa de consumo del último mes inferior a las del resto de países, y en el grupo de 35 a 64 años la tasa supera a la Perú y es menor a las de los restantes cinco países.
 - La prevalencia de consumo de alcohol del último mes en Colombia supera levemente a las de Ecuador y Perú, siendo superada por las de los otros cuatro países. En la población más joven, las tasas de consumo de los siete países fluctúan entre 36% y 59%, siendo la de Colombia 42%. En el grupo de 35 a 64 años de edad, la tasa de Colombia es superior a la de Ecuador, e inferior a las de los otros cinco países.
- La marihuana es la sustancia ilícita más consumida en los siete países. Si se considera como indicador el uso reciente o

en el último año, el consumo en Colombia entre la población de 15 a 64 años supera las tasas registradas en Ecuador y Perú y es inferior a las de Bolivia, Argentina, Chile y Uruguay.

- En cuanto a la cocaína, la tasa de consumo alguna vez en la vida entre la población de 15 a 64 años en Colombia es superior a las reportadas en Ecuador y Perú, e inferior a las de los otros cuatro países. El consumo reciente (últimos 12 meses) es superior al de Ecuador, Perú y Bolivia, pero inferior al de Chile, Uruguay y Argentina. Similar situación se observa en lo relativo al uso actual o consumo en los últimos 30 días: superior al de Ecuador, Perú y Bolivia, e inferior al de Chile, Uruguay y Argentina.
- Considerando los distintos indicadores de consumo de sustancias ilícitas, se podría afirmar que la situación de Colombia es intermedia entre los siete países de Suramérica comprendidos en el análisis, con cifras similares a las de Bolivia, superiores a las de Ecuador y Perú, pero inferiores a las de Argentina, Chile y Uruguay.

la necesidad de realizar un estudio que nos permita conocer las variables significativas que integran las características diferenciales de la población que consume SPA; se orienta a este fenómeno, la necesidad de identificar el grado de participación e intervención social y con datos que pueden ser manipulables y no concluyentes sobre todo en el tratamiento. Podría este fenómeno explicarse por el subregistro, o la falencia en programas de tamizaje, caracterización y diagnóstico a esta población, o la falsedad en el registro de en las poblaciones a intervenir a la hora de interrogar el tema por parte de diferentes organismos o autoridades competentes, o la falta en la claridad en la orientación para abordar el tema en el momento de pretender intervenir, además con modelos poco fructíferos y de alto costo en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Al pretender definir la adicción, como la existencia de conductas patológicas que producen dependencia, con o sin la intervención de sustancias químicas exógenas y estados diferenciados de la conducta, el proceso de socialización que se inicia desde el nacimiento del nuevo individuo permite la interiorización de las creencias sociales, se señala que se han podido encontrar diferencias, un ejemplo de socialización diferencial en relación a la expresión del afecto lo refieren Noller, Snow y otros. La incorporación de nuevas generaciones de individuos y nuevas realidades sociales. Se transmiten inicialmente a través de la familia

y el entorno social, gestando comportamientos actitudes y conductas diferenciales. No sólo inciden en la estructuración y organización de la vida de los individuos, sino que efectúan una importante función normativa.

Se definen normas diferenciales, siendo por tanto mecanismos de control que determinan lo que es adecuado y lo que es desadaptativo de forma diferente en cada uno de los sexos. La transgresión de la norma no es neutral, así no sea una norma real o verdadera y solo responda a diferentes intereses políticos, dogmáticos y de poderes.

Vamos ahora a desarrollar un repaso de posibles agresiones causadas por las diferentes drogas. El alcohol y su abuso repercuten en todos los órganos del cuerpo, en el aparato digestivo causando enfermedades como gastritis agudas y crónicas atróficas, úlceras gástricas, esofagitis, úlceras pépticas, síndrome de mala absorción a nivel del intestino delgado. Cirrosis hepática, hepatitis alcohólica, hígado graso o esteatorrea, remplazo de ingesta de alimentos por el alcohol, diarreas frecuentes, predispone para síndrome de colon irritable, trastornos nutricionales, trastornos metabólicos, pancreatitis. En el sistema nervioso central puede producir enfermedades por déficit de vitamina B1, B6 y B12 que a su vez predispone a enfermedades que producen alteraciones en la sensibilidad y motricidad, tales como síndrome de Wernicke-Korsakof, polineuropatía alcohólica, síndrome de Def. En el sistema cardiovascular generan arritmias cardíacas, eventos coronarios agudos entre ellos el infarto agudo del miocardio, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares como vasculitis, también producen afectaciones metabólicas como aumento de ácido úrico y triglicéridos, anemias de diferentes clases, alteraciones en glóbulos rojos y trombocitopenias (disminución de plaquetas) y de glóbulos blancos, generan pérdida de médula ósea. Se han establecido asociaciones entre el consumo excesivo de alcohol y el cáncer esofágico y, especialmente en asociación con el tabaco, con el cáncer bucal y laríngeo (Parés, A. et al. 2002).

De igual modo la ingesta de cantidades de alcohol por kilogramo de peso, la concentración de alcohol en sangre será más alta en el caso femenino. Una de las razones de este hecho radica en el menor porcentaje de agua en la composición corporal de la mujer en comparación con la masculina, lo que provoca que el etanol se diluya en menor volumen líquido, alcanzando así una concentración mayor. Otra causa es la menor capacidad de la mujer para

metabolizar el etanol, debido a la menor cantidad de enzima alcoholdehidrogenasa presente en su organismo. Las investigaciones acerca de la influencia de las variaciones hormonales del ciclo menstrual sobre el metabolismo del alcohol, encuentra de momento resultados contradictorios. Por lo que respecta a la relación entre cáncer de mama y alcohol, aunque numerosos estudios establecen que esta asociación difiere en la cuantificación del riesgo, que valoran desde mínimo aumento hasta incrementos del 50% (Bagnardi, V. et al. 2001), (Parés, A. et al. 2002, Thun, M.J. et al. 1997, García-Sempere, A. et al. 2002).

El tabaquismo es una enfermedad adictiva, crónica y recidivante que en más del 80% de los casos se inicia antes de los 18 años de edad y que produce la muerte prematura en más de la mitad de los que la padecen. Los fumadores de cigarrillos pierden 5,5 minutos de expectativa de vida por cada cigarrillo fumado". Las estadísticas de nuestro país respecto al consumo de tabaco referidas al año 2001, muestran un aumento de la prevalencia en el consumo diario entre las mujeres, que pasó del 27,7% en 1995 al 30,1% en 2001. Los impactos en salud pública a largo plazo aumentaran la incidencia y la prevalencia en la mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Dentro de estas podemos citar como para dar algunos ejemplos los tumores cancerígenos fundamentalmente en pulmón y las metástasis que generan en otras estructuras de la economía del organismo. Estudios recientes cuestionan la diferencia entre la relación estadística del tabaco y afecciones pulmonares (Bain, C. et al. 2004) (Blot, W.J. 2004). Lo cierto es que alrededor del 90% de las muertes por cáncer de pulmón en estados unidos, pueden atribuirse al tabaco. (US Surgeon General 2001). En dicho país, desde 1950 se ha producido un incremento del 600% en las cifras de mortalidad por cáncer de pulmón en la mujer, y desde 1987 supera ya al de mama. (US Surgeon General 2001). No hay datos de este tipo en la población Colombiana, aunque existen muchos estudios donde tipifican el consumo de tabaco como factores de riesgo en las embarazadas gestantes. La asociación entre tabaquismo y riesgo de padecer cáncer de mama es confusa. Los estudios epidemiológicos sugieren que el fumar no disminuye el riesgo como en principio se sugirió debido al efecto antiestrogénico del tabaco (Terry, P.D. et al. 2002). En cuanto a si lo aumenta, de momento no hay evidencia epidemiológica que lo asocie (U.S. Surgeon General 2010); no obstante, se encuentra un aumento de riesgo significativo a partir de los 30 años de consumo (Bennicke, K. et al. 1995) y se manejan

variables como el inicio temprano de la adicción o el comienzo de ésta en los cinco años previos al primer embarazo a término, como factores que pudieran aumentar el riesgo (Reynolds, P. et al. 2004). También son objeto de investigación cómo afecta el tabaquismo a la población en general, según esté en la edad fértil o en la menopausia, la susceptibilidad genética a padecer sus efectos, las consecuencias sobre las fumadoras pasivas y los mecanismos moleculares responsables del efecto del tabaco en la génesis del cáncer de mama. Respecto al cáncer de cuello de útero, numerosos estudios encuentran asociación positiva entre fumar y determinados tipos de éste; no así respecto a otros. El grado en el que esta asociación es independiente de la infección.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), tal y como ocurre en el caso del cáncer de pulmón, es la relación causal entre el tabaquismo y la aparición de la EPOC. De hecho, el 80-90% de los casos de EPOC son atribuibles al tabaco (Martínez, M. 2002), aumentando el riesgo con la cantidad de cigarrillos fumados. El inicio del hábito en la adolescencia puede impedir el completo desarrollo de la función pulmonar, produciendo una reducción del calibre de las vías respiratorias, más marcada en las muchachas que en los muchachos (Gold, D. R. 2006). El tabaquismo afecta al sistema vascular tanto a nivel periférico como cardiaco y cerebral. Entre otros efectos, favorece el desarrollo de arteriosclerosis y aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares. En la mujer el riesgo de alteraciones circulatorias aumenta cuando se asocia el uso de anticonceptivos hormonales. Estos efectos, aumentan en relación al número de cigarrillos fumados, precocidad del hábito y profundidad de la inhalación. La incidencia de osteoporosis es mayor en las mujeres postmenopáusicas fumadoras, siendo la frecuencia de fracturas de cadera 4 veces mayor que en no fumadoras (Alonso Viteri, S. 2008).

El consumo de cocaína tiene una amplia repercusión orgánica. Entre sus múltiples efectos, hay que resaltar los cardiovasculares, por la alta frecuencia con la que se presentan, y por afectar principalmente a consumidores jóvenes sin antecedentes de enfermedad coronaria o factores de riesgo cardiovascular. Estas alteraciones pueden aparecer tanto en los primeros consumos como durante el uso crónico de la sustancia (Vecino Santos, C. 2008). Los accidentes cerebrovasculares, ya sean por falta de riego o por hemorragia, afectan también en mayor medida a jóvenes, y ocurren habitualmente en la hora siguiente al consumo, aunque

pueden diferirse en el tiempo (Ballcells Oliveró, M. 2003). Se han descrito complicaciones en diversos órganos, muchas de las cuales tienen como agente etiopatogénico común la isquemia debida a la vasoconstricción arteriolar producida por la cocaína. Además de los efectos producidos por la sustancia hay que puntualizar en los que se generan según la vía de administración como efectos que concommitan con el consumo, la vía pulmonar es utilizada por el 24% de las usuarias; la intranasal por el 66% y el 5% restante utiliza la vía parenteral. Si la administración es intranasal, pueden aparecer lesiones de la mucosa y del tabique. Las consecuencias serán congestión nasal, dolor de cabeza e incluso pérdida del olfato. Si la vía usada es la pulmonar, veremos alteración de la función respiratoria, cuadros asmáticos, hemorragias de distinta intensidad y complicaciones resultantes de las profundas inspiraciones que se realizan para inhalar, tales como neumotórax. Uno de los cuadros más graves es el síndrome del pulmón de cocaína, que puede ser mortal. Según recoge Vecino, C. (2002), diversos autores adjudican a esta vía similares consecuencias orgánicas que las causadas por la intravenosa, y en ambos casos de mayor gravedad que las generadas por el uso de la vía intranasal. Destacar el efecto anorexigénico causado por el consumo de cocaína como un control del peso corporal.

La mayor sensibilidad a los efectos cardiovasculares de la cocaína, supondría una mayor vulnerabilidad física a los efectos de la sustancia. El papel protector de los estrógenos frente a la toxicidad cerebral de la cocaína, se basa en la observación de que durante la fase del ciclo menstrual en la que el nivel de estrógenos es más alto, no hay cambios en el flujo sanguíneo cerebral tras la administración de cocaína; sí ocurren en cambio, cuando se administra la sustancia en la fase en la que el nivel estrogénico es menor (Williams, J. 2002). Estos efectos, a largo plazo, podrían conducir a una respuesta diferente en el sexo femenino en cuanto a la severidad de la posible disfunción cerebral generada por el abuso crónico de cocaína. La actuación de los estrógenos como factor modulador de los efectos psíquicos de la cocaína.

La heroína y sus complicaciones que pueden aparecer a consecuencia del abuso se deben tanto a las causadas por la propia sustancia, como a las derivadas de la vía de administración. Respecto a las primeras, son especialmente importantes las asociadas a los cuadros de sobredosis. Pueden incluir hipotermia debida a vasodilatación, rabdomiolisis (muerte de células musculares) que puede abocar a una insuficiencia renal aguda,

convulsiones (más frecuentes cuando el opiáceo es metadona), coma con o sin secuelas por depresión del sistema nervioso central, así como depresión del centro respiratorio, capaz esto último de provocar primero el edema agudo de pulmón, y paro cardiorrespiratoria después, si no se aplica el tratamiento médico adecuado. En cuanto a las vías de administración los efecto característico del consumo de heroína por vía pulmonar, las crisis de broncoespasmo que pueden producirse incluso meses después del consumo por esta vía (Cabrera, R. et al. 2004). La vía parenteral ha estado tradicionalmente ligada al consumo en Europa y estados unidos con respecto al consumo de heroína, habitualmente asociada a un gran deterioro biopsicosocial del consumidor. En Colombia hay indicio de un alto consumo en Santander de Quilichao en la población femenina desde los 10 años en adelante con gran incidencia del consumo. En España entre los años 1991 y 2001 su uso ha descendido del 50,3% al 17,5% entre los heroinómanos que iniciaron tratamiento por primera vez y que consumían la droga principalmente por esta vía, con un aumento en el 2002 hasta el 18,1% (Plan Nacional Sobre Drogas, Informe2002). Los datos de la Red Municipal hasta el 30 de Septiembre de 2004, señalan el uso de esta vía por el 12,6% de las mujeres adictas a la heroína frente al 74% que utiliza la vía pulmonar. En cualquier caso, pese a la disminución en el porcentaje de uso y sea para la administración de heroína o cocaína, sigue siendo fuente de severas alteraciones de salud, debidas directa o indirectamente a procesos infecciosos, algunos de los cuales son:

- Partes blandas: flebitis, abscesos (sobre todo en el punto de inyección).
- Sistema cardiovascular: endocarditis infecciosa, tromboflebitis séptica.
- Infecciones pulmonares: secundarias a embolismos sépticos, tuberculosis, neumonías por aspiración.
- Infecciones osteoarticulares: artritis séptica y osteomielitis que afectan en mayor medida a la columna vertebral.
- Infecciones del sistema nervioso central: meningitis, abscesos cerebrales...
- Infecciones provocadas por los virus de la Hepatitis B, Hepatitis C y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Nos referiremos a continuación a este último grupo de enfermedades infecciosas por su trascendencia y alta prevalencia en la población adicta por vía parenteral y cuyo mecanismo de transmisión se debe al hecho de compartir el material de inyección, conducta que la mayoría de autores encuentra más frecuente en las mujeres usuarias de la vía parenteral que entre los varones (LLópez, J.J. et al. 2000). La Hepatitis C es la infección de mayor prevalencia en usuarios de droga por vía parenteral. El informe 2003 del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) aporta índices de infección de entre el 40% y el 90% para los usuarios de esta vía. La prevalencia de infección por VIH entre los que iniciaron tratamiento y se habían inyectado drogas en los 12 meses previos entre los años 1996 y 2002, ha pasado del 37,1% al 33,4% manteniéndose siempre un porcentaje mayor entre las mujeres, del 7,5% a un 9% respecto a los varones (Plan Nacional Sobre Drogas, Informe 2002).

Además de las diferencias respecto a la carga viral, también se estudian las existentes en el número de CD4 en varones y mujeres así como la influencia que los estrógenos, progestágenos, ciclo menstrual y embarazo puedan ejercer tanto sobre los niveles de carga viral como en el recuento de CD4 a lo largo de la vida (Ross, G. et al. 2005).

La dependencia a psicofármacos se caracteriza por la falta de conciencia de su existencia, tanto por parte de los que la padece como generalmente del entorno. Esto conlleva que acudan en menor medida a los centros de tratamiento para las drogodependencias, salvo que asocien este consumo al de otra sustancia de las catalogadas socialmente como drogas.

Al hablar de psicofármaco, nos referimos a fármacos que modifican la actividad psíquica por su acción sobre el sistema nervioso central. En la actualidad los ansiolíticos-hipnóticos son los más extensamente usados, seguidos de los antidepresivos. Aunque la categoría ansiolítico-hipnóticos (también se denomina tranquilizantes a los ansiolíticos y somníferos o “pastillas para dormir” a los hipnóticos) incluye distintos tipos de fármacos, las benzodiacepinas son las más representativas del conjunto debido a su consumo masivo. Aunque no hay datos ni estudios significativos en mujeres gestantes que demuestren los daños colaterales y la incidencia de casos y patologías secundarias al consumo de este tipo de sustancias si hay información sobre los daños y los riesgos que en general sufren la población expuesta o no por la exposición

o abuso de los psicofármacos. Pero hay que tener muy presente que los psicofármacos ni suprimen la causa del malestar, ni por sí solos tienen acción curativa, pudiendo impedir el reconocimiento de la causa que produce el malestar, contribuyendo así a la resignación ante condiciones de vida insatisfactorias.

Los efectos del consumo a nivel físico y mental generan consecuencias en la población consumidora. En el estudio (De la Cruz M.J. et al. 2002), los efectos son relatados por ellas mismas (Grupo Focal de Discusión). Numeran dependencia física y psíquica, tolerancia, síndrome de abstinencia, decaimiento físico y psíquico, aumento de peso y disminución del deseo sexual. También refieren cambios en la personalidad, abandono del cuidado personal y disminución de la capacidad de concentración. Señalan también desentendimiento del cuidado de los hijos, reducción de las actividades sociales y pérdida de trabajo.

En cuanto al consumo de cannabis, la principal forma de consumo es pulmonar por medio de cigarrillos de cannabis o una alternativa muy común en el momento y de gran concentración de tetrahidrocanabinol como es la crypa, está en aumento de la incidencia, por lo que sobre sus efectos a nivel respiratorio nos remitimos a lo ya expuesto en el apartado del tabaco, las relaciones y el impacto sobre la salud mental.

En cuanto a los impactos sobre los efectos sobre la salud reproductiva hablaremos en un primer momento sobre la fertilidad, no se conocen en su totalidad los mecanismos por los que las drogas alteran el sistema reproductor femenino, pero sí sabemos que algunas de ellas actúan sobre el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, generando disfunción ovárica y alteraciones menstruales. También se admite la posibilidad de que determinadas sustancias ejerzan un efecto tóxico directo sobre los ovarios. Por otra parte, debemos considerar también que la malnutrición puede estar presente como efecto de abuso de drogas y repercutir negativamente en la capacidad reproductiva. Los efectos del alcohol sobre el sistema reproductor femenino pueden deberse tanto al efecto de éste sobre la regulación hormonal, como a las consecuencias indirectas asociadas al abuso, como malnutrición, hepatopatía, etc. El resultado es la aparición de ciclos menstruales irregulares, con ausencia de ovulación, mayor riesgo de aborto y menopausia temprana (Gordis, E.1994). Incluso con cantidades de alcohol no suficientes para dañar otros órganos, se pueden producir alteraciones del ciclo menstrual (Emanuele, M.A. 2004). El tabaco

altera la fertilidad a través de múltiples mecanismos. En primer lugar, reduce el número de años fértiles, retrasando la aparición de la primera menstruación si el inicio del consumo es precoz y adelantando la menopausia. A esta menor duración del periodo fértil, añade mayor dificultad para concebir (Bobo, J. 2002), y aumento del riesgo de embarazo tubárico (Stergachis, A. 1991). Por último, propicia una mayor frecuencia de problemas en la implantación del óvulo fecundado así como una más alta prevalencia de abortos precoces y embarazos ectópicos (Alonso, S. 2001). La cocaína también se asocia a la disfunción reproductiva. La experimentación animal muestra efectos sobre el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal (Walker Q. D., 2001), y estudia tanto un posible efecto tóxico directo sobre las células ováricas (Thyer A. C., 2001), como el aumento de los niveles de prolactina como factor causal de infertilidad (Saso, L. 2002). El efecto final es la alteración de los ciclos menstruales, amenorrea, disminución del número de ciclos ovulatorios y galactorrea. Los opiáceos, entre otros efectos hormonales, provocan aumento de la prolactina y disminución de la hormona luteoestimulante (Rubio, G. 2003). Ambos hechos, por separado, ya disminuyen la fertilidad de por sí. Tanto la ausencia de menstruación como las alteraciones de ésta, son frecuentes compañeras de la mujer que consume opiáceos, ya sea de forma ilegal o bajo prescripción médica como en el caso de la metadona. Robinson G. E, 2002. Aspectos diferenciales de la mujer adicta, el cánnabis actúa sobre el sistema hormonal produciendo disminución de los niveles de las hormonas foliculoestimulante, luteinizante y prolactina. Como consecuencia, pueden presentarse trastornos menstruales, ciclos anovulatorios, aumento de abortos y embarazos más prolongados. Estos efectos revierten si se suspende el consumo (Pascual, J. et al. 2003).

Haremos un breve comentario sobre la relación del consumo de SPA y la mujer gestante, como punto fundamental en esta discusión, después de hacer un análisis de diferentes sustancias psicoactivas y los daños en todo el organismo, nos enfocamos sobre el embarazo en sí y la relación del consumo, pese a que no se encontraron en bibliografías propias sobre esta relación, incidencia, daños y formas de intervención, cabe destacar que la mujer farmacodependiente no conozca su embarazo de forma inmediata; este hecho se debe a la frecuente presencia de trastornos menstruales, la creencia de que el consumo les protege del embarazo por la amenorrea que este puede conllevar y el desconocimiento de su ritmo menstrual. El rechazo a la maternidad

por la forma de vida precaria, razones socioeconómicas, etc. Se plasma en un mayor número de interrupciones voluntarias de embarazo entre heroinómanas respecto a la población general (LLópez, J.J. et al. 2000). Cuando el embarazo sigue adelante, ya sea por elección materna o por haber superado el tiempo límite legal para su interrupción, puede ser vivido de forma ambivalente, ser ignorado o ser visto por la madre como una oportunidad para el abandono del consumo, adjudicando al niño la capacidad de originar cambios en la conducta adictiva de la mujer; genera pautas de descenso de consumo, inicio de tratamiento o cambios en el estilo de vida entre otras. No hay en Colombia y en general en América Latina posibilidad de desintoxicación, rehabilitación y acceso en general a servicios de salud pública orientados a tal fin. Desde el punto de vista obstétrico, a causa del mayor riesgo de complicaciones, se realiza un seguimiento muy cercano, catalogando habitualmente el embarazo como de alto riesgo en los diferentes programas de detección temprana y controles prenatales en el marco de la legislación en Colombia y otras normas técnicas como la resolución 412 y la ley 100 y sus modificaciones.

La relación entre el uso de drogas y los trastornos psicopatológicos es de mutua influencia, pudiendo ser cualquiera de ellos elemento favorecedor de la aparición del otro. Centrándonos en los efectos de las drogas como origen de alteraciones psiquiátricas, se describen el proceso explicando que el abuso de drogas sería el generador de cambios a nivel biológico, psicológico y social que facilitarían la aparición del trastorno. A nivel biológico, los efectos tóxicos de las drogas sobre la neurotransmisión cerebral o sobre otros órganos, pueden representar un riesgo para los trastornos depresivos, de ansiedad o psicóticos. Se sabe que el consumo continuado de alcohol, cocaína o heroína produce disminución del funcionalismo de los sistemas de neurotransmisión dopaminérgica, serotoninérgica y noradrenérgica similar al encontrado en las depresiones.

En el caso del policonsumo se necesita identificar y jerarquizar las sustancias consumidas para determinar cuál es las drogas principales y cuáles las secundarias, y poder establecer el abordaje más adecuado. Debemos tener en cuenta la posible tendencia a minimizar los consumos ante el profesional, al igual que a veces se pretenden hacer invisibles, para la familia o el entorno, procurando que no interfieran en las obligaciones de su vida cotidiana como cuidado de la casa, hijos, etc. Es conveniente preguntar explícitamente sobre el consumo de psicofármacos.

La búsqueda de la felicidad o el placer o sentirse libre u otras condiciones en este orden de ideas deben contextualizarse a la condición de consumidores de drogas. Nuestra existencia en general y más en un país como Colombia el riesgo se vuelve cotidiano y al cual nos sometemos permanentemente como riesgos unos asumibles y otros no asumibles, para los cuales existen normas que permiten controlar o reducir el riesgo.

Ahora hay que generar cuestionamientos sobre la pretensión de imponer un control social sobre el consumo de sustancias psicoactivas. ¿Para qué y porque organizar un sistema legalista, punitivo y normativo en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas?, aunque en Colombia se castiga hoy la producción, consumo, distribución y comercialización de sustancias psicoactivas esto en términos políticos fue más impuesto por varios gobiernos inconsecuentes, déspotas y autoritarios, sin dar los debates y sin documentar científicamente la negación a la dosis personal o la liberación en el consumo, es obvio que quedan vacíos más para el tema en cuestión en este ensayo, ya que no hay ninguna normatización fuera del alcance o posibles riesgos que planteamos los médicos, así como tampoco hay estudios, ni bioensayos mucho menos, que demarquen realmente los riesgos, los daños y las complicaciones tanto para la consumidores de drogas como para el embrión, feto y recién nacido, mucho menos hay documentación basada en la evidencia que determine daños o lesiones, es pertinente seguir progresivamente estructurando y generando una discusión académica y científica en cuanto a este tema, permitiendo desarrollar una conceptualización contundente y permitir generar como rama de múltiples disciplinas, respuestas y políticas claras para el estudio, caracterización, educación, rehabilitación, desintoxicación y tratamiento a esta población que se vuelve vulnerable dualmente y que puede ser una problemática según el tipo de sustancia consumida, la cantidad o concentración, la forma, el tiempo de exposición o el tiempo en el que se consumió, los factores asociados al consumo, como por ejemplo las enfermedades de transmisión sexual, situación socioeconómica, escolaridad, relaciones sociales y laborales entre otros factores, hacen de vital importancia para abordar esta problemática como comunidad académica, que pretende, permanentemente abordar cualquier asunto relacionado con las sustancias psicoactivas y el entorno social y cultural, no solo para nuestro país, si no para el mundo como tal y las implicaciones por supuesto que tienen a nivel de salud pública. Es aquí como podemos plantear disyuntivas entre

la libertad del consumo sin determinar el riesgo o no y decidir como consumidor el riesgo, en el caso de las gestantes los posibles daños colaterales por el consumo. No es ver una contradicción simplemente entre el derecho penal y el ético, hasta el análisis de bienes jurídicos protegidos, para lo cual planteo la necesidad de liberación del consumo, tolerancia con quienes consumen, plantear la idea de vulnerar los derechos fundamentales de la persona, sin querer decir que necesariamente el consumir, por parte de los consumidores de drogas sea un atentado contra la salud o la sociedad; porque como hablamos antes hay múltiples factores que tienen que medirse , investigarse, documentarse y tenerse en cuenta. Pero existe en la contemporaneidad tolerancia social hacia determinadas sustancias que incluso son legales y conductas sociales para algunos aceptables y para otros inaceptables en torno a la situación en particular del consumo de sustancias psicoactivas.

El eje de la actuación penal se centra en los daños sobre la convivencia, la estructura social, el orden, las conductas que son en el marco de la jurisprudencia conductas sancionables. Aquí también quiero dar una discusión entre lo rentable que es el negocio para particulares pero especialmente para los gobiernos que ven en el problema del "narcoterrorismo" como lo llaman, a pesar de existir un para-estado y un narco-gobierno, para atraer financiamiento internacional y legitimar una guerra que ha existido desde la constitución de nuestra república por nuestra basta riqueza cultural y multiétnica con la que contamos, el plan Colombia por ejemplo es una muestra de una manipulación incluyendo a la comunidad internacional donde crean una guerra perpetuando hostilidades, muerte, contaminación del ecosistema y deterioro del mismo, generan enfermedades y destrucción en nuestros campos, sumisión y monopolios en las ciudades, incluso filtrando nuestra democracia y manipulándola para legitimar el control del poder. Poder este que desarrolla y legitima sometimiento, desplazamiento, expropiación pasiva y maquillada de la tierra, fundamentalmente a campesinos e indígenas, vulnerando y violentando los derechos humanos a lo largo del territorio nacional, una perpetuación de dolor y muerte en campos y ciudades, a un costo que nuestro país y nuestras generaciones no deben asumir.

¿Podríamos imponer de forma coactiva la abstinencia en el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas por parte de los consumidores de drogas?; ¿Entenderíamos una norma que al igual que la obligatoriedad de uso del casco en las motocicletas, o la prohibición del consumo de alcohol y otras sustancias que

afectan a la capacidad de conducción de un vehículo de motor, sancionara el consumo de estas sustancias por los consumidores de drogas?; ¿Sería posible la prescripción médica de una abstinencia forzada en un centro especializado (si los hubiera) a los consumidores de drogas?; ¿En qué condiciones no deberíamos tener en cuenta la voluntad de los consumidores de drogas?; ¿Debemos medicalizar un problema que requiere una profunda reflexión jurídica previa, y que hunde sus raíces en el contexto cultural, en salud pública y a nivel socioeconómico?.

Estos son cuestionamientos que nos obligan a profundizar en esta situación y a generar debate y políticas claras de intervención, como las de reducción o mitigación de daños, mostrando eficacia en la limitación y control de los efectos o consecuencias dañinas para la salud, tanto de impacto individual, social y estatal. La educación genera un punto fundamental para sobreponer y estructurar una realidad, pues es claro que al conocer los riesgos se puede alertar o alarmar en cuanto a las consecuencias y la relevancia de prevenirlos.

Quiero destacar El derecho trata de ordenar la convivencia y solucionar los conflictos que surgen en nuestra sociedad, hasta el momento la respuesta se ha caracterizado por situarse más en términos de ansiolítico- social que en eficacia real. La presión cultural es y ha sido muy importante; si recordamos el camino a recorrer en la institucionalización del consumo de una sustancia y en el aprendizaje social e individual de los patrones de consumo responsable, podemos observar el peso significativo de los factores culturales y del entorno socioeconómico. Clásicamente se ha buscado eficazmente, a tener en los resultados, contraponer en determinados conflictos, la razón práctica (eficacia) y la formulación teórica del problema, llevándonos a un escenario falso de confrontación. Las notables diferencias nacionales en sus realidades y nuestra historia misma, demuestran particularidades socioeconómicas, culturales y políticas, demuestran las diferencias en la expresión de problemas. De aquí la importancia de generar y poner en marcha soluciones viables, aterrizadas y reales pudiendo impactar según lo que se espera positivamente en nuestra sociedad, estructurado en el consenso sobre los objetivos y la fundamentación ética de los mismos, dejando a la técnica jurídica la elaboración de las normas.

CONCLUSIONES

El estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008 proporciona una panorámica amplia y detallada de la situación actual del país en materia de consumo de sustancias tanto legales como ilegales, en la población general entre 12 y 65 años, residente en las capitales departamentales y en todos los municipios con 30.000 o más habitantes en el área urbana (126 municipios en total).

Además de aportar indicadores estadísticos sobre consumo (prevalencias de uso alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, y edad de inicio), según variables sociodemográficas (sexo, edad, estrato socioeconómico y localización geográfica), el estudio produjo estimaciones valiosas sobre abuso y dependencia de las principales sustancias psicoactivas. Adicionalmente, el estudio comprendió una indagación sobre aspectos relacionados con el consumo, como la percepción de riesgo asociado al uso de psicoactivos y la disponibilidad y oferta de dichas sustancias. Un complemento importante es el análisis comparativo de la situación de consumo en Colombia en relación con otros (seis) países de Suramérica.

Se arrojan conocimientos valiosos sobre la magnitud y las características del consumo de sustancias psicoactivas y, a la vez, un conjunto de señales para la formulación de políticas, el establecimiento de prioridades, la definición de planes y estrategias, la identificación de beneficiarios principales, y la evaluación posterior de las realizaciones en este campo.

Se dilucida que es necesario invertir recursos y esfuerzos adicionales en nuevos

estudios que den cuenta de la situación de consumo de sustancias en los grupos poblacionales mencionados, lo que a su vez permitirá identificar la problemática particular que afecta a tales grupos y, por ende, conocer las demandas que ello representa en materia de política pública. Representa un avance muy importante, es evidente que existen aún grandes vacíos y nuevos desafíos que se deben encarar a la brevedad posible, para beneficio de todo el país.

Las entidades responsables tanto gubernamentales como no gubernamentales deben propender por la tarea de hacer

intervención complementaria que permitan aportar a los interesados los insumos informativos pertinentes.

El consumo de sustancias psicoactivas en Colombia tiene dimensiones y características que lo hacen una problemática acuciante y con serias implicaciones sobre el bienestar de la población, la salud pública, la convivencia ciudadana, la seguridad y el futuro de las nuevas generaciones. Así mismo, plantea un gran reto en materia de gobierno, política e inversión pública, responsabilidad social y gestión institucional.

El consumo de sustancias legales como el tabaco y el alcohol está muy extendido en todos los grupos poblacionales a lo largo y ancho del territorio nacional. Cerca de la mitad de la población utiliza con alguna frecuencia estas sustancias y no menos de la quinta parte se encuentra en situación de riesgo o con problemas asociados al abuso.

En Colombia como en la mayoría de países, el consumo de marihuana está ampliamente extendido en todos los grupos poblacionales. Aunque no es posible afirmar de manera categórica que el consumo de esta sustancia haya crecido en los últimos años, nada permite afirmar que se haya estabilizado y menos aún que haya disminuido. Más aún, las cifras sobre abuso y dependencia sugieren que una alta proporción de consumidores de marihuana se encuentran en situación de riesgo o realmente afectados por problemas significativos en su desempeño social u ocupacional.

Es evidente también que el consumo de psicoestimulantes como la cocaína y el éxtasis no constituye un fenómeno aislado o presente sólo en sectores reducidos de la población. Al contrario, en todo el territorio nacional se reporta consumo de tales sustancias, aunque con diferencias notorias entre géneros, grupos étnicos y estratos socioeconómicos.

El consumo de bazuco, heroína e inhalables no se refleja en sus reales dimensiones. Sin embargo, aunque las cifras sean inferiores a las de otros psicoactivos, los usuarios de bazuco (más de 26.000 según el estudio), heroína (más de 3.000) e inhalables (muchos más que los reportados, por ser en su mayoría menores de edad en situación de calle), representan una gran problemática en temas de salud pública, bienestar social, convivencia y seguridad, entre otros aspectos.

Es necesario instaurar una mesa permanente sobre asuntos de drogas en Colombia, con autoridades competentes y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, para marcar una dinámica clara, sobre la intervención real y definir la ruta a seguir para el asunto del consumo de SPA.

Es fundamental dar discusiones y replantear la penalización como medida de hecho que no resuelve nada, que por el contrario esconde un problema que no se le ha dado solución históricamente hablando.

Hay que desarrollar nuevos planteamientos sociales, políticos, jurídicos, ideológicos y académicos en torno a la liberación del consumo, mitigación o reducción del riesgo, despenalización y descriminalización del consumo de SPA.

BIBLIOGRAFÍA

- Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas, 1992. Ver en: <http://odc.dne.gov.co>
- Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas, 1996. Ver en: www.odc.dne.gov.co
- Programa Presidencial RUMBOS. Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años de edad, 2001.
- Ministerio de la Protección Social. Estudio nacional de salud mental en Colombia, 2003.
- Ministerio de la Protección Social - CICAD/OEA. Encuesta nacional sobre consumo de SPA en jóvenes escolares de 12 – 17 años, Colombia 2004.
- Pérez, A. (1994) Sustancias Psicoactivas: Historia del Consumo en Colombia. Bogotá: Tercer Mundo Editores – Universidad de los Andes.

- Asociación de siquiatría Americana DSM- IV- R, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona. Ed. Masson. 1995, ISBN: 84-458-0297-6.
- Robinson G. E. "Women and Psychopharmacology". Medscape General Medicine 4 (1), 2002 capítulo 1.
- Arechederra, J. J; Arias, F. Drogodependencias y Siquiatría: Aspectos clínicos y legales. Madrid. 2000.

PALABRAS CLAVES

SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS, SALUD MENTAL,
INSTITUCIONES, CONSUMO, PATOLOGÍAS.

AUTORES

ALEXANDER DARIO RESTREPO VARGAS

UNIVERSIDAD DE CALDAS

MAESTRÍA CULTURAS Y DROGA

DIRECTOR EJECUTIVO FUNDACIÓN REHABITARTE

LUCAS PASOS ABADÍA

UNIVERSIDAD DE CALDAS

MAESTRÍA CULTURAS Y DROGA

DIVISIÒN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

UNIVERSIDAD PEDAGÒGICA DE BOGOTÀ