

UNIVERSIDAD DE GRANADA

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA SOCIAL

**REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CONSUMO DE
"DROGAS" Y DE LAS INTERVENCIONES RESPECTIVAS
EN UN CONTEXTO LOCAL: LA UNIVERSIDAD DE
ANTIOQUIA EN MEDELLÍN, COLOMBIA**

TESIS DOCTORAL

AUTORA: **SILVIA HENAO HENAO**

DIRECTOR: **JUAN FRANCISCO GAMELLA MORA**

PROGRAMA DE DOCTORADO: ANTROPOLOGÍA Y BIENESTAR SOCIAL

GRANADA, 2010

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Silvia Henao Henao
D.L.: GR 2965-2010
ISBN: 978-84-693-2562-9

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Tomás de Haro Muñoz
D.L.: En trámite
ISBN: En trámite

Agradecimientos

Dar respuesta a problemas sentidos por la sociedad no es tarea fácil, menos aún cuando se trata de buscar un acercamiento a una nueva forma de ver el mundo, como es la investigación cualitativa; sin embargo las calidades humanas y académicas de mi director, me permitieron vislumbrar nuevos horizontes en la forma de comprender la realidad del problema que me propongo presentar.

Expreso mi agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la culminación de este trabajo. Debo especiales reconocimientos a:

Al doctor Alberto Uribe, rector de la Universidad de Antioquia por su participación en la entrevista y por el apoyo financiero para la investigación.

Al programa de Bienestar Universitario por su apoyo económico y por los aportes realizados en la socialización de resultados.

A los grupos naturales (grupos focales) de la universidad y a las personas que en forma desinteresada participaron voluntariamente a la entrevista individual, contribuyendo, con sus experiencias, el principal aporte a la investigación.

A Vilma Restrepo Restrepo, médica y experta en salud pública y en salud mental, por sus aportes en la recepción de algunas entrevistas, en la comparación de códigos y en la revisión del tema de las sustancias psicoactivas.

A mis hijos Liliana, Juan Carlos y a mi nieto Eduardo, quienes siempre están presentes en mis luchas y triunfos, con sus muestras de reconocimiento y afecto.

Al doctor Juan Francisco Gamella Mora, por su espíritu abierto y generoso para entregar sus conocimientos y experiencias que hicieron más grato este proceso.

A Aura Ruiz, médica y Magíster en salud mental, por su valiosa lectura, revisión y aporte al documento.

A Carlos Mauricio González Posada, Magister en salud mental por sus aportes en la lectura del documento.

A Armando Correo Suárez, antropólogo y sociólogo por sus valiosos aportes en la lectura del documento.

A María Cristina Márquez Agudelo, estudiante de la Gerencia de Sistemas de Información en salud por su apoyo en la organización y presentación del documento.

Resumen

La investigación titulada "*Representaciones sociales del consumo de "drogas" y las intervenciones en un contexto local: Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia*", ha permitido realizar un ejercicio antropológico interpretativo orientado por la aplicación de una metodología también pertinente para contextos globales, donde se destaca la participación de los sujetos como constructores de su propia realidad.

A través del ejercicio investigador con diferentes grupos sociales que conforman un contexto local, como lo es la Universidad de Antioquia en Medellín, se identificaron y caracterizaron algunas de las representaciones sociales que subyacen tanto en el consumo de "drogas" como en las intervenciones, orientadas hacia la prevención a implementar en dicho contexto.

El trabajo se concentra en dos grandes objetivos y en dos grandes acciones: el primero, la construcción social de la interpretación que se ofrece en este texto, pues la identificación y caracterización de las representaciones

sociales relacionadas con el consumo de "drogas" y sus intervenciones, es siempre el resultado de un ejercicio polifónico, en el que la investigadora asumió el rol de dialogante con los significantes y mundos de referencia de los y las entrevistadas.

La segunda, la identificación y caracterización de las representaciones sociales que subyacen al consumo de drogas psicoactivas; busca contribuir a la adecuación de las intervenciones orientadas hacia la prevención; en el sentido, que ofrece claves interpretativas para la acción, relacionadas con creencias y prácticas presentes en el consumo y en el tratamiento dado al mismo; así como, también, para la formulación de políticas locales coherentes con el respeto de la autonomía y la convivencia colectiva.

La decisión de realizar este trabajo está relacionada con el entrecruzamiento de dos roles de la investigadora: primero, como docente, he podido observar la cotidianidad con consumidores de "drogas" debido a que el consumo en la universidad se realiza en espacios abiertos por donde transita toda la comunidad, además, muchos jóvenes de ambos sexos ingresan al aula después de haberse drogado. También el rol de investigadora ha generado preocupaciones por las intervenciones orientadas hacia la prevención del consumo en el campus universitario. Segundo, como abogada salubrista me siento llamada a reflexionar, sobre la forma como se puede promover el auto

cuidado y diseñar campañas de no consumo, sin atropellar la libertad y los derechos de las personas.

La investigación se puede resumir de la siguiente manera: el campo de indagación lo constituyen las representaciones sociales sobre el consumo de "drogas" y sobre las intervenciones orientadas hacia la prevención, que subyacen en las decisiones, interpretaciones y prácticas de los consumidores y consumidoras conformando al tiempo grupos identitarios, *Comunidades de Sentido*, que conviven en la Universidad de Antioquia, institución que se constituye en el espacio de contexto del trabajo.

Se construyó un marco de referencia recogiendo los aportes del interaccionismo simbólico, la etnografía interpretativa y el análisis textual; esta construcción conceptual permitió conversar-interactuar-dialogar-interpretar con los participantes de la investigación, el acopio de información se realizó mediante: entrevistas semi-estructuradas y grupos focales.

El resultado del proceso fue un acumulo de testimonios en formatos diversos que fueron codificados, clasificados y analizados aportando un complejo entramado de significados que forman el núcleo de la tesis.

Teniendo presente que el objetivo central fue identificar y caracterizar, de acuerdo con las comunidades de sentido, las representaciones sociales definidas anteriormente, a este conjunto se aplicó, como técnica de análisis, el *Paradigma de Lectura*, propuesto por la hermenéutica culturalista de corte antropológico, describiendo y permitiendo emerger significantes, campos semánticos, estructuras de significación, mundos de referencia y prácticas sociales relacionadas con el consumo de "drogas" y las intervenciones orientadas hacia la prevención. Los ejes transversales de la investigación fueron: las representaciones sociales, las comunidades de sentido, el contexto local y las intervenciones.

La aplicación del paradigma de lectura, permitió hallar y reconocer comunidades de sentido en la Universidad de Antioquia a partir de sus posiciones con relación a las representaciones sociales relacionadas con el consumo de "drogas" y las intervenciones; y también identificar fortalezas, debilidades y debates que se deben considerar y enfrentar para una adecuación mayor de las acciones orientadas hacia el auto cuidado, el fortalecimiento de las condiciones que garanticen la autonomía y la convivencia social.

Las palabras claves de la investigación son:

- Representaciones sociales
- Consumo de "Drogas"
- Intervenciones por consumo de drogas
- Universidad de Antioquia, Colombia

ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	5
1. Introducción.....	21
1.1 Pregunta de Investigación	28
1.2 Objetivos.	31
1.2.1 Generales.....	31
1.2.2 Específicos	32
1.3 Justificación.	32
1.4 Alcances.	36
1.5 Limitaciones.....	37
2. Contexto de la investigación.....	40
2.1 Aspectos generales de Medellín.....	40
2.2 Contexto sociopolítico de la Universidad de Antioquia.....	41
2.3 Naturaleza Jurídica.....	48
2.4 Órganos de Gobierno.....	48
2.5 Funciones Misionales.	49
2.5.1 La Investigación.	50
2.5.2 La docencia.	51
2.5.3 La Extensión.....	52
2.6 Promoción de la Salud en el ámbito universitario.....	54

2.7	Convenios Internacionales.....	57
3.	Marco teórico	59
3.1	La teoría de las representaciones sociales (RS).....	59
3.1.1	Antecedentes históricos.....	59
3.1.2	Modelo de Serge Moscovici.....	68
3.1.2.1	Definición del concepto de representación social.....	68
3.1.2.2	Condiciones de emergencia de una representación social.....	70
3.1.2.3	Dimensiones de la representación social.....	72
3.1.2.4	Dinámica de la Representación social.....	73
3.2	Concepto de “drogas” psicoactivas.....	76
3.3	Situaciones y condiciones de consumo	77
3.4	Tipos de consumo.....	78
3.5	Factores en las transiciones del consumo.....	83
3.6	Contexto del consumo de “drogas”.....	85
3.6.1	Contexto global.....	85
3.6.1.1	Origen del consumo.....	85
3.6.1.2	Contemporaneidad del consumo.....	88
3.6.1.3	Ciclos de consumo	91
3.6.1.4	Tendencia global de consumo de drogas.....	94
3.6.1.5	Consumo de drogas en países suramericanos.....	99
3.6.1.6	Representaciones sociales de las “drogas” en España.....	104
3.6.2	Contexto local	114

3.6.2.1	Tendencias de consumo en Colombia.....	114
3.6.2.2	Evolución del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (1992- 2006).....	119
3.6.2.3	Situación del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2008.....	132
3.6.2.4	Consumo en Medellín.....	149
3.6.2.5	Representaciones sociales en Medellín.....	150
3.6.2.6	Consumo de drogas en el ámbito universitario de Medellín.	155
3.6.2.7	Consumo en la Universidad de Antioquia.....	157
3.7	Tendencia de Producción de “drogas”	160
3.7.1	Contexto global.....	160
3.7.2	Contexto Local	167
3.7.2.1	El Narcotráfico en Colombia.....	167
3.7.2.2	Política antidroga.....	173
3.8	Tendencias de las Intervenciones	188
3.8.1	Concepto.....	188
3.8.2	Modelos de intervención global.....	189
3.8.3	Tipos de modelos de intervención	190
3.8.3.1	Modelo penal o jurídico represivo	190
3.8.3.2	Modelo de reducción de riesgos	192
3.8.3.3	Modelo Biomédico	198
3.8.3.4	La Mirada de la Salud Pública	201
3.8.3.5	Modelo Biopsicosocial	202

3.8.3.6 Modelo de competencia social.....	203
3.8.3.7 Modelo ecológico.....	204
3.8.3.8 Modelo comunitario.....	205
3.8.4 Estrategias de Prevención.....	206
3.8.4.1 Contexto global.....	206
3.8.4.2 Contexto local.....	208
3.9 Marco Normativo.....	225
3.9.1 Contexto global.....	226
3.9.1.1 Convenciones de Naciones Unidas.....	228
3.9.1.2 Política Legislativa en la Unión Europea.....	232
3.9.2 Contexto local.....	237
3.9.2.1 Legislación Colombiana.....	237
3.9.2.2 Jurisprudencia Corte Constitucional Colombiana.....	242
4. Metodología.....	256
4.1 Enfoque metodológico.....	256
4.1.1 Etnografía interpretativa.....	257
4.1.2 Análisis Textual.....	258
4.2 Población.....	259
4.3 Comunidades de Sentido.....	260
4.4 Técnicas, procedimiento e instrumentos de recolección de la información.....	261
4.5 Referencias bibliográficas.....	274

4.6	Aspectos éticos	274
4.7	Perfil de la investigadora.....	275
5.	<i>Hallazgos</i>	277
5.1	Concepto de las Drogas.	277
5.1.1	Significantes.....	278
5.1.2	Representaciones sociales del consumo de drogas.....	297
5.2	Intervenciones.....	309
5.2.1	Significantes.....	309
5.2.2	Representaciones sociales de las intervenciones.	318
5.2.3	Propuestas de Intervención.	325
6.	<i>Discusión.</i>	341
6.1	EL TÉRMINO "DROGAS" COMO SIGNIFICANTE	341
6.2	Representaciones sociales de las drogas.....	352
6.3	Mundos de referencia de las drogas	355
6.4	El termino intervención como significativo.....	357
6.5	Estructuras de significación de la intervención.....	358
6.6	Representación social de la intervención.....	363
6.7	Mundos de referencia de las intervenciones.	366
6.8	Propuestas de intervención	368
7.	<i>Conclusiones</i>	375
8.	<i>Recomendaciones.</i>	384
	<i>Anexos</i>	387

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1.	
Revistas clasificadas en Publiindex. Universidad de Antioquia, 2008	51
Tabla 2	
Programas de posgrado y número de estudiantes matriculados. Universidad de Antioquia, 2009	52
Tabla 3.	
Representación social de las consecuencias atribuidas al consumo de drogas en España, 2000	108
Tabla 4.	
Edad promedio de inicio del consumo de SPA en jóvenes y proporción de inicio antes de los años por sustancia. Colombia, 2001	121
Tabla 5.	
Proporción de trastornos por uso de cualquier sustancia psicoactiva en Colombia, por sexo. 2003	130
Tabla 6.	
Prevalencia de consumo de psicoactivos en Colombia, por sustancia y departamento. 2004	131
Tabla 7.	
Prevalencia de consumo por sustancia por sexo. Colombia, 2008	135

Tabla 8.

Edad promedio de inicio de consumo por sustancia por sexo. Colombia, 2008

136

Tabla 9.

Consumo reciente (prevalencia último año) de cualquier sustancias ilícita según dominio departamental. Colombia, 2008

138

Tabla 10.

Consumo reciente (prevalencia último año) de cualquier sustancia ilícita según estrato socioeconómico. Colombia, 2008

139

Tabla 11.

Percepción de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas (porcentajes). Colombia, 2008

143

Tabla 12.

Porcentaje de personas que perciben que es fácil conseguir marihuana y porcentaje de personas que han recibido oferta de marihuana según dominio departamental. Colombia, 2008

145

Tabla 13.

Porcentaje de personas que han recibido oferta de cocaína, según dominio departamental. Colombia, 2008

146

Tabla 14.

Bebida de Inicio. Colombia, 2008

148

Tabla 15.

Frecuencia de consumo. Colombia, 2008

149

Tabla 16.	
Categorías de representaciones sobre el consumidor. Medellín, 1999 – 2000	152
Tabla 17.	
Categorías de representaciones sobre el consumo. Medellín, 1999 – 2000	152
Tabla 18.	
Distribución porcentual de la prevalencia anual de consumo en estudiantes universitarios en Medellín, entre los años 1999 a 2004	156
Tabla 19.	
Etapas para la Evaluación de la Prevención	208
Tabla 20.	
Número de entrevistas individuales realizadas	264
Tabla 21.	
Grupos Focales	266
Tabla 22.	
Categorías de análisis	270
Tabla 23.	
Conceptos de las categorías y subcategorías de Análisis	273

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1.	
Medellín Panorámica	40
Figura 2.	
Plazoleta Universidad de Antioquia	41
Figura 3.	
Panorama de la ciudad universitaria	47
Figura 4.	
Sede de Investigación Universitaria (SIU)	49
Figura 5.	
Uso indebido de drogas a nivel mundial	96
Figura 6.	
Producción de opio en los principales países de cultivo (toneladas métricas), 1994 – 2008	162
Figura 7.	
Producción de cocaína en el mundo (toneladas métricas), 1994 – 2008	163
Figura 8.	
Incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico a nivel mundial, 1990 – 2007	167

Figura 9.

El plan Colombia **174**

Figura 10.

Dimensiones de análisis **271**

Figura 11.

Elementos del concepto drogas **276**

Figura 12.

Representaciones Sociales Sobre Drogas **308**

Figura 13.

Representaciones Sociales sobre Intervenciones **324**

Lista de anexos

	Pág.
Anexo 1.	
Aviso para convocar participantes para la investigación.	387
Anexo 2	
Invitación para la participación en la investigación	388

1. Introducción

El presente estudio pretende conocer las representaciones sociales del consumo de drogas y de las intervenciones para enmendarlo o remediarlo que se generan en un contexto local, más específicamente, universitario. Este enfoque ha sido poco utilizado en Latinoamérica. En este ámbito las investigaciones sobre consumos de sustancias psicoactivas, han estado dominadas por dos preocupaciones centrales: las morales y económicas que se entrecruzan delimitando el campo de lo adecuado, y en consecuencia desde ahí se juzgan las decisiones y acciones de los individuos como correctas o incorrectas.

Este tipo de acercamiento contribuye a definir un espacio donde se “desarrolla normalmente el sujeto”, el cual equivale a menudo a un prejuicio moral sobre las preferencias de grupos dominantes y sus concepciones de vida, que se erigen en representaciones sociales sobre el consumo de sustancias psicoactivas, ya sea como problema o como fenómeno social; a una y otra subyace siempre una matriz de significación según la cual, este consumo es el resultado de una situación vivida por el consumidor, quien por esta acción se aleja del “desarrollo normal” prescrito socialmente.

Es importante aclarar que existe una tendencia entre los agentes relacionados con la prevención y la atención, que entienden cualquier consumo de sustancias psicoactivas como abuso y desviación social provocado por una situación traumática vivida por el consumidor/a; por ello califican al consumo como fenómeno y/o problemática social.

El segundo aspecto, es la intervención que opera como una suerte de reinstalación del consumidor en el espacio definido por la vigencia de los prejuicios y la estrecha o sectaria definición de la normalidad. Es decir, la prevención opera a partir de conceptos culturales previos arraigados en el sentido común y que no siempre tienen resonancia con posturas defensoras de la autonomía. Esto significa que en la mayoría de acciones orientadas hacia la prevención persiste la idea de que el consumo es una enfermedad, una desviación social, en la que el sujeto que consume siempre está enfermo y alienado. En este sentido, para las personas que aprueban esta concepción, les es difícil entender que el consumo de sustancias psicoactivas pueda ser una decisión del individuo, amparado en un Estado Social de Derechos.

El acercamiento que ha predominado en el contexto donde se desarrolla la investigación es una actualización de la representación social según la cual el consumo de drogas es una “patología individual y social”

producto de la conjugación de condiciones psicológicas y sociales. Este enfoque ha contribuido a legitimar normatividades que para algunos estudiosos de los derechos humanos limitan el libre desarrollo de la personalidad, y no permitir considerar el consumo como un acto autónomo de un "sujeto sano".

El hábito de "drogarse", o sea, de alterar el estado de ánimo o la conciencia usando sustancias primariamente psicoactivas, es un universal antropológico. La historia documenta que todas las culturas han buscado y encontrado algún mediador químico para alterar la conciencia; pero cada grupo define lo que es "droga", las admitidas y rechazadas. En occidente influenciado por Estados Unidos, subyace una representación social de la droga y su consumo como obstáculo para el desarrollo normal del sujeto, creándose un campo de referencia según el cual se establece jerarquías: drogas duras y blandas; las primeras son altamente adictivas e implican que el sujeto consuma más en menos tiempo, y en consecuencia que disminuya su participación activa en la producción económica¹.

Las dinámicas contemporáneas, donde se entrecruzan globalización, tecnificación y nuevas tecnologías de la información y la comunicación, promueven patrones de consumo no sólo arraigados a ese universal

¹Franey, C. Theories of drug and alcohol misuse and intervention, introduction. London: Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London, 1998.

antropológico de buscar, conscientemente o no, la alteración de la conciencia; ahora también están vinculados al consumo; consumo que de acuerdo con el *Diccionario de la Real Academia Española* significa: Acción y efecto de consumir (comestibles y otros géneros de vida efímera). Acción y efecto de consumir (gastar energía). Dicho de la sociedad o de la civilización: basada en un sistema tendente a estimular la producción y uso de bienes no estrictamente necesarios.

De acuerdo con esta definición, los significantes *efímero*, *gastar* e *innecesario*, describen el campo de referencia del consumir como acción innecesaria, no duradera que acaba lo existente. En la misma fuente como sinónimos de *consumo*, entre otros están: gasto, dispendio, dilapidación, derroche, extingo, debilito, destruyo, aniquilo, devoro y carcomo.

También en la contemporaneidad, los sujetos no sólo usan drogas, en el sentido tradicional para alterar la conciencia; ahora la sociedad pone sobre ellos un juicio moral: "los drogadictos son enfermos, la drogadicción es innecesaria, la experiencia que provoca es efímera y acaba con su vida", este juicio se solapa, camufla y esconde en la palabra consumo. En síntesis, en la sociedad marcada por la sobreproducción de bienes y servicios, el concepto de consumo desplaza al de uso.

Por mucho tiempo se concibió, de manera equivocada, que la condición lícita o ilícita de estas sustancias guardaba relación directa con su potencial nocivo o adictivo. Hoy se reconoce que la condición legal o ilegal es más una argucia política, cultural y social y no guarda relación alguna ni se compadece con el impacto que su uso ejerce en la sociedad y en la salud pública; pues si así fuere, sustancias como el tabaco o el alcohol, deben estar completamente prohibidas. Esto por supuesto, es uno de los más grandes desafíos si se tiene en cuenta el fuerte arraigo cultural a este tipo de sustancias legales y las representaciones sociales vigentes frente a su uso².

Pero no todo consumo se considera problemático como queda evidenciado en la Clasificación Internacional de Enfermedades DSM-IV que clasifica estos trastornos como desordenes relacionados con el uso de sustancias alucinógenas: en Dependencia a sustancias alucinógenas y abuso de sustancias y desordenes inducidos por sustancias: Intoxicación por sustancias, Abstinencia y otros específicos de cada sustancia³.

Algunos enfoques plantean que los seres humanos, especialmente los jóvenes, encuentran en el consumo de drogas un medio para convivir con

² Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: El Ministerio; 2007. p. 13

³Pichot, P. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. DSM IV. España: Masso, 1995. p.16.

situaciones como la falta de oportunidades, exclusión, desesperanza, apatía, desempleo y violencia. Sin embargo, otros estudiosos han dudado de la supremacía del binomio “problemáticas sociales/consumo de drogas”, presentando como argumento los altos índices de consumo de sujetos que no viven las situaciones señaladas⁴.

Las respuestas construidas en el desarrollo de este estudio, aportan elementos importantes a la comprensión sobre las drogas y su consumo, pues con ellas se ofrece una aproximación polifónica que recupera las voces de las comunidades de sentido involucradas; es un ejercicio de construcción social del conocimiento compartido, común y en consecuencia es participativo; por lo tanto, este carácter lo legitima como fuente de consulta para la formulación de intervenciones orientadas hacia la prevención.

El estudio considera dos ejes-guías conceptuales y metodológicos: el primero, el modelo de *Representaciones Sociales*, presentada por Moscovici en 1979, que incluye los aportes de Jodelet y Palomari entendida y que enfatiza la importancia de las representaciones sociales como conjunto sistemático de valores, nociones y creencias que permiten a los sujetos comunicarse y actuar, y de esta manera orientarse en el contexto social

⁴Pérez Jaramillo E, Vásquez R. C. Función del consumo de sustancias Psicoactivas en la estructuración psíquica del adolescente. Barranquilla, 2000. Trabajo de grado (Especialización en psicología clínica). Universidad del Norte.

donde viven, racionalizar sus acciones, explicar eventos relevantes y defender su identidad.

Aun considerando que las representaciones sociales son el substrato de las prácticas compartidas por un grupo de personas, es importante señalar su carácter histórico y dinámico; así como también la relación que tienen con el sentido común; en tanto porque en el sentido común se condensan principios inmediatos ordenadores del mundo, obtenidos por medio de la experiencia y no mediante reflexiones sobre ella. El sentido común se caracteriza por presentar a los objetos, sucesos y actitudes como naturales, inobjetables y normales⁵. Supone por tanto, un marco de referencia central para los sujetos que actúan socialmente y, a menudo, también un territorio para esa acción fuera de cuyos límites no se actúa legítimamente.

El segundo eje-guía, es el énfasis en enfocar la investigación desde un contexto local, en este caso la Universidad de Antioquia, como escenario en el que se desarrollan, se fortalecen o debilitan y conviven diversas comunidades de sentido, que protagonizan acciones a las que subyacen representaciones sociales sobre el consumo de drogas y sus intervenciones.

⁵ Augoustinos M, Walter I. Social Cognition. An Integred Introduction. London: Sage Publications; 1995.

Este escenario local, que se ha descrito a sí mismo como “espacio para la libertad”, ha sido intervenido por múltiples agentes quienes han implementado campañas, estrategias y acciones orientadas hacia la prevención e incluso hacia la represión del consumo de drogas, generándose así una oposición. Por un lado, la representación social de la universidad para la formación profesional, y por el otro, como posibilidad para el libre desarrollo de la personalidad. Con relación al consumo de drogas, ambas representaciones constituyen una tensión, que teniendo en cuenta, características propias de cada contexto, al ser analizada resulta útil para comprender escenarios más amplios.

Con el fin contribuir a formar un horizonte de comprensión de la investigación realizada, seguidamente se plantea: la pregunta guía, los objetivos propuestos, la justificación, la importancia, los alcances y sus limitaciones del estudio.

1.1 Pregunta de Investigación

¿El consumo de drogas cumple un rol como dispositivo simbólico, es decir sostiene y hace vigente representaciones sociales a partir de las cuales se crean mundos de referencia: prácticas compartidas –comunidades de sentido- e intervenciones –campañas de prevención? Esta pregunta resulta del entramado de varias consideraciones:

- El acento se pone en el consumo de drogas, una conducta casi nunca neutra moral o políticamente, por lo que generalmente incorpora un juicio moral, social e histórico.
- Se pone el énfasis en el primer elemento: los dispositivos simbólicos, es decir, condiciones antropológicas, que permiten la creación de representaciones sociales.
- Se afirma un segundo supuesto: que los dispositivos simbólicos son vigentes porque están en la base de los mundos de referencia.

La primera parte de la pregunta se concreta en: ¿el consumo de drogas es también un imaginario que encaja en el orden de lo colectivo, es decir sostiene y hace vigente representaciones sociales a partir de las cuales se crean mundos de referencia? obviamente, el consumo de drogas incluye elementos simbólicos.

La segunda parte de la pregunta se resume en: ¿las prácticas compartidas y dotadas de significación por las respectivas “comunidades de sentido” y las intervenciones –campañas de prevención- también obedecen a representaciones sociales?

De la anterior pregunta se desprende otra: ¿Cómo se articulan las representaciones sociales relacionadas con el consumo de drogas, con las representaciones sociales que subyacen a las intervenciones?

Ambas preguntas llevan a constituir el marco temático de la investigación que se desarrolla en el presente documento y se formulan en un contexto caracterizado por el consumo de drogas, donde se ha diagnosticado su impacto nocivo para la salud física, mental y social de la población.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud, lo ha identificado como un problema de salud pública vinculado con las altas tasas de depresión y mortalidad⁶.

En Colombia, además, el consumo de drogas por la población local se encuentra inevitablemente teñido en sus elementos centrales, físicos, simbólicos y políticos, por el papel del país en la producción y distribución de drogas psicoactivas ilegales. Ambos procesos se interrelacionan, pero de forma compleja y menos directa de lo que generalmente se plantea. En esta investigación prestaremos atención sobre todo a la primera parte de la ecuación: el consumo interno, local, así como las intervenciones relativas a

⁶Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2002.

ese consumo. Esto es lo contrario de lo que viene haciéndose en la mayoría de los estudios sobre drogas y Colombia.

1.2 Objetivos.

1.2.1 Generales

Identificar y caracterizar las representaciones sociales sobre el consumo de drogas y las que subyacen a las intervenciones en un contexto local, Universidad de Antioquia de Medellín, a través de la recuperación de las voces de las comunidades de sentido coexistentes en este escenario.

Aportar a la adecuación de la política de intervención universitaria orientada hacia la prevención, ofreciendo claves interpretativas para la acción, relacionadas con creencias y prácticas presentes en el consumo de drogas y sus intervenciones.

1.2.2 Específicos

- Reconocer comunidades de sentido de un contexto específico tomando como unidad de análisis las representaciones sociales sobre el consumo de drogas y los mundos de referencia que se construyen en torno a ellas.
- Revelar las continuidades y discontinuidades de las diversas comunidades de sentido y sus respectivas representaciones sociales sobre el consumo de drogas y los mundos de referencia que se construyen en torno a ellas en un contexto específico.
- Ofrecer una interpretación de un contexto local que contribuya a comprender escenarios más globales, como un aporte científico al bienestar social.

1.3 Justificación.

Es importante identificar y caracterizar las representaciones sociales sobre el consumo de drogas y las que subyacen a las intervenciones en un contexto local, porque en este espacio concurren personas, especialmente jóvenes, provenientes de diferentes barrios, comunidades y regiones del

país, portadores de diferencias económicas, sociales, ideológicas y culturales, quienes interactúan de manera similar a la forma como se tejen las tramas urbanas. En este sentido, el estudio es un aporte para comprender la situación de los jóvenes en la ciudad y la forma como participan en ella, haciendo del consumo de drogas un espacio de análisis, a través de la recuperación de las voces de las comunidades de sentido que coexisten en este escenario.

Además, contribuye a identificar y comprender las representaciones sociales de un contexto específico, para implementar y formular prácticas y políticas coherentes con las comunidades de sentido que lo conforman, sin desconocer que ellas son también el resultado de interacciones más generales. Es decir, a retomar los estudios locales como punto de partida de las acciones globales, enmarcadas en la obligación que tienen las instituciones universitarias públicas y privadas, de incluir en sus programas el servicio gratuito de consultorios clínicos para la atención de fármaco-dependientes⁷.

En 2001 la Rectoría de La Universidad de Antioquia emitió la circular No. 034 del 12 de marzo, estableciendo la prohibición de vender y consumir bebidas alcohólicas y drogas psicoactivas en las instalaciones universitarias e

⁷ Colombia. Congreso de la República. Estatuto de estupefacientes. Ley 30 de 1986. Reglamentada por el Decreto Nacional 3788 de 1986. Bogotá: El Congreso; 1986.

instruyendo a las diferentes autoridades administrativas, la forma de hacer cumplir esta disposición. Este acto administrativo se constituye en antecedente para la conformación del Comité de Prevención de Fármaco dependencia, con el objetivo de trazar y realizar un plan de acción que incluye la promoción de la salud, la prevención de factores de riesgo y la atención a los consumidores de drogas de la universidad.

Este comité depende del Sistema de Bienestar Universitario, sus integrantes concluyen que es necesario profundizar el conocimiento sobre las condiciones psicosociales presentes en el consumo de drogas, como aporte a los datos obtenidos en las investigaciones realizadas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Consumo de Sustancias Psicoactivas (VESPA). Es precisamente en este escenario, donde se hace necesario una investigación sobre representaciones sociales de diferentes comunidades de sentido existentes en la universidad, en atención además, a la demanda de información señalada por el mencionado Comité.

Durante 1997-2003, se implementó en diferentes Centros de Educación Superior del Departamento de Antioquia, incluida La Universidad de Antioquia, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de

Sustancias Psicoactivas⁸. Los datos se recogen bajo el modelo de la salud pública y en consecuencia, la subjetividad, prácticas, creencias, condiciones y oportunidades, no tiene gran relevancia. Por lo tanto, la presente investigación, con el enfoque socio antropológico coloca en el primer horizonte de comprensión estos aspectos, destacando el carácter psicosocial presente en el consumo de drogas y la contribución con la prevención a partir de un acercamiento interdisciplinario.

Esta investigación pretende convertirse en un aporte científico al aplicar métodos como la etnografía y el análisis textual a datos que han sido contruidos y analizados, en gran parte, desde un enfoque médico occidental resguardado en el binomio salud-enfermedad.

Este propósito de revelar continuidades y discontinuidades entre las diversas comunidades de sentido y sus respectivas representaciones sociales sobre el consumo de drogas, puede contribuir al diseño e implementación de acciones preventivas más efectivas, así como a la comprensión de la forma como se construyen procesos históricos que desbordan las fronteras sociales y simbólicas que se forjan en la pugna entre lo local y lo global.

⁸Sistema de Vigilancia Epidemiológico sobre consumo de psicoactivos (Vespa Universitario). Medellín: Red UNIR, FUNLAM, Secretaría de Salud, Alcaldía de Medellín; 1998-1999.

Este proyecto también se justifica porque contribuye al fortalecimiento de la Universidad como espacio de búsqueda, desarrollo y difusión del conocimiento, dando cumplimiento a principios como la responsabilidad social, autonomía, universalidad, libertad de pensamiento, convivencia, excelencia académica, interdisciplinariedad, participación, entre otros, establecidos en el Estatuto General⁹, y con la formación integral a través de programas orientados a mejorar condiciones de vida que articulen lo académico, laboral y personal.

1.4 Alcances.

Los alcances están relacionados con la aplicación de métodos de las ciencias sociales, específicamente la etnografía interpretativa y el análisis textual, que permiten recuperar las voces de los integrantes de las comunidades de sentido, tratándolos como protagonistas de la investigación y en este sentido, como fuentes de consulta para la formulación y reorientación de estrategias y políticas de prevención.

En términos generales los alcances de esta investigación son los siguientes: 1. La priorización de las gramáticas empleadas por las personas investigadas; recuperarlas y valorarlas como expresiones de la interacción

⁹ Universidad de Antioquia. Estatuto General. Acuerdo Superior 1 de 1994. Medellín: Universidad de Antioquia; 1994.

social en un contexto específico. 2. La legitimidad y veracidad de la investigación está dada por el reconocimiento de las comunidades de sentido descritas en sus relatos. 3. La acción pedagógica para los participantes, desarrollada en el proceso investigativo; en el sentido, que se construyó colectivamente la interpretación, promoviendo la conciencia crítica sobre situaciones, agentes, acciones y consecuencias. 4. La divulgación de las interpretaciones y conocimientos basados en la experiencia y el intercambio de saberes científicos, subjetivos y empíricos. 5. La reconstrucción de procesos, acciones, agentes y lógicas. 5. Se justifica científicamente a partir de la teoría de la comunicación, los aportes de la semántica y la semiótica. El lenguaje es el objeto principal de la interpretación, que lleva consigo elementos valorativos que orientan la labor hermenéutica.

1.5 Limitaciones.

A pesar del apoyo y la participación de los estamentos universitarios, en la investigación, la vigencia de relaciones jerárquicas y la estigmatización que pesa sobre los consumidores y quienes aprueban el consumo, fueron factores limitantes en la ampliación de la muestra de participantes.

Como docente, quien realiza investigación hace parte de la cotidianidad de La Universidad, lo que permite tener un conocimiento de los

territorios y comunidades de sentido que allí convergen. Este conocimiento permite afirmar que se presenta consumo de drogas, especialmente marihuana, tabaco y alcohol, y que parte de la población sabe dónde se puede comprar y consumir. Sin embargo, este mismo rol también opera como obstáculo para acceder a algunos grupos que manifiestan recelo de participar, amparados en el binomio autoridad-poder, y de ser señalados y sufrir alguna consecuencia negativa (incluso ser expulsados de la universidad) por supuestamente evidenciar su consumo de psicoactivos en el interior de la universidad.

Este obstáculo se presentó especialmente en el momento de construir los grupos focales para desarrollar las entrevistas; a pesar de utilizar diversas estrategias de convocatoria explicitando el carácter investigativo y confidencial, no se logran constituir grupos representativos de toda la diversidad universitaria, como es el caso de las lesbianas, quienes no acudieron a ninguna sesión.

En este sentido no se identifican y caracterizan las representaciones sociales de todas las comunidades de sentido que confluyen en la universidad. El estudio ofrece información recolectada entre quienes voluntariamente accedieron a participar en la investigación. Es clara, por tanto, la necesidad de generar en el futuro otros mecanismos que permitan una mayor cobertura y

en consecuencia se construyan referentes más amplios y ajustados a la realidad universitaria; es decir, generar espacios que hagan posible que las diferentes comunidades de sentido debatan el tema abiertamente, así como desarrollar un trabajo etnográfico a largo plazo que nos permita establecer confianza y acceso con los grupos a los que aún no hemos llegado.

2. Contexto de la investigación

A continuación se presenta el contexto donde se desarrolla la presente investigación, es decir la Universidad de Antioquia, ubicada en la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, Colombia.

2.1 Aspectos generales de Medellín

Figura 1. Panorámica de la ciudad de Medellín.



Fuente: www.atlasdeladiversidad.net

Medellín es la ciudad capital del departamento de Antioquia, con una extensión de 380,64 Kms², de los cuales 105,02 Kms² están en el área urbana y 270,42 kms² en el área rural; con una temperatura promedio de 24 grados C y una población estimada en 2.249.073 habitantes de los cuales 1.197.102 son mujeres y 1.051.102 hombres. Está situada a 1.479 metros sobre el nivel del mar. Con una distribución política administrativa, así: 16 comunas (zona urbana), con 249 barrios y 5 corregimientos (zona rural).

2.2 Contexto sociopolítico de la Universidad de Antioquia.

Figura 2. Plazoleta Universidad de Antioquia



Aunque la fundación de la universidad data del año 1.878, el funcionamiento de la Universidad de Antioquia en su nueva sede, *Ciudad Universitaria*, coincide con los inicios de la contracultura y el del movimiento hippie en 1968; según el profesor Cardona, y ratificado por el profesor Botero, durante esta época se extendieron por esta universidad iniciativas sociales rechazando la guerra de Vietnam, promoviendo la paz, amor y libertad. En este contexto la juventud colombiana consumió drogas psicoactivas principalmente marihuana y en menos cantidad LSD; estudiantes, profesores y empleados de la Universidad también consumieron en este período, por lo que nos ha revelado nuestro trabajo de etnografía y etnohistoria. Apreciamos un fenómeno poco conocido y relevante, los procesos de modernización cultural de la sociedad colombiana no difieren tanto en lo que respecta a la difusión de innovaciones en el consumo de drogas como cabría pensarse del papel que este país ha sido forzado a tener en la distribución internacional del trabajo sucio o ilegal. Vemos que el consumo de drogas ha seguido en las élites y clases medias procesos parecidos a los de tantos otros países occidentales, por ejemplo España, con una primera fase de mimesis de los movimientos contraculturales norteamericanos y europeos y un consumo experimental de ciertas sustancias psicoactivas que pudo haber dado una nueva legitimidad a consumos antes minoritarios e incluso marginales o despreciados.

Incluso otros elementos de este período de transformación en los consumos y las representaciones de las drogas también tienen paralelos en Europa. Recordemos que en esta misma época, en Colombia se consolidan grupos guerrilleros de orientación de izquierda. Hasta entonces Las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) tuvo una ideología liberal; el Ejército Popular de Liberación (EPL) estuvo influenciado por China; y el Ejército de Liberación Nacional (ELN) contó con apoyo Cubano. En 1968 apareció el Movimiento Obrero Independiente Revolucionario (MOIR) con pensamiento Maoísta y el objetivo de defender los empleados.

También surgió de un segmento de las FARC unido a un sector del partido conservador el Movimiento del 19 de abril (M19) como consecuencia del fraude electoral de las elecciones presidenciales de 1972, su consigna fue la construcción de la democracia y la participación de los sectores populares en las grandes e importantes decisiones del país.

A partir de 1968 los militantes de estos grupos se establecieron en la Universidad, apoyándose en los movimientos sociales, literarios y artísticos nacionales e internacionales. Algunos estudiantes y profesores simpatizaron con estos movimientos, situación que se presentó especialmente hasta 1976. Este ambiente de debate político e interacción con movimiento

sociales incidió en el aumento de consumo de psicoactivos en la Universidad, tendencia que se mantuvo hasta la década de los 80.

También el consumo dentro de la Universidad fue posible porque las fuerzas del Estado, aunque perseguían a líderes estudiantiles y militantes participantes en protestas, pocas veces entró a predios universitarios; ni siquiera durante el gobierno del Presidente Julio César Turbay Ayala 1978-1982, con el Estatuto de Seguridad, que permitió la persecución de líderes y militantes de izquierda, muchos fueron detenidos, torturados y encarcelados; sin embargo el territorio universitario representó un cierto espacio de seguridad.

En Colombia durante los 80 se recrudeció la violencia política, especialmente a partir de 1985 con la toma del Palacio de Justicia por el movimiento 19 de Abril (M19), y la estigmatización y persecución que sufrieron los integrantes de La Unión Patriótica, partido de izquierda cuyos miembros fueron víctimas de un genocidio, muchos de ellos pertenecientes a universidades públicas, en especial a la Universidad de Antioquia.

Las muertes de estudiantes y profesores militantes empezaron en 1986; ocurrieron fuera de los predios universitarios, fueron víctimas de la persecución nacional e internacional que padecieron los líderes de izquierda

y sindicalistas, considerados agentes de desestabilización de los gobiernos de turno. Aquí seguramente, se produce una clara divergencia con lo ocurrido en Europa occidental y se aprecian elementos de la economía política y la sociedad latinoamericana que derivan de diferencias en el sistema mundial, la historia reciente y la diversa consolidación de la democracia.

También por los años 80s se iniciaron los procesos de negociación con los grupos insurgentes, específicamente con el M19 y el EPL; esta política tuvo gran influencia en la universidad puesto que a medida que se rompían las negociaciones, se reactivan las movilizaciones en su interior, agitando el contexto universitario.

En medio de los procesos de negociación, se fortalecieron grupos relacionados con el narcotráfico y el paramilitarismo con gran presencia en las universidades públicas; en especial en la Universidad de Antioquia. En un principio la estrategia fue atemorizar por medio de amenazas a los militantes de izquierda, su accionar desembocó en la desaparición física y muerte de estudiantes, profesores y empleados, en general de defensores de derechos humanos; en la actualidad se investiga, por vía judicial, el apoyo y la financiación del Estado y la clase empresarial a estos grupos delincuenciales.

En los años 90 se dieron los primeros asesinatos de estudiantes y profesores en los predios de la universidad de Antioquia. Los muertos siempre fueron acusados de ser colaboradores e ideólogos de grupos de izquierda. Desde entonces, todas las administraciones, han reiterado el llamado público hacia la erradicación de todo tipo de violencia en la Universidad, insistiendo en no hacer de ella un campo de batalla, a dirimir las diferencias por la vía del diálogo.

Los movimientos estudiantiles fueron fuertes hasta 1985, cuando la represión militar y las reformas académicas implementadas por las directivas universitarias modificaron y suprimieron normas que garantizaban sus derechos. A partir de esa fecha estos movimientos se han caracterizado por un retroceso sociológico, al punto de diluirse en una actitud apática de no querer participar directamente en los organismos decisorios de la Universidad. Esta situación se agravó, aún más, por el asesinato de líderes estudiantiles.

En la Universidad confluyen las fuerzas armadas del país, incluso grupos de delincuencia común que roban y establecen espacios para vender drogas de consumo ilícito, entre otros delitos. Es un contexto de permanente riesgo, donde se reprime la libre expresión por la intimidación de paramilitares intolerantes, por la presencia de agentes de organismos

secretos del Estado y de integrantes de los distintos movimientos subversivos. Estas circunstancias hacen que con relación a los años 70s y 80s la venta y el consumo sean restringidos; también ha incidido en esta situación, la expedición de normativas nacionales y universitarias prohibitivas de consumo y venta de sustancias psicoactivas en los predios universitarios. Todos estos devenires, tan duros y trágicos, hacen mucho más difícil enfocar el tema del consumo de drogas como una conducta diversa y en gran sentido, normalizada en las sociedades contemporáneas, por mucho que sus riesgos y daños sean evidentes.

Figura 3. Panorama de la ciudad universitaria



Fuente: Pagina Web de la Universidad de Antioquia.

2.3 Naturaleza Jurídica

La Universidad de Antioquia es una institución estatal del orden departamental, que desarrolla el servicio público de Educación Superior, organizada como un ente Universitario Autónomo con régimen especial, vinculado al Ministerio de Educación Nacional en lo que concierne a la elaboración de políticas públicas y la planificación del sector educativo y al Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología.

Goza de entidad como persona jurídica, autonomía académica, administrativa, financiera y presupuestaria, y cuenta con gobierno, rentas y patrimonio propios e independientes; se rige por la Constitución Política, la Ley 30 de 1992, y las demás disposiciones que le sean aplicables de acuerdo con su régimen especial, y las normas internas dictadas en ejercicio de su autonomía.

2.4 Órganos de Gobierno.

El Consejo Superior Universitario, el Consejo Académico, la Rectoría, los Decanos y Vicedecanos, los Consejos de Facultad, los Directores de Instituto y de Escuela, los Jefes de Departamento Académico y de Centro, y los

demás Consejos, Comités y autoridades que establecen los estatutos y los reglamentos de la Institución, ejercen el gobierno de la Universidad.

2.5 Funciones Misionales.

En razón de su carácter transformador, la Universidad de Antioquia influye en todos los sectores sociales mediante actividades de investigación, de docencia y de extensión. La investigación y la docencia constituyen los ejes de la vida académica de la Universidad y ambas se articulan con la extensión para lograr objetivos institucionales de carácter académico o social.

Figura 4. Sede de Investigación Universitaria (SIU)



Fotografía: María del Rosario Jiménez, 2009

2.5.1 La Investigación.

La investigación, fuente del saber, generadora y soporte del ejercicio docente, es parte del currículo. Tiene como finalidad la generación y comprobación de conocimientos, orientados al desarrollo de la ciencia, del saber y de la técnica, la producción y adaptación de tecnología, para la búsqueda de soluciones a los problemas de la región y del país.

A partir del año 2009 Colciencias reconoce 193 grupos de investigación, clasificados en: 30 grupos en la categoría A1, 23 en la categoría A, 49 en categoría B, 39 en C y 52 en D. Los grupos denominados de Excelencia y consolidados suman 53, con un índice Scienticol superior a 7.0 y una antigüedad superior a 5 años¹⁰.

¹⁰Universidad de Antioquia. Sede de Investigación universitaria. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.

Publicación de Revistas

Según el Balance Social de 2008¹¹ del Vicerrectorado de Investigación, la evolución de las revistas clasificadas en Publindex, y activas a fecha de hoy son:

Tabla 1. Revistas clasificadas en Publindex. Universidad de Antioquia, 2008

Fuente:
de

Revistas Universidad de Antioquia	2008
A1	1
A2	6
B	4
C	9
Total	20

Universidad
Antioquia-

Vicerrectorado de Investigación. Balance Social, 2008. p3

2.5.2 La docencia

La docencia, fundamentada en la investigación, permite formar a los estudiantes en los campos disciplinarios y profesionales de su elección, mediante el desarrollo de programas curriculares y el uso de métodos pedagógicos que faciliten el logro de los fines éticos y académicos de la Universidad. Por su carácter difusivo y formativo la docencia tiene una

¹¹Universidad de Antioquia. Balance Social 2008. p. 3.

función social que determina para el profesor, responsabilidades científicas y morales frente a los estudiantes, a la institución y a la sociedad.

La universidad cuenta con 33.782 estudiantes de pregrado ubicados en ochenta y ocho (88) programas; y 2.010 estudiantes de postgrado en ciento sesenta y cuatro (164) programas.

Tabla 2. Programas de postgrado y número de estudiantes matriculados. Universidad de Antioquia, 2009

Programas y Estudiantes de Posgrado año 2009			
Programa	Cantidad	Lugar	N° Estudiantes
Doctorado	14	Medellín	288
Maestría	36		762
	4	En otra ciudad	
Especialización médica, clínica y quirúrgica	45	Sedes de la U de A	340
Especialización	48	Medellín	620
	4	Sedes de la U de A	
	13	Extendidas a otras ciudades	

Fuente: Elaboración por la investigadora, 2009

2.5.3 La Extensión.

La extensión expresa la relación permanente y directa que la Universidad tiene con la sociedad, opera en el doble sentido de proyección de la institución en la sociedad y de ésta en aquella; se realiza por medio de procesos y programas de interacción con diversos sectores y actores sociales, expresados en actividades artísticas, científicas, técnicas y tecnológicas, de consultorías, asesorías y de programas destinados a la

difusión de las artes, los conocimientos y al intercambio de experiencias y de apoyo financiero a la tarea universitaria. Incluye los programas de educación permanente y demás actividades tendientes a procurar el bienestar general. Así la institución cumple una de sus funciones principales. Para ello, sus egresados, como expresión viva y actuante de la Universidad en la sociedad, juegan un papel central.

La Universidad asimila las diversas producciones culturales y hace de las necesidades sociales objeto de la cátedra y de la investigación; la sociedad, a su vez, participa en la producción universitaria y se beneficia de ella.

2.6 Promoción de la Salud en el ámbito universitario¹²

El Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de la universidad de Antioquia orienta sus acciones al fomento y a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, y a la prevención de enfermedades, situaciones críticas y factores de riesgo de la población universitaria. Cuenta con los servicios de Salud Psicofísica –PROSA,

¹²Universidad de Antioquia. Departamento de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.

Autocuidado y Prevención de Riesgos Específicos en Salud, Apoyo Psicopedagógico, Promoción de la Salud Sexual y la Afectividad, Prevención de adicciones, Intervenciones en situaciones de vulnerabilidad psíquica, Preparación para la vida laboral, y el servicio de salud para estudiantes.

Seguidamente se presentan algunos de los logros obtenidos por Bienestar Universitario. Los principales logros alcanzados a través de sus servicios en el proceso de formación son: 1) el mantenimiento de una oferta mensual de actividades programadas por los distintos servicios, que sumadas a la atención de solicitudes de las diferentes dependencias académicas, incluyendo sedes regionales y municipales, dan cuenta de un esfuerzo por contribuir a la formación integral de la comunidad universitaria. 2) Se ha promovido mediante actividades formativas la salud psíquica y afectiva de los universitarios, contribuyendo de esta manera a la formación integral de los estudiantes mediante la apropiación de destrezas para la vida. 3) La permanencia de campaña en prevención de consumo y adicciones en los medios de comunicación institucional y el debate académico sobre el uso de sustancias psicoactivas, jóvenes y universidad, que brinda a la población estudiantil herramientas en promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad.

Los principales logros alcanzados a través de sus servicios en el proceso de orientación y asistencia: 1) Los estudiantes cuentan con

acompañamiento directo por parte de los psico-orientadores para apoyarles en la resolución de las múltiples contingencias de orden psicosocial. 2) A partir del año 2005, se incluyó la población estudiantil de las sedes regionales quienes pudieron acceder a los servicios de apoyo y asesoría profesional, lo que permitió que el proyecto de consejería a través de medios electrónicos fuese una realidad. 3) Se ha brindado atención en salud a los estudiantes no afiliados al Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud (RSSS). 3) Permanentemente los estudiantes reciben orientación sobre el acceso al sistema de salud y con el concurso de otras entidades del sector logrando con ello una mayor cobertura en servicios y con la calidad de la atención que les brinda la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) Universitaria.

Los principales logros alcanzados a través de los servicios en el proceso de apoyo social, sobresale el aumento significativo de los aportes para ayudas diagnósticas y procedimientos no cubiertos por el plan de salud estudiantil, incluyendo además aportes para que estudiantes de los estratos 1, 2 y 3 puedan financiar los lentes y monturas requeridas.

La manera como la universidad de Antioquia desarrolla los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la población universitaria, se presentan acordes con lo expresado por el doctor Armando Vega en su artículo sobre la “promoción de la salud en la universidad” en el

que afirma que además de las responsabilidades culturales, docentes e investigadoras, la universidad tiene una responsabilidad social. Por lo tanto, la promoción de la salud debe contribuir al pleno desarrollo de las personas y a la construcción de una sociedad más justa y saludable. Además, el interés por lo académico debe estar unido a la búsqueda del bienestar de todos los miembros de la comunidad universitaria. La promoción de la salud no solo se modifica los estilos de vida de las personas sino también cambian las condiciones sociales económicas y ambientales determinantes de la salud¹³.

Siguiendo el mismo autor la universidad contemporánea debe tener en cuenta no solo las tensiones del mundo económico y productivo sino los valores de la ética y la democracia. Cuando se parte de la dimensión humana de todos los actores se convierte en una oportunidad en lo ético y social. En esto, el Estado tiene un rol fundamental que consiste en no entrar en el juego del mercado, sino exigirle a éste que cumpla con sus responsabilidades sociales y actúe en defensa del bien común. Así mismo, la educación superior debe jugar un papel importante en la cohesión social, en la reducción de las desigualdades, elevar el conocimiento y las destrezas y

¹³Vega, A. Promoción de la salud: Reto Europeo para el siglo XXI. Centro de Salud y Escuela. Rev A Tu salud. 2008; 26(62):18-24.

habilidades en todas las personas que conforman sus estamentos universitarios¹⁴.

2.7 Convenios Internacionales

La Universidad de Antioquia, en cumplimiento de los principios de cooperación e internacionalización, tiene firmados convenios marco y específicos de cooperación interinstitucional, con universidades e instituciones nacionales e internacionales, para la formación e intercambio de docentes, investigadores, estudiantes, no docentes y material bibliográfico.

En América se tienen convenios con universidades de: Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador el Salvador, Guatemala, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela, Estados Unidos Canadá¹⁵.

En Europa, Asia y Oceanía se han celebrado convenios con universidades de los siguientes países: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, España, Francia Gran Bretaña, Holanda, India, Israel, Italia, Japón,

¹⁴Ibíd. p. 24

¹⁵ Universidad de Antioquia. Informe de convenios vigentes con América dirección de relaciones internacionales. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.

Noruega. República Checa, República del Congo, República China, Suecia, Suiza, Tailandia y Turquía¹⁶.

¹⁶Universidad de Antioquia. Dirección de Relaciones Internacionales. Informe de convenios con Europa, Asia, África y Oceanía. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.

3. Marco teórico

3.1 La teoría de las representaciones sociales (RS)¹⁷.

3.1.1 Antecedentes históricos.

Según Moscovici (1979), Farr (1983, 1988) y Herzlich ((1975); son tres las influencias básicas en el modelo teórico de las representaciones sociales: la etnopsicología de Wundt; el interaccionismo simbólico de Mead; y el concepto de representaciones colectivas de Durkheim, que estructuran el modelo de las Representaciones Sociales.

- **La etnopsicología de Wundt**

Wundt (1832-1920). Fisiólogo, psicólogo y filósofo alemán, se considera el padre del estructuralismo. Para acercarse a los procesos mentales superiores usó un método de análisis histórico de productos colectivos, como son el lenguaje, los mitos, las costumbres, los fenómenos sociales, la religión, el arte, los sistemas morales¹⁸. Parte de la distinción entre psicología fisiológica y experimental y psicología social o

¹⁷Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athnea digital 2002; 2:1-5.

¹⁸Wikipedia. Biografía de Wilhelm Maximilian Wundt. [Sitio em Internet]. [consultado el 6 de octubre de 2009]. Disponible: http://es.wikipedia.org/wiki/Wilhelm_Wundt#Principales_obras.

etnopsicología. Por lo tanto, desprende una metodología para los procesos cognitivos superiores al hombre, a través de la interpretación de los productos de la experiencia colectiva. Busca trazar la evolución de la mente del hombre, consciente de la importancia del lenguaje en este proceso y en su relación con el pensamiento y sus producciones.

Wundt siguiendo a Darwin en su análisis de la evolución de la gesticulación animal desemboca en la dirección del habla y del lenguaje humano, influenciado por las observaciones de Lazarus y de Steinthal sobre los pueblos; por Herder y su noción de cultura; y por Hartmann en su idea acerca de lo inconsciente en la colectividad; y utilizando versiones antropológicas, parte del análisis de acción humana. Entiende Wundt que el mecanismo de la "comunicación de gestos" provee las bases indispensables de la vida social, sin los cuales las personas nunca podían empezar a entenderse. La comunicación de gestos origina productos culturales con existencia concreta: el lenguaje proporciona un medio para la actividad cognitiva superior.

La observación y aportaciones de los procesos de Wundt influyeron en pensadores como Farr, a Mead, en su modelo del con el interaccionismo simbólico; a través de Durkheim, la investigación sobre representaciones sociales por parte de Moscovici, y en las ciencias sociales.

- **Interaccionismo simbólico**

George Herbert Mead (1863-1931), filósofo pragmático y psicólogo social estadounidense. Con influencias de la teoría evolutiva y la naturaleza social de la experiencia y de la conducta, recalcó la emersión del *yo* y de la mente dentro del orden social y en el marco del simbolismo lingüístico que usan las personas para comunicarse que ha denominado el interaccionismo simbólico. Mead hizo por ello hincapié en la aplicación del método científico en la acción y reforma social. Sus principales obras son *La filosofía del presente* (1932), *Mente, yo y sociedad desde el punto de vista de un conductista social* (1934) y *La filosofía del acto* (1938)¹⁹.

Es una corriente de pensamiento microsociológica, relacionada con la antropología y psicología social, trata de comprender la sociedad a partir de los procesos comunicativos relacionados con la construcción de símbolos que hacen posible los encuentros sociales.

El interaccionismo simbólico se sitúa dentro del paradigma de la transmisión de la información que reconoce la interacción entre emisor-mensaje-receptor, considera que la comunicación es instrumental; es decir,

¹⁹Mead GH. Encyclopedia Microsoft Encarta Online 2009. [En línea]. [Consultado el 3 de octubre 2009]. Disponible en: <http://es.encarta.msn.com> © 1997-2009 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

para quienes se inscriben en este paradigma los efectos del mensaje se producen unilateralmente sin tener en cuenta a la audiencia.

El interaccionismo simbólico se considera a sí mismo una ciencia interpretativa, una teoría psicológica y social, que trata de representar y comprender el proceso de creación y asignación de significados al mundo de la realidad vivida, destacando la comprensión de actores particulares en situaciones, lugares y tiempos específicos. Entre los antecedentes del interaccionismo simbólico se encuentran: El Pragmatismo norteamericano y la Escuela de Chicago.

El Pragmatismo: Es una filosofía de la acción, fundamentada en la idea de que el control social es posible por la autorregulación colectiva y la resolución colectiva de problemas. Es una amplia perspectiva filosófica que influyó principalmente en la orientación sociológica de Mead.

Las cuatro tesis centrales de los pragmáticos son: primera, la verdadera realidad sólo existe en el mundo real, el cual se crea a través de las acciones de los sujetos en él. Segunda, las personas recuerdan y basan su conocimiento del mundo sobre lo que se ha demostrado útil para ellas, y suelen alterar lo que ya no "funciona". Tercera, las personas definen los "objetos" físicos y sociales con los que tienen relación en el mundo de

acuerdo con su utilidad. Cuarta, si el deseo es entender a los actores, la comprensión se debe basar en lo que ellos hacen realmente en el mundo.

Este enfoque está articulado sobre los conceptos de utilidad e interés, la realidad se configura dinámicamente dentro del sujeto a través de su experiencia del mundo y su relación con la sociedad. La concepción de que mundo, sujeto y mente, no son realidades estáticas sino procesos que interactúan entre sí, plantea que nuestra interacción con los objetos viene determinada por el régimen simbólico. La comunicación sitúa al individuo en un sistema de mutuas relaciones, propuestas comunes y oportunidades de compartir experiencias, discursos y planteamientos. Es decir, al entender la palabra como el símbolo por excelencia, entendemos que la interacción entre sujetos es mediada por ésta.

De acuerdo con lo anterior, es posible identificar tres aspectos centrales del interaccionismo simbólico heredados del pragmatismo norteamericano: primero, la relación entre el actor y el mundo; segundo, el actor y el mundo son procesos dinámicos; el tercero, la enorme importancia asignada a la capacidad del actor para interpretar el mundo social.

La Escuela de Chicago

Entre los principales impulsores de esta corriente tenemos a Charles Horton Cooley, sociólogo y psicólogo estadounidense. Analizó importantes fenómenos sociales a partir de las relaciones orgánicas entre individuo y sociedad, y refutando el determinismo psicológico, como los sistemas de comunicación, el espíritu democrático, las clases sociales y la voluntad pública. Entre sus obras, cabe mencionar *Organización social* (1909) y *Proceso social* (1918)²⁰. Robert Ezra Park (1864-1944) sociólogo y una de las figuras más representativas de la Escuela de Chicago, introductor del concepto de "Ecología Humana", entre sus obras principales están: introducción a la ciencia de la sociología (1921), la ciudad y la ecología urbana y otros ensayos²¹.

Herbert Blumer (1900-1987). Derivó en la corriente sociológica denominada el interaccionismo simbólico: perspectivas y métodos (1969) y desarrolló su concepción teórica y metodológica constituyéndose como el autor más representativo de dicha corriente²².

Esta escuela surge en Estados Unidos en los años veinte del siglo pasado, época caracterizada por la aparición de la opinión pública moderna, el desarrollo de las modernas tecnologías de la información, el sistema

²⁰Cooley CH. Biografías y vidas. [Sitio en Internet]. [Consultado el 3 de octubre 2009]. Disponible en: <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/c/cooley.htm>. [consultado el 5 de octubre 2009]

²¹ Park RE. biografia-s.com/Park-Robert-Ezra-/1/

²² Wikipedia. Biografía Herbert Blumer. [Sitio en Internet]. [Consultado]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Herbert_Blumer.

democrático y la inmigración europea. La situación contextual incidió en la relevancia dada por estos investigadores a la comunicación como hecho social significativo, quienes mostraron un considerable interés por la opinión pública.

La importancia dada a la comunicación y el interés en la opinión pública inauguran el conductismo social, que analiza al individuo y a la sociedad como maquinarias en gran medida aisladas, lo que se conocería respectivamente como conductismo mecanicista y funcionalismo.

Para Herbert Blumer, quien acuña el término interaccionismo simbólico en 1938, sus principales premisas son:

- Las personas actúan sobre los objetos de su mundo e interactúan con otras personas a partir de los significados que los objetos y las personas construyen para ellas. Es decir, a partir de los símbolos. El símbolo permite trascender el ámbito del estímulo sensorial y de lo inmediato, ampliar la percepción del entorno, incrementar la capacidad de resolución de problemas y facilitar la imaginación y fantasía.
- Los significados son producto de la interacción social, principalmente la comunicación, que se convierte en esencial, tanto en la constitución del individuo como en (y debido a) la producción social de sentido. El signo es el

objeto material que desencadena el significado, y el significado, el indicador social que interviene en la construcción de la conducta.

- Las personas seleccionan, organizan, reproducen y transforman los significados en los procesos interpretativos en función de sus expectativas y propósitos.
- La distinción entre conducta interna y externa presupone que el individuo se constituye en la interacción social (formación del yo social autoconsciente), y que no es posible entender el yo sin el otro ni a la inversa, y que los grupos y la sociedad se constituyen sobre la base de las interacciones simbólicas de los individuos al tiempo que las hacen posibles.

En conclusión, el interaccionismo simbólico, de Mead aborda la comunicación en forma de interacción social que se percibe en términos de significaciones, puesto que su materia es el símbolo. Toma como unidad de análisis lo que denomina el acto social. Donde el símbolo y el significado son propiedad de la interacción. Mead enfatiza en dos características de la interacción: a) quien se comunica puede comunicarse consigo mismo, y b) la comunicación crea la realidad. Las contribuciones más significativas de Mead a las ciencias sociales se resumen en: a) enfatizar en una realidad simbólica distinta de una probable realidad natural; susceptible de creación, de transformación y de destrucción; b) anticipa la visión epistemológica que cuestiona lo que es o no científico utilizando el consenso significativo y el criterio de objetividad científica como una construcción simbólica.

- **El concepto de representación colectiva.**

Al igual que Wundt, Durkheim en 1898 establece la diferencia entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas, argumentando que lo colectivo no puede ser reducido a la individual. Es decir, que la conciencia colectiva trasciende a lo individual que puede ser visualizada en los mitos, la religión, las creencias y demás productos culturales colectivos. Al respecto Baro en 1985 señala: Una sociedad mantiene su unidad debido a la existencia de una conciencia colectiva. La conciencia colectiva consiste en un saber normativo, común a los miembros de una sociedad puesto que constituye un hecho social²³.

Pasaron muchas décadas para que Moscovici retomara los planteamientos de Durkheim y desarrollara la teoría de la psicología social. Con su teoría de las representaciones sociales, Moscovici integra en la psicología social las aportaciones de diferentes disciplinas, dentro de un contexto europeo de rápida expansión.

²³Martín Baro I. Acción e ideología. San Salvador: Universidad Centroamérica; 1985. p.33

3.1.2 Modelo de Serge Moscovici.

3.1.2.1 Definición del concepto de representación social.

Para Moscovici²⁴ la representación social es un corpus organizado de conocimientos y de actividades psíquicas, según las cuales las personas hacen inteligible la realidad física y social, se integra en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. En otros términos, es el conocimiento del sentido común que tiene como objetivos comunicar y sentirse dentro de un ambiente social, y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social²⁵.

Por otra parte, Jodelet ha dicho que el campo de la representación social designa al saber de sentido común, cuyos contenidos hacen manifiestos los procesos generativos y funcionales de carácter social. Por lo tanto, las representaciones sociales hacen referencia a una forma de pensamiento social²⁶.

Rober Farr, estudioso de la teoría de Moscovici ofrece una visión de la noción de las RS desde una perspectiva esquemática afirmando que las RS aparecen cuando los individuos debaten temas de interés mutuo. Agrega

²⁴Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos aires: Huemul; 1979.p.17-18

²⁵Martín M. Definición del concepto de representación social. En: La teoría de las de representaciones sociales de Serge Moscovici. México, 2002. p.6

²⁶Jodelet, D. La representación social: fenómenos, conceptos y teorías. En: Mora, M. la teoría de las representaciones sociales de Moscovici. México, 2002.p. 6

además, que las RS tienen un doble función: hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible²⁷.

Sistemas de ideas, valores y prácticas con una doble función: primero, establecer un orden que le permita al individuo orientarse en un mundo social y material y dominarlo; y segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar, los diversos aspectos de su mundo, de su historia individual y grupal²⁸.

De la misma manera Banchs, en 1984 elabora una interpretación de la Representación social, mostrándola como una forma de conocimiento de sentido común que caracteriza a las sociedades modernas "bombardeadas" de manera constante por la información que los medios de comunicación divulgan. Sigue una lógica propia, que encuentra su expresión en un lenguaje cotidiano propio de cada grupo social²⁹.

²⁷Ibíd. P. 6

²⁸Farr, R.M. Las representaciones sociales. En: Mora, M. la teoría de las representaciones sociales de Moscovici. México, 2002. p.6

²⁹Banchs, M.A. Efectos del contacto con la cultura francesa sobre la representación social del venezolano. En: Interamerican Journal of Psychology. 1982, Vol.2, p. 111-120.

3.1.2.2 Condiciones de emergencia de una representación social.

Según Moscovici, las representaciones sociales emergen determinadas por las condiciones en que son pensadas y constituidas, que tiene como denominador el hecho de surgir en momentos de crisis y conflictos. Tajfel, de manera convergente, propone que las RS requieren responder a tres necesidades: a) clasificar y comprender acontecimientos complejos y dolorosos; b) justificar acciones planeadas o cometidas contra otros grupos; c) diferenciar un grupo respecto de los demás existentes, en momentos en que pareciera desvanecerse la distinción. En resumen, causalidad, justificación y diferenciación social³⁰.

Moscovici infiere tres condiciones de emergencia de una nueva representación social: la dispersión e la información, la focalización del sujeto individual y colectivo y la presión a la inferencia del objeto socialmente inferido.

La dispersión de la información. La información que se obtiene nunca es suficiente y generalmente esta desorganizada. Los autores que han trabajado con esta teoría interpretan la noción de diversas formas, aunque

³⁰ Páez D. Características, funciones y procesos de formación de las representaciones sociales. En: Mora, M. la teoría de las representaciones sociales de Moscovici. México, 2002. p.7

predomina la convicción de que hay desniveles en cantidad y calidad de la información al interior de un grupo. Nunca se posee toda la información necesaria o existente acerca de un objeto social relevante. Y unos actores sociales tienen mucha más información, más articulada, etc.

La focalización. Una persona o colectividad se focalizan porque están implicadas en la interacción social con capacidad para generar opiniones e informaciones que actúan como hechos que conmueven los juicios o las opiniones. Son fenómenos que se deben mirar detenidamente.

Presión a la inferencia. Socialmente se da la presión que reclama opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos que se focalizan por el interés público. En la vida cotidiana, las circunstancias y las relaciones sociales exigen que los individuos y los grupos sean capaces, en todo momento, de responder a un evento o situación determinada³¹.

Para Banchs las exigencias grupales para el conocimiento de un determinado objeto o suceso aumenta a medida que su importancia crece. La importancia radica en no quedarse excluido de las conversaciones sino hacer rápidas inferencias, opiniones o un discurso más o menos

³¹Ibíd. P.8

desarrollado³². Estas tres condiciones de emergencia constituyen el pilar que permite la aparición del proceso de formación de una RS³³.

3.1.2.3 Dimensiones de la representación social.

Las RS definida por Moscovici como universos de opinión, pueden ser analizadas con fines didácticos y empíricos en tres dimensiones: la información, el campo de representación y la actitud.

La información se refiere a la suma de conocimientos que posee un grupo acerca de un saber, un hecho o un fenómeno de naturaleza social. Esta dimensión conduce a la riqueza de datos o explicaciones sobre la realidad que construyen los individuos en las relaciones cotidianas.

El campo de representación. Expresa la organización del contenido de la representación en forma jerarquizada que varía al interior del grupo. Permite visualizar las propiedades cualitativas o imaginativas del colectivo en el cual se realiza el trabajo.

³²Banchs, M.A. Condiciones de emergencia de una representación social. En: Mora, M. La teoría de las representaciones sociales de Moscovici. Athnea digital 2002; 2: 1-5.

³³Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul; 1979. p. 49

La actitud. Significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la RS. Se considera como el componente fáctico y conductual de la representación, tiene implicación comportamental y de motivación. Se puede concluir que nos informamos y nos representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición frente a ésta³⁴.

3.1.2.4 Dinámica de la Representación social.

Moscovici distingue dos procesos básicos que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación colectiva y cómo ésta misma modifica lo social: la objetivación y el anclaje.

La objetivación. Va desde la selección y descontextualización de los elementos hasta formar un núcleo figurativo. Es decir lo abstracto como suma de elementos descontextualizados debe tornarse una imagen más o menos consistente que los aspectos metafóricos ayuden a identificar con mayor nitidez. Concluye Moscovici que, con el análisis de la objetivación, su modelo apunta a la realización del objeto de representación en los nexos con los valores, la ideología y los parámetros de la realidad social.

El Anclaje. Con el anclaje la RS se une con el marco de referencia de la colectividad y es un instrumento útil para interpretar la realidad y actuar

³⁴Ibíd. P.49

sobre ella. A través de éste, la sociedad cambia el objeto social; este objeto se pone en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes. En resumen la objetivación traslada la ciencia al dominio del ser, y el anclaje lo delimita el quehacer. Es decir, así como la objetivación presenta cómo los elementos de la ciencia se articulan en una realidad social, el anclaje hace visible la manera en que contribuye a modelar las relaciones sociales y también cómo se expresan³⁵.

Clifford Geertz (1926-2006), antropólogo estadounidense, en su obra titulada *"La interpretación de las culturas"* (1973), desarrolló una corriente de antropología simbólica que puso especial atención a la forma como operan los símbolos en la configuración de la sociedad. Este autor define la cultura como: "sistema de concepciones expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales la gente se comunica, perpetúa y desarrolla su conocimiento sobre las actitudes hacia la vida"³⁶.

Siguiendo este autor, la función de la cultura es dotar de sentido al mundo, hacerlo comprensible a través de lo que definió como sentido común, entendido como lo que alguien conoce y emplea con moderación; en él se expresan los principios inmediatos ordenadores del mundo obtenidos por medio de la experiencia; se construye a partir de lo vivido e innegable,

³⁵Ibíd. P.121

³⁶Geertz C. *The Interpretation of Cultures*. Chicago: Universidad de Chicago; 1973

las personas suelen legitimarlo argumentando que se basa en la experiencia propia, en un tipo de ejercicio de ensayo, error y logro.

Para Geertz el sentido común es ante todo una interpretación inmediata de la experiencia, varía drásticamente de un grupo a otro, se caracteriza por presentar a los objetos, sucesos y actitudes como situaciones naturales, simples, inobjetables, cotidianas y normales.

La definición de Moscovici de *Representaciones Sociales* y la de Geertz de *Sentido Común*, son próximas, comparten el reconocimiento de un sistema de información y comunicación que subyace a la configuración social, la importancia de la traducción de lógicas abstractas a lógicas cotidianas que hacen posible la existencia de los grupos, ambos identifican la incidencia y vigencia de las representaciones sociales –en un caso- y del sentido común –en el otro- en las decisiones y acciones colectivas.

Según Geertz, el hombre es un animal suspendido en una telaraña con redes de significado, cuya significación, él ha construido a través del símbolo, la cultura es esa telaraña; esta concepción lo lleva a proponer como método de investigación etnográfica a la descripción densa, con la cual se pretende identificar las estructuras de significación, es decir, los lugares

socioculturales, los nódulos de la telaraña, desde los cuales se asigna significado a los fenómenos naturales y culturales.

En esta investigación, la definición de estructuras de significación de Geertz es próxima al concepto de representaciones sociales, a su vez íntimamente relacionado con el sentido común que está en la base de los valores, nociones, creencias, actitudes y comportamientos.

3.2 Concepto de "drogas" psicoactivas.

Gamella y Jiménez³⁷ definen como tales a un conjunto de sustancias, extraídas de plantas o fabricadas en laboratorios, que, en dosis relativamente pequeñas, ejercen un poderoso efecto sobre el sistema nervioso central afectando así la percepción, la cognición, el estado de ánimo, la conciencia o la conducta. En este sentido, la morfina, la cafeína, la nicotina, los tranquilizantes, la fluoxetina, etc. son drogas. Estos compuestos aparecen en productos como el café, el tabaco, el opio, las hojas de coca, las bebidas que contienen cola, las pastillas de benzodiacepinas, anfetaminas, antidepresores, entre otros.

³⁷Gamella JF, Álvarez A. Drogas de síntesis en España: patrones y tendencias de adquisición y consumo. Madrid: Ministerio del Interior; 1997.

Estos mismos autores afirman que aunque las drogas son sólo un elemento a considerar en el impacto sociopolítico y sanitario que produce su consumo, es importante destacar que hay notorias diferencias farmacológicas entre unas sustancias y otras en aspectos decisivos para la conducta individual y el control social. La naturaleza y duración de sus efectos neuronales, la metabolización por el organismo, su poder de refuerzo y habituación, tolerancia, etc. Además, la presentación, las dosis, vías de administración, etc., son también factores cruciales para distinguir los efectos que estas sustancias producen en el organismo humano, afectando así el uso común que se hace de ellas en una cultura específica.

3.3 Situaciones y condiciones de consumo

Gamella y Álvarez ofrecen un modelo de consumo de drogas de acuerdo con dos parámetros: la frecuencia del consumo y la necesidad percibida y manifestada por el consumidor, es decir, su relativa pérdida de control sobre el consumo y sus consecuencias.

Esas dos parámetros se correlacionan con otras dimensiones importantes, como lo son las dosis utilizadas y las motivaciones centrales; aunque la relación es compleja, desde esta perspectiva, los consumos no

terapéuticos se ubican en un continuo multidimensional que va de los menos estructurados y de más baja intensidad, a los más reiterados, intensivos y compulsivos. En ese continuo podemos establecer: consumos experimentales, ocasionales, regulares, intensificados y compulsivos³⁸.

3.4 Tipos de consumo

Experimentales. Se considera como experimental un tipo de uso que ocurre sólo unas pocas veces, sin ritmo ni continuidad; es decir, sin que se manifieste un esquema de reiteración. Las expectativas, el entorno humano, cultural y físico afectan estos experimentos. La mayoría de las veces una persona comienza a usar ciertas drogas incitado o presionado por otros, la iniciación suele tener lugar en un contexto de transmisión cultural más o menos formalizado. Aunque es más raro, también puede una persona iniciarse solitariamente, siempre que haya recibido estímulos y enseñanzas de sus mayores, iguales o de los medios de comunicación. Cuando hay varias generaciones presentes y se trata de una droga tradicional, suelen transmitirse técnicas, saberes, efectos, dosis, pautas y valores sobre el uso que minimizan el riesgo de descontrol y exceso, o de ruptura de normas ampliamente sostenidas.

³⁸Gamella JF, Álvarez A. Drogas de síntesis en España: Patrones y tendencias de adquisición y consumo. Madrid: Ministerio del Interior, 1997.

Ocasionales y sociales. Son aquellas formas que se repiten espaciada e irregularmente sin llegar a ser reiteradas y sin jugar un papel importante en la vida del consumidor y en sus rutinas. La intoxicación suele ser voluntaria e independiente. El motivo principal es la interacción social con personas significativas para el consumidor, y la droga contribuye a facilitar o potenciar ese encuentro.

Estos consumos son muy frecuentes y en la mayoría de los casos tienen un carácter social y recreativo; por ejemplo, cuando un grupo de amigos se reúne para compartir una experiencia con las drogas y los consumos festivos y religiosos. El café, alcohol y cigarrillo, son drogas muy "sociales" entre los occidentales; lo mismo puede decirse del opio, te y kava en otras culturas.

En los escenarios donde se produce este tipo de consumo, suele existir un importante control social, es probable que se limiten las dosis consumidas por los participantes³⁹; por eso hay personas que pueden mantener pautas ocasionales de consumo recreativo y social durante largos períodos; esto se ha comprobado en estudios con consumidores veteranos

³⁹Siegel R. K. Intoxication. Life in Pursuit of Artificial Paradise. New York: E. P. Dutton; 1989.

de cocaína, y algunos opinan que se ha dado también en el caso de la heroína⁴⁰.

Regulares. Es un consumo instrumental que se repite con frecuencia, casi siempre para enfrentarse a situaciones reiteradas. Siegel incluye en esta pauta a "los camioneros que utilizan estimulantes para aumentar su resistencia y alerta, como hicieron los astronautas del proyecto Apolo, que usaban anfetaminas antes del retorno a la atmósfera terrestre. Tanto los camioneros como los astronautas estaban automedicándose para conseguir un cierto efecto esperado. La misma pauta se aprecia en el caso de un estudiante que toma píldoras de cafeína o anfetamina para mantenerse despierto (en vísperas de exámenes), una mujer que toma cocaína para perder peso, o el obrero que se relaja con una copa después del trabajo"⁴¹

Intensivos. El consumo deviene costumbre en las mismas circunstancias; aquí es frecuente la "escalada" a pautas compulsivas o adictivas, sobre todo con drogas como la nicotina y los opiáceos. Un consumo intensivo y diario puede ser tolerado socialmente hasta el punto de no distinguirse de otros hábitos moralmente neutros, como la ama de casa que ingiere pastillas de valium, el minero boliviano que mastica coca hora

⁴⁰Zinberg NE. The Basis for Controlled Intoxicant Use. New Haven: Yale University Press; 1984.

⁴¹Ibid. 39, p. 222.

tras hora, el trabajador jamaicano que diariamente fuma marihuana, el camarero que bebe durante la jornada laboral y el fumador que mantiene un nivel suficiente, pero no intoxicante, de nicotina en la sangre; todos ellos son casos de consumo intenso como actividad cotidiana.

Compulsivos. Cuando el consumo reiterado se percibe como necesidad y se continúa a pesar de los problemas físicos, psicológicos, familiares, laborales y sociales que produce, o en caso de interrumpirse, causa tensión, incomodidad e incluso enfermedad; es decir, cuando el consumidor pierde el control. El salto de consumo intensivo diario a compulsivo, no es sólo cuestión de frecuencia, interviene la segunda dimensión relacionada con la pérdida de control y la percepción de necesidad. En sus formas extremas, los consumidores descuidan otras necesidades y responsabilidades; adquirir y consumir la droga se convierte en el principio rector de su vida. A esta situación se le ha llamado "dependencia", "adicción" o "toxicomanía".

Convencionalmente, adicción se refiere al hecho que "una sustancia o actividad puede producir una compulsión a actuar que está más allá de la capacidad de autocontrol del individuo"⁴²; actualmente los criterios se han complejizado desbordando este sentido; es así como en las ediciones más

⁴²Peele S. *Diseasing of America. Addiction Treatment Out of Control.* Boston: Houghton Mifflin; 1989.

recientes de manuales y diagnósticos se está abandonando esta categoría, sustituyéndola por la de "uso problemático"⁴³.

La compulsión o uso problemático, puede existir y no ser percibido como problema, sobre todo si la droga es asequible, barata y abundante, como en el caso de la nicotina, cafeína o alcohol; casi siempre al alcance del común de las personas.

Parece que hay diferencias considerables con relación a la probabilidad de desarrollar formas compulsivas de consumo entre las diferentes drogas; en el caso de alucinógeno como LSD o DOM parece baja, quizá esto se debe a que sus efectos más intensos pronto dejan de ser percibidos, debido a la tolerancia que rápidamente se desarrolla.

Con los opiáceos o la cocaína, unos cuantos excesos reiterados pueden "catapultar al usuario directamente a una pauta de uso compulsivo" más o menos prolongada⁴⁴. Es importante precisar que la cocaína tiene una acción "corta" y los efectos placenteros duran muy poco, lo que unido a la

⁴³Gamella J.F. Modernidad y problematización del uso de drogas. Temas para el debate. España: Universidad de Granada; 1997.

⁴⁴Ibíd. P. 39

tolerancia que se desarrolla rápidamente, puede hacer que los consumidores se vuelvan fácilmente intensivos⁴⁵.

3.5 Factores en las transiciones del consumo

Las diversas formas de consumo se colocan en un continuo, su separación no resulta siempre fácil. Esa gradación conforma un modelo ideal; los saltos entre una forma y otra pueden ser imperceptibles o bruscos; y aún se sabe poco sobre los factores que llevan a distintos consumidores de diversas drogas a pasar de un estadio a otro.

Para Zinberg⁴⁶ hay tres conjuntos de variables cruciales para determinar la forma del consumo; ellas son la droga, el usuario y el contexto. El primero tiene que ver con la sustancia, su farmacología, concentración, presentación, dosis y vía de administración. El segundo tiene relación con el consumidor, su organismo, personalidad e historia individual. El tercer es el contexto sociocultural y situacional en que se consume la droga, incluye factores como el estrato socioeconómico, los mecanismos de control, los rituales y el escenario.

⁴⁵Gawwin FH. Cocaine Addiction: Psychology and Neurophysiology. 1991.
Williams T. *Crackhouse. Notes from the end of the line*. New York: Penguin Books; 1992.
Science. 1991 Mar 29;251(5001):1580-6.

⁴⁶Zinberg NE. *The Basis for Controlled Intoxicant*. New Haven: Yale University Press; 1984.

De los tres determinantes, el último ha recibido menos atención y estudio, aunque Para Zinberg es precisamente el contexto sociocultural, "mediante el desarrollo de sanciones y rituales, el que produce el control del uso de drogas ilícitas". Agrega: "Los rituales y las sanciones se aplican a todas las drogas y operan en una variedad de entornos sociales. Si la cultura como un todo adopta completamente un ritual popular, puede que acabe convirtiéndose en costumbre, tal como la práctica de la pausa para el café en las jornadas laborales se ha incorporado legalmente a los contratos sindicales"⁴⁷.

Los conflictos y tensiones entre normas y sanciones formales e informales afectan más a las drogas consideradas ilegales provocando más ansiedad y culpa, lo que hace más difícil que se den formas "controladas", aumentando así los problemas sociales en torno a esos consumos.

El rechazo político y la alarma social que sistemáticamente provocan las drogas psicodélicas (casi todas incluidas en las listas más estrictas de fiscalización), no proviene de su capacidad adictiva, sino más bien del temor del Estado y las religiones eclesiásticas a las extremas alteraciones de conciencia que, de otra parte, resultan cada vez más incompatibles con la

⁴⁷Ibid.

vida reglada, coordinada y tecnificada en la que todos participamos crecientemente.⁴⁸

3.6 Contexto del consumo de “drogas”.

Para su comprensión, el presente capítulo se compone de dos apartados: el primero, un contexto global y el segundo, local; la intención es ofrecer un panorama que permita identificar las continuidades y discontinuidades que se presentan entre los dos escenarios, enfatizando en el segundo.

3.6.1 Contexto global

3.6.1.1 Origen del consumo.

El acto de consumir “drogas” no es un fenómeno exclusivo de la modernidad, sino una experiencia que ha acompañado al ser humano a través de la historia de todas las culturas del mundo, donde juega un rol importante en su construcción y desarrollo.

⁴⁸Gamella JF, Álvarez A. Drogas de síntesis en España: Patrones y tendencias de adquisición y consumo. Madrid: Ministerio del Interior; 1997.

Según Escohotado⁴⁹ el uso de sustancias psicoactivas se remonta en el tiempo; las plantaciones de *Adormidera* en España, Grecia, Egipto, África y Mesopotamia son probablemente las más antiguas; el primer registro escrito se reporta en tablillas sumerias del tercer milenio antes de Cristo, donde se utiliza el mismo significante para referirse a esta planta y al verbo "gozar". La Adormidera se recomienda como analgésico y calmante. Este autor manifiesta que en Europa y Asia no se han encontrado registros antiguos tan claros sobre las plantas de tipo visionario; solo los chamanes de las zonas septentrionales parecen haber usado setas psicoactivas en rituales. Al contrario, en América desde tiempo atrás se conocen decenas de estas plantas, como es el caso de la cafeína, cocaína, guaraná, mate y cacao.

Las drogas contenidas en sustancias vegetales utilizadas por los seres humanos desde hace milenios han ofrecido un camino rápido y relativamente sencillo hacia estados de estimulación, relajación o distorsión de la conciencia. No es de extrañar que haya sido universal, aunque selectivamente, valorado.⁵⁰

⁴⁹Escohotado A. Las drogas, de los orígenes a la prohibición. Madrid: Alianza; 1994.

⁵⁰Las drogas se han usado y se ingieren con propósitos festivos, terapéuticos y mágico-religiosos, es decir, en cierto sentido, en usos excepcionales. Pero también se han usado y se usan regularmente en actividades seculares y cotidianas, para sostener las obligaciones y el trabajo diario. Las drogas, como bien apunta Rudgley, son "sustancias esenciales" que han jugado un papel integral en la constitución de identidades étnicas, diferencias de género, patrones de trabajo y explotación, así como de diversión y

Todo esto es importante recordarlo en nuestra realidad presente que ha convertido el uso de drogas psicoactivas en fuente de problemas sociales; pero también conviene recordar que algunos cambios históricos acaecidos en este terreno en los últimos cinco siglos han transformado radicalmente la relación de las sociedades actuales con las drogas.

Gamella, por ejemplo, apunta que las drogas han sido usadas con propósitos religiosos, terapéuticos y festivos, tales como la búsqueda del trance y de la posesión, o para entrar en contacto con lo que se define como ámbitos sobrenaturales o preternaturales de experiencia, o para la adivinación o la profecía, o para aliviar condiciones físicas o psíquicas adversas⁵¹.

sociabilidad, y también han jugado y juegan un papel esencial en las ceremonias, rituales y experiencias religiosas de muchos grupos humanos.

⁵¹ . Gamella, J.F. "Introduction" en, *Drugs and alcohol in the Pacific. New consumption trends and their consequences*, , editado por J.F. Gamella, Ashgate: Aldershot, U.K, 2002. pags xv-xvi.

También se han usado para celebrar transiciones sociales relevantes y para escapar a condiciones ordinarias de existencia. Pero también se han usado y se usan para realizar tareas rutinarias y ordinarias y para sostener el trabajo y la obligación cotidiana. Así mismo, para Rudgley las drogas psicoactivas son "sustancias esenciales" que han jugado un papel crucial en la constitución de identidades culturales, patrones de trabajo, ritual y convivencia, y experiencias religiosas⁵²

3.6.1.2 Contemporaneidad del consumo

La dinámica contemporánea del consumo y comercio de "drogas" es desafiante y muestra que factores como la globalización, la tecnificación y la comunicación, han desplazado el uso tradicional de sustancias, regulado normativamente y con clara significación cultural y han impuesto nuevos patrones de consumo caracterizados por sustancias y métodos cada vez más accesibles y potentes⁵³. Analistas atribuyen precisamente al cambio cultural en la relación con las sustancias, los efectos indeseables que hoy hacen de este fenómeno, un "problema" digno de políticas públicas coherentes.

Hoy sabemos que sectores de la sociedad, especialmente jóvenes, encuentran en las "drogas" un medio "funcional" para afrontar situaciones problemáticas tales como la falta de oportunidades, la exclusión, la poca fe

⁵²Rudgley R. The archaic use of hallucinogens in Europe: an archaeology of altered states. *Addiction* 1995; 90:163-164.

⁵³Franey C. *Theories of drug and alcohol misuse and intervention, introduction*. London: Imperial College of Science, Technology, Medicine, University of London; 1998.

en el futuro, el desempleo, la violencia. Pero también es claro que el consumo ocurre con demasiada frecuencia en grupos perfectamente integrados y con plenas oportunidades.

Según Wolf, 1982 en la contemporaneidad la relación con las "drogas" también tiene nuevas dimensiones relacionadas con la producción masiva de las mismas, situación promovida por el mercado y consumo mundial, llegando a convertirse en mercancías determinantes en el desarrollo de economías transnacionales. La producción y el comercio a gran escala de sustancias psicoactivas, las ha hecho más baratas, accesibles e incluso atractivas para amplios sectores de la población mundial.

Foucault en 1975 y Elías en 1939 y 1991, han manifestado que esto ha ocurrido en un mundo cada vez más sincronizado e interdependiente, mecanizado y disciplinado tanto desde el exterior como desde el interior de los individuos. Todo ello ha llevado a una intensificación y generalización de la preocupación moral y política por el consumo de drogas, generando movimientos sociales de importancia, así como también políticas públicas y legislaciones de enorme impacto histórico.

La gran transformación en la representación, producción y consumo de drogas psicoactivas ha sido el resultado de dos procesos sucesivos que

tuvieron lugar, primero en Europa y luego en todo el planeta con asombrosa sincronía y velocidad. Algunas sustancias que contenían drogas como el alcohol destilado, tabaco, café, cacao y opio, se transformaron en bienes cruciales para la expansión del capitalismo mercantil. Segundo, la revolución tecnológica permitió aislar químicamente los principios activos de las plantas psicoactivas, lo que hizo posible su manipulación y producción industrial, así como también la creación y difusión de nuevos mecanismos de consumo relacionados con la jeringuilla hipodérmica, el cigarrillo fabricado en máquinas, nuevos mecheros y fósforos. En muchas sociedades se pasó de mascar hojas de coca a inhalar cocaína, de comer o fumar opio a inyectarse morfina, y de fumar puros o pipas a cigarrillos empaquetados; estos cambios son ejemplos de las transformaciones técnicas y económicas que describen el desplazamiento del uso tradicional por el consumo contemporáneo.

Este segundo proceso ocurrió a finales del siglo XIX, cuando se produjo la “expansión sin precedentes en los flujos mercantiles entre todas las partes del globo” de acuerdo con lo expresado por Wolf en 1982, y se acentúa en las primeras décadas del siglo XX, cuando la revolución farmacológica añadió elementos antes impensables a la mercantilización de fármacos psicoactivos, como lo relata Gamella (2002)⁵⁴

⁵⁴. Ibid, pags. xvi-xx.

En la mayoría de las sociedades contemporáneas al imponerse el consumo al uso tradicional, la relación social con las drogas se ha vuelto problemática, pues el control cultural se ha quedado corto en términos sociales y simbólicos; este vacío ha sido tratado por los poderes políticos, económicos y religiosos, que no siempre están en consonancia con las particularidades de los diversos contextos que coexisten en los Estados.

Según Gamella, Hunt, Chambers y Rogers, es importante precisar que los problemas atribuidos al consumo de drogas consideradas ilícitas no han sido constantes, sino en gran medida cíclicos con claros ascensos y descensos, relacionados con procesos socioeconómicos, tecnológicos y demográficos condicionados por las interpretaciones culturales y las reacciones sociales en torno a los nuevos consumos.

3.6.1.3 Ciclos de consumo

En el 2002 Gamella y Álvarez propusieron al menos dos tipos de ciclos para comprender el consumo contemporáneo de drogas: primero, los ciclos largos y lentos que afectan a varias generaciones y cuyas consecuencias tardan décadas en manifestarse, aunque son más predecibles. La expansión del consumo de cigarrillos industriales, las borracheras de alcohol y el

consumo de derivados del cáñamo, en las últimas décadas en Europa, son ejemplo de este tipo de ciclo.

En segundo lugar, los mismos autores afirman que los ciclos cortos que duran entre 8 y 15 años, conciernen sólo a ciertos grupos generacionales y resultan más impredecibles y cautivadores de la atención pública.

Para entender las dinámicas de estos ciclos los autores antes citados realizan un análisis de España, que se expresan en los párrafos siguientes: durante 1978-1994 se presentó la crisis de la heroína, originando un ciclo corto y violento con enormes consecuencias políticas, culturales y sanitarias vinculadas con cambios demográficos y jurídicos-políticos y un nuevo tipo de delincuencia juvenil, y la incidencia del fenómeno sobre la pandemia VIH/SIDA.

Dentro del período comprendido entre 1955-2001 se presentó la expansión del cigarrillo industrial, ciclo largo de expansión del "rubio", disminuyendo entre los varones adultos y perdiendo atractivo para los jóvenes, pero con aumento entre las mujeres jóvenes; es decir, consolidándose el tabaquismo femenino.

Entre los años 1965-2001 se presentó la propagación del cannabis, que actualmente combina las economías del hachís marroquí con un aumento del cultivo de marihuana para el consumo propio y el comercio local.

Entre la fase 1976-2001 aparece la cocaína, ciclo largo, abundante y asequible, cuyo consumo es considerado como droga social, lúdica, de premio y celebración entre ciertos grupos sociales. Este ciclo, según los autores, no sufre cambios muy bruscos o caídas rápidas, aunque sí vaivenes de contracción y expansión dentro de una tendencia ascendente. En la segunda mitad de los años 90 se extendió el consumo intensivo de cocaína entre nuevos individuos y grupos, asociado al de heroína.

En la etapa comprendida entre 1987-1997 aparecen las drogas de baile como el "éxtasis", "speed" y anfetaminas en polvo, un ciclo corto relacionado con un movimiento músico-festivo y una nueva forma de hacer y experimentar la música, que se ha conocido como la "cultura del baile". A este ciclo también se ha asociado el redescubrimiento del LSD y la experimentación con la ketamina o el GHB, y en menor medida, con sustancias volátiles como "poppers" y cloro etileno. Este ciclo parece haber tenido un punto de inflexión entre 1997 y 1998, subsumiéndose en una

pauta generalizada de poli consumo durante las fiestas, fines de semana y momentos de celebración general.

3.6.1.4 Tendencia global de consumo de drogas⁵⁵.

En este acápite presentamos un repaso de las principales tendencias de consumo, para después atender a la situación local y poder situar los modelos de intervención implementados y el marco normativo en su contexto global y local.

Según el resumen ejecutivo del informe mundial de drogas, 2009⁵⁶ “la Oficina de las Naciones Unidas contra droga y el delito (UNODC), estima que en el año 2007, entre 172 millones y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior. No obstante, estas elevadas cifras incluyen a muchos consumidores ocasionales que tal vez han probado drogas solo una vez en todo el año”. Además, “según las estimaciones de la UNODC en 2007, había entre 18 y 38 millones de consumidores problemáticos de drogas de 15 a 64 años. El mismo informe expresa que las drogas plantean diversos problemas para las diferentes regiones”. Por ejemplo, en África y Oceanía, se presentan para tratamiento

⁵⁵Naciones Unidas. Oficina contra las drogas y el delito. Resumen informe mundial sobre las drogas. New York: Naciones Unidas; 2009.

⁵⁶Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito ONODC. Resumen ejecutivo del Informe Mundial de las Drogas 2009. [Sitio en Internet]. [Consultado el 27 de septiembre 2009]. Disponible en:

http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf

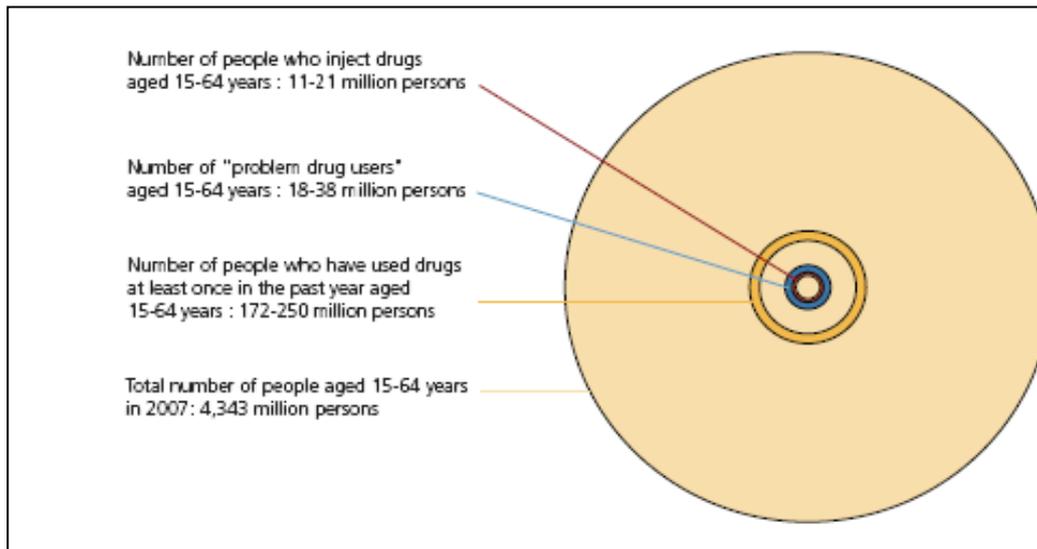
más personas debido a problemas causados por el cannabis que por ninguna otra droga (63% en África; 47% en Australia y Nueva Zelanda). En cambio, los opiáceos fueron la principal droga tratada en Asia y Europa (65% y 60%, respectivamente). La cocaína fue más prominente en América del Norte (34%) y América del Sur (52%) que en las demás regiones; y los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) estuvieron más generalizados en Asia (18%), América del Norte (18%) y Oceanía (20%). El cannabis sigue ocupando un lugar cada vez más importante en las demandas de tratamiento de la toxicomanía en Europa, América del Sur y Oceanía desde fines del decenio de 1990; y actualmente los ETA representan una mayor proporción de los tratamientos por consumo de drogas en América del Norte y del Sur que en el pasado. Muchos Estados Miembros se están esforzando por ampliar sus respuestas a la toxicomanía entre sus nacionales; recientemente la UNODC y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han comenzado una labor programática conjunta para mejorar la calidad y la capacidad del tratamiento de la toxicomanía en todo el mundo⁵⁷.

Sin embargo, Gamella considera que algunos datos del párrafo anterior son dudosos puesto que en España no es verdad que las demandas por uso de cánnabis sean tan importantes. Lo que ocurre es que se impone multa a las personas con cantidades menores de hachis o marihuana y se les

⁵⁷Ibíd. P. 12

ofrece retirarles la multa, si pasan por un tratamiento que ni creen necesitar, ni les cura de nada.

Figura 5: Uso indebido de drogas a nivel mundial.



Fuente: Informe mundial de drogas, 2009. P.13.

En la figura 5 muestra el número total de personas entre 15 a 64 años de edad, en el año 2007 (4.343 millones de personas). De esta población y entre estas edades presenta el número de personas que utilizan drogas inyectables (11 a 21 millones de personas), el número de "consumidores problemáticos de drogas" (18 a 38 millones de personas), y el número de personas que han consumido drogas por lo menos una vez el año anterior (172 a 250 millones de personas).

Opiáceos. Respecto a los opiáceos, el número de personas que consumieron esta sustancia por lo menos una vez en 2007 se estima entre

15 millones y 21 millones a nivel mundial. Se cree que más de la mitad de la población del mundo que consume opiáceos vive en Asia. Los mayores niveles de consumo (en lo que se refiere a la proporción de la población de 15 a 64 años) se encuentran en las principales rutas de tráfico de drogas próximas al Afganistán. Los opiáceos siguen siendo el principal problema de drogas en cuanto al tratamiento. Europa tiene el mayor mercado de opiáceos desde la perspectiva económica y, aunque el consumo parece ser estable en muchos países de Europa occidental, se han notificado aumentos en Europa oriental⁵⁸.

Cocaína. En cuanto a la cocaína, el número total de personas que consumieron cocaína por lo menos una vez en 2007 se estima entre 16 y 21 millones a nivel mundial. El mayor mercado sigue siendo América del Norte, seguido de Europa occidental y central y América del Sur. Se presentó importante disminución en el consumo de cocaína en América del Norte, en particular en los Estados Unidos de América, que sigue siendo el mayor mercado de cocaína del mundo. En 2007 unos 5,7 millones de personas consumieron cocaína por lo menos una vez el año anterior en los Estados Unidos. Tras fuertes aumentos en años recientes, varios estudios realizados en países de Europa occidental mostraron las primeras señales de estabilización, aunque al parecer el consumo de cocaína sigue aumentando

⁵⁸Ibíd. P. 13

en América del Sur. Algunos países de África, en particular de África occidental y meridional, parecen mostrar niveles en aumento del consumo de cocaína⁵⁹.

Cannabis. Se estima que el número total de personas que consumieron cannabis por lo menos una vez en 2007 varía entre 143 millones y 190 millones. Los niveles más altos de consumo siguen estando en los mercados establecidos de América del Norte y Europa occidental, aunque los estudios recientes parecen indicar que en los países desarrollados está disminuyendo el nivel de consumo, especialmente entre los jóvenes⁶⁰.

Estimulantes de tipo anfetamínico. La UNODC estima que entre 16 millones y 51 millones de personas de 15 a 64 años consumieron sustancias del grupo de las anfetaminas por lo menos una vez en 2007; el número que utilizó drogas del grupo del "éxtasis" por lo menos una vez se estima entre 12 millones y 24 millones a nivel mundial. La amplitud de estos márgenes es mucho mayor que en el caso de la cocaína y la heroína, en vista del elevado nivel de incertidumbre en relación con este grupo de drogas en lo que se refiere tanto al consumo como a la producción. Los consumidores del grupo de anfetaminas en Asia oriental y sudoriental usan principalmente

⁵⁹Ibíd. P. 13

⁶⁰Ibíd. P.13,14

metanfetamina. Las tabletas comercializadas como Captagon frecuentemente contienen anfetamina y se consumen en todo el Oriente Cercano y Medio. En Europa, los consumidores usan principalmente anfetamina, mientras que aproximadamente la mitad de los consumidores de estimulantes en América del Norte usan metanfetamina⁶¹.

3.6.1.5 Consumo de drogas en países suramericanos.

En el 2006 la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA), entre otras instituciones, participó en el primer estudio comparativo sobre consumo de drogas en población escolar de secundaria en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay.

Este estudio trabajo simultáneamente y bajo un modelo común, en los nueve países con una muestra de 347,771 estudiantes de secundaria entre 14 y 17 años. Se diagnosticó la magnitud del consumo de drogas, se identificaron las de mayor demanda y los factores de riesgo y protección⁶².

⁶¹Ibíd. p.13

⁶²Organización de Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Jóvenes y Drogas en Países Sudamericano: un Desafío para las Política Publicas. Primer Estudio Comparativo Sobre Uso de Drogas en Población Escolar Secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Lima: Oficina de las Naciones Unidas; 2006.

Se encontró que la droga de mayor consumo entre los estudiantes fue el alcohol. La mayor tasa de consumo de esta sustancia la registró Colombia con 51,9%, seguida de Uruguay con 50,1%. En ambos países los hombres consumieron más que las mujeres. El menor consumo lo registraron los estudiantes de Bolivia⁶³. El consumo de alcohol es, por tanto, un elemento decisivo en la relación con las drogas en Colombia.

Con relación al tabaco, los estudiantes chilenos tuvieron el mayor consumo en el último mes 38,3%, destacándose el femenino con 41,3%. Las más bajas prevalencias las registraron los jóvenes de Brasil con 11%⁶⁴.

La marihuana es la droga considerada ilícita de mayor consumo entre los escolares sudamericanos, con la excepción de Brasil donde los inhalables registraron el primer lugar. La prevalencia de marihuana anual más alta la registraron los estudiantes de Chile con 12,7%, seguido de Uruguay con 8,5%. El consumo de esta sustancia siempre es mayor entre los hombres; situación que se repite con las otras drogas ilícitas, con la excepción del éxtasis e inhalables en Chile, donde se obtuvieron datos similares sin distinción por sexo. La menor tasa de consumo reciente de marihuana la

⁶³Organización de Estados Americanos-Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas p. 9

⁶⁴Ibíd. p. 9.

registraron los estudiantes de Bolivia, Perú y Paraguay con 2,3%, 2,6% y 2,7% respectivamente⁶⁵.

Consumo de drogas entre los jóvenes.

El análisis del consumo de drogas entre los jóvenes es importante por varios motivos fundamentales. En primer lugar, la mayoría de las personas comienzan a consumir drogas durante su juventud y por ello conviene dirigir especialmente a los jóvenes las actividades de prevención de la toxicomanía. En segundo lugar, las tendencias en el consumo de drogas ilícitas entre los jóvenes podrían indicar cambios en los mercados de drogas, ya que los jóvenes podrían responder a los cambios de la disponibilidad de drogas o de las percepciones sociales acerca del consumo de drogas en mayor grado que las personas de edad. En tercer lugar, la iniciación en el consumo de drogas a una edad temprana se ha vinculado con consecuencias posteriores negativas sociales y para la salud⁶⁶.

Consumo de drogas inyectables.

Se ha documentado el consumo de drogas inyectables en 148 países, que representan el 95% de la población del mundo, aunque la prevalencia de este comportamiento varía considerablemente. Se estima que de 11

⁶⁵Ibíd. p. 12.

⁶⁶Ibíd. P.16

millones a 21 millones de personas de todo el mundo consumen drogas inyectables y que China, los Estados Unidos, la Federación de Rusia y el Brasil tienen las mayores poblaciones de consumidores de drogas inyectables, que en su conjunto representan el 45% del total estimado de la población de consumidores de drogas inyectables del mundo⁶⁷.

El consumo de drogas inyectables ha causado un aumento de la proporción de infecciones por el VIH en muchas partes del mundo, incluidos países de Europa oriental, América del Sur y Asia oriental y sudoriental. Se han notificado infecciones por el VIH entre los jóvenes que consumen drogas inyectables en 120 países y esta situación varía notablemente dentro de los países y entre ellos. Se estima que entre 800.000 y 6,6 millones de consumidores de drogas inyectables en todo el mundo están infectados por el VIH. Las regiones con los mayores números y concentraciones de consumidores de drogas inyectables VIH-positivos incluyen Europa oriental, Asia oriental y sudoriental y América Latina. En Europa oriental y Asia central los consumidores de drogas inyectables constituyen una proporción considerable del número total de personas que viven con el VIH⁶⁸.

⁶⁷Ibíd. P.17

⁶⁸Ibíd. P.17

Delitos vinculados con las drogas.

Existe vinculación entre las drogas y los delitos sobre todo los delitos contra la propiedad, pero también los delitos con violencia y, por supuesto, los que conciernen al comercio de drogas ilegales, que a menudo incorporan hechos violentos. La relación entre consumo de drogas y delincuencia, por supuesto, no es directa están vinculados, aunque la relación no es directa. Las personas podrían cometer delitos bajos el efecto de las drogas; también podrían hacerlo para financiar su consumo de drogas. Además, la mayoría de los países prohíben el cultivo, la manufactura, la posesión, el consumo, la adquisición, la venta, la distribución, la importación o la exportación de drogas. Los datos sobre delitos "directos" son los más fácilmente disponibles y pueden agruparse en delitos relacionados con el "consumo personal" y delitos más graves relacionados con el tráfico de drogas. Estos datos son importantes y reflejan tanto el alcance de la actividad relacionada con las drogas como el de las actividades de lucha contra la droga⁶⁹.

⁶⁹Ibíd. P.18

3.6.1.6 Representaciones sociales de las "drogas" en España.

En el presente estudio se exponen los resultados de investigaciones sobre representaciones realizadas en España, puesto que algunos resultados confirman hallazgos de la presente investigación y otra estudio realizado en la ciudad de Medellín, a pesar se realizasen en distintos contextos. Por ejemplo, coinciden en algunas tendencias sociales (la droga como sujeto extraño y destructor, su existencia e inevitabilidad, sus potenciales beneficios, y la consideración de las drogas, para algunos entrevistados, como fenómeno social).

Igualmente coinciden en algunas razones que motivan el consumo de psicoactivos: el escapismo a problemas familiares, la frustración, el displacer o placer y diversión, desajuste personal y social. También se presenta que han tenido más presencia en el imaginario dominante (la cocaína y cannabis) Mientras que el tabaco y el alcohol son reconocidas como drogas, por una minoría de personas en España, en Colombia se reconocen como drogas que producen efectos negativos.

En cuanto a las tendencias en ejes representativos de grupos poblaciones, encontramos similitudes en el grupo conformado por jóvenes, fundamentalmente estudiantes o trabajadores activos, personas que

conocen consumidores, algunas de ellas consumidoras de sustancias consideradas ilícitas, que no creen en la erradicación del consumo. Para los más jóvenes, estudiantes y neo-profesionales señalan los supuestos beneficios de las drogas como objeto de diversión, desinhibición, autoconfianza, etc. subrayan potenciales beneficios de desaparición de problemas, uso curativo o relajación.

En el año 2000 se realiza en España el estudio sobre las representaciones sociales en torno a las drogas⁷⁰, que permite identificar cuatro tendencias sociales: la primera, 38.5% piensa que “las drogas son un producto extraño y destructor, que exige una confrontación sin matices”. La segunda 22% enfatiza que “las drogas siempre han existido y son inevitables”. La tercera 17% y la cuarta 16% las describieron respectivamente como “sustancias, cuyo uso puede reportar beneficios potenciales”, y “fenómeno social de permanente presencia que puede ser matizado desde las distintas intervenciones”.

En este estudio se agruparon las tendencias en ejes representativos de dos grupos poblaciones. El primer grupo compuesto por adultos mayores con bajos niveles educativos, personas inactivas laboralmente, ubicadas

⁷⁰Megías E, Comas Arnau D, Elzo Imaz J, Navarro Botella J, Romaní O. La percepción social de los problemas de drogas en España. Principales conclusiones. Fundación de ayuda contra la Drogadicción. Madrid: FAD; 2000. p.333.

ideológicamente en la centro-derecha, católicas no consumidoras de drogas consideradas ilícitas, convencidas de la necesidad y posibilidad de erradicar plenamente el consumo.

El segundo grupo formado por jóvenes, fundamentalmente estudiantes o trabajadores activos, agnósticos o no creyentes, ubicados en la izquierda o centro-izquierda, personas que conocen consumidores, algunas de ellas consumidoras de sustancias consideradas ilícitas, que no creen en la erradicación del consumo. La investigación concluye que estas divergencias están claramente relacionadas con las dimensiones ideologías políticas y niveles de formación. Las posiciones básicas de las representaciones sociales se condensan en las siguientes dimensiones de análisis sobre:

Las sustancias. Analizando las tendencias de la representación social sobre las drogas en los últimos años en España, se observa que las sustancias que han tenido más presencia en el imaginario dominante son: El cannabis y la cocaína. Por el contrario la heroína, sigue teniendo presencia importante pero en descenso. Las drogas de síntesis su mención crece rápidamente hasta 1997, momento en el cual decrece el interés que despiertan. El tabaco y el alcohol son reconocidas como drogas por una minoría de personas. Otro asunto importante de mencionar es la

comprobación de que la población sobrevalora sistemáticamente el consumo de las sustancias ilegales y por el contrario, subvalora las sustancias legales.

Las consecuencias de los consumos. Respecto a las consecuencias atribuidas al consumo de las drogas, la investigación ofreció los siguientes datos. Ver Tabla 3. La distribución de problemas no es homogénea entre la población. Las consecuencias más extremas son anotadas por la población mayor, de nivel educativo bajo, un pensamiento ideológico de derecha; el menor señalamiento de consecuencias lo realizan los jóvenes, los menos religiosos, militantes de la izquierda y precisamente los consumidores. Casi el 67% de la población no señala ningún beneficio a los consumos de drogas. Algo más de 23% de esa población consideran que del consumo se obtiene beneficios del orden terapéutico y existencial. Los más jóvenes, estudiantes y neo-profesionales señalan los supuestos beneficios de diversión, desinhibición, autoconfianza, etc. Las personas mayores, de profesionales, trabajadores y empresarios subrayan potenciales beneficios de desaparición de problemas, uso curativo o relajación. Otro grupo de edad media alta, fundamentalmente de género femenino acota que solo reporta beneficio para el vendedor⁷¹

⁷¹Ibíd. P. 336

Tabla 3. Representación social de las consecuencias atribuidas al consumo de drogas en España, 2000.

Consecuencias	Porcentajes
Problemas de salud	18.7
Delincuencia y marginación	17.0
Destrucción de la persona	15.1
Problemas familiares y económicos	13.2
Adicción	12.2
Muerte	12.1

Fuente: Representaciones sociales de las "drogas" en España, 2000. PAG??

Los motivos del consumo. En cuanto a los motivos para consumir droga muestra que más de la mitad identificó la búsqueda de placer y/o diversión, menos del 50% la curiosidad relacionada con la moda y los amigos, menos del 32% otros como el gusto que produce la trasgresión, el escapismo a problemas personales y colectivos, la enfermedad, frustración y displacer. En los últimos años ha aumentado la dimensión por las motivaciones de placer, diversión y presión de grupos, disminuyendo las razones atribuidas a situaciones de enfermedad o desajuste personal o social⁷².

La percepción de los problemas. Respecto con la percepción global de los "problemas de drogas" están dadas por las respuestas en relación con atribución de importancia de los problemas. En este sentido, 31.5% atribuye mucha importancia al problema en España, 47.7% bastante importancia y el

⁷²Ibíd. P. 337

16.2% alguna importancia. Resultan significativos dos hechos relevantes. En primer lugar el nivel de importancia atribuido al problema de droga en España parece disminuir en los últimos años. En segundo lugar, el resultado inequívoco de “manipulación” en la atribución de importancia. No cabe la menor duda respecto a la proximidad con que la población española siente los “problemas de drogas”. Más del 85% de esta población cree que es bastante fácil poder obtener drogas y es una tendencia que parece no modificarse en los últimos años. Aproximadamente el 59% del total de los ciudadanos conoce algún consumidor de drogas en la propia familia, entre los amigos o en ámbitos menos cercanos⁷³.

Los consumidores. Respecto a la opinión y las actitudes que la población española en general mantiene ante los consumidores y drogadictos, aparece muy evolucionada en relación con lo que se conoce desde años. En cuanto a la reacción que produce los adictos, aunque de forma difusa, existe un 35% de la población con una posición de hostilidad y distanciamiento a través de reacciones de miedo, rechazo e indiferencia; otra posición que agrupa el 61% de la población incluye el deseo de ayuda, la pena y la lástima. Existe mayor claridad en la posición de la población cuando se trata de personas con problemas de drogas y se agrupan en tres posiciones básicas. Casi el 58% de la población piensan que los que tienen

⁷³Ibíd. p. 338, 339

problemas de drogas son víctimas de una situación o de una enfermedad; sólo un 11.2% tienen una clara opinión de rechazo o desprecio hacia estas personas, a las que califican de amorales, viciosos, asociales o delincuentes; es muy significativo que casi el 29% de la población opinan que las personas con problemas de drogas son personas común y corrientes que tienen ese problema como podrían tener cualquier otro. La población que tradicionalmente alimentan la postura de rechazo, son personas mayores, menor actividad laboral, menor nivel cultural con más práctica religiosa y con un posicionamiento político hacia la derecha. Por el contrario, los que menos manifiestan rechazo son los jóvenes, estudiantes, profesionales o trabajadores activos, agnósticos y situados en la izquierda o centro-izquierda políticas⁷⁴.

Las medidas importantes. En cuanto a las intervenciones la mayoría de la población (85.9%) se perfila con una posición represora que defiende el aumento de las penas para los traficantes y vendedores de cualquier droga. El 58.3% de la población considera que los delincuentes con problemas de droga no deben ir a la cárcel, pero sí el internamiento en centros de tratamiento para los drogadictos. (Un 18.9% está en desacuerdo con esta posición). El 28% defienden que los delincuentes con problemas de drogas no deben internarse sino recibir tratamiento ambulatorio. (Esta

⁷⁴Ibíd. p.339, 340

posición suscita el rechazo del 46.7% de la población). Mayoritariamente (76.7%) de la población se oponen a condenar a penas de cárcel a los consumidores (sólo el 11% está de acuerdo con esta condena).

La población española valora como medidas más importantes en las actuaciones sobre las drogas, en su orden: la educación sobre drogas en las escuelas, las campañas de educación, el tratamiento voluntario de los consumidores, el tratamiento obligatorio, la administración de metadona, la administración médica de heroína, el control policial, las leyes contra las drogas, la restricción de la publicidad. La legalización de las drogas tiene la menor valoración con respecto a las demás medidas.

Ante la instalación de centros de atención a drogodependientes, la población española ha tenido una actitud y posición muy trascendente. Se presentan tres posiciones básicas: un 20.6% de la población manifiesta un apoyo activo a estos centros, el 29.7% con una actitud de claro y activo rechazo a estos mismos, y un 35.6% con una actitud de indiferencia hacia estos centros de atención.

Sobre la opinión que tienen los españoles sobre la posible solución del "problema de drogas" podemos afirmar que mayoritariamente, 60.3% de la población opina que el problema podría solucionarse si no hubiera tantos

intereses en juego; un 28% de la población entiende que es un problema de difícil solución con el que hay que aprender a convivir. Sólo un 6.6% de la población opina que los problemas de droga podrían erradicarse totalmente. Un 2.8% afirman que es un problema que siempre estará y no puede mejorarse ni solucionarse. En posiciones intermedias matizadas se mueve la mayoría de la población (51.6%), que cree que la acción es sumamente eficaz que se ha logrado algo pero que falta mucho por hacer y el 35% de la población entiende que la acción es poco eficaz y por lo tanto se ha conseguido poco.

Sobre la valoración de las intervenciones que se realizan o se han realizado frente a los problemas de drogas, la opinión de los españoles es bastante equilibrada, con cierta tendencia optimista. Existen dos posiciones extremas; el 5.4% piensa que la acción es muy eficaz y que está solucionando bastante bien el problema; un 4.4% entienden que la acción no es eficaz y que no se ha resuelto casi nada⁷⁵.

El estatus legal. Siendo las disposiciones legales de los consumos y de las mismas sustancias un elemento de importancia en la estrategia y en las políticas sobre drogas, la mirada de la población sobre este asunto es de gran relevancia. La mayoría de la población española entre 15 y 65 años

⁷⁵Ibíd. 342

mantiene actitudes prohibicionistas en relación a los comportamientos de consumo, de producción y venta de drogas. La relación entre las corrientes prohibicionista y permisiva son más ligeras, menos tolerantes, con respecto a los comportamientos de venta que con el de consumo de la sustancia, excepto con el cannabis. Esto tiene una explicación lógica, porque el cannabis no existe para el imaginario colectivo, su uso es siempre asociado con lo lúdico y recreativo. Por el contrario, la heroína y la cocaína cada vez penetran más en el imaginario social como formas legítimas de utilización a través de usos terapéuticos bajo control médico. Resulta paradójico, pero estas formas de proporcionar heroína y cocaína a los adictos son vistas como legítimas.

En España, a medida que se endurece la posición de la población en general respecto a la heroína y cocaína, la relación entre las posturas prohibicionista y permisivas han descendido desde 1.65 a 1.36 para el consumo, y desde 1.76 a 1.47 para la venta de cannabis. Para la cocaína y la heroína la ratio de prohibición-permisión bajó de 1.19, en 1984 a 1.08 en 1993. Las actitudes permisivas con relación al manejo global de la droga están en personas con edades entre los 15 y 35 años, con nivel educativo alto, profesionales, trabajadores, estudiantes, autopoisonados en la

izquierda o centro-izquierda y entre los que están convencidos que el problema de la droga es de difícil solución⁷⁶.

La prevalencia del consumo. Según las últimas investigaciones la sustancia más consumida en España es el alcohol (78.2%), seguido por el tabaco (55%), en tercer lugar el cannabis (13.3%), seguida por la cocaína, las anfetaminas, y los hipnosedantes (entre un 3.5% y un 2.8%). La heroína y otros opiáceos tiene un uso minoritario de (0.3%)⁷⁷.

Resulta importante referir en este trabajo los resultados del estudio de las representaciones sociales en España, puesto que sirven de referencia de discusión en el acápite pertinente, con los resultados de las investigaciones sobre representaciones sociales del consumo, realizadas en la ciudad Medellín y la presente investigación.

3.6.2 Contexto local

3.6.2.1 Tendencias de consumo en Colombia.

A continuación se presenta una semblanza del problema de las drogas en el contexto colombiano nacional, municipal y universitario con el fin de ofrecer un panorama que parte de lo general para llegar a lo particular.

⁷⁶Ibíd. P. 243-344

⁷⁷Ibíd. p. 345

En consonancia a lo ocurrido en otros países de su entorno, Colombia viene experimentado cambios en la dinámica interna de producción, tráfico y consumo de sustancias psicoactivas, lo que ha obligado a reconocer a expertos/as y autoridades que es crucial promover los esfuerzos de control de demanda, tanto como se enfatizan los de control de oferta⁷⁸.

En las últimas décadas en Colombia, se ha incrementado el consumo de algunas sustancias psicoactivas en forma preocupante, especialmente en la población joven. Por lo tanto, a nivel nacional e internacional ha cobrado importancia no solo la producción, el mercado y la distribución de drogas, algo tópico al pensar en este país, sino que también preocupa las medidas para la prevención del consumo y los daños asociados, así como el tratamiento, rehabilitación de los abusadores problemáticos y drogodependientes.

Según Thoumi⁷⁹, para muchos en Colombia, las drogas psicoactivas ilegales no se producirían si no existiera la demanda. En los Estados Unidos también es obvio para muchos que si no hubiera oferta las drogas ilegales

⁷⁸Stimson G, Choopanya K. Global perspectives on Drug Injecting. Ch 1. En Stimson G, Des Jarlais D, Ball A. (eds). Drug Injecting and HIV Infection. WHO: UCL Press; 1998.

⁷⁹ Thoumi FE. ¿el "problema" del control de drogas es institucional o de política?. [Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.mamacoca.org/FSMT_sept_2003/es/doc/thoumi_francisco_control_asunto_institucional_o_pol_es.htm. [consultado el 5 de octubre de 2009]

no se consumirían. En un nivel elemental ambas posiciones son válidas. En ambos países estas afirmaciones permiten colocar las causas de la producción, tráfico y consumo de drogas en el exterior. Así se exporta la responsabilidad y no se hace necesario explorar las causas internas e institucionales de la demanda y la oferta.

Para el mismo auto, en cualquier mercado, la demanda y la oferta evolucionan e interactúan entre sí. Es cierto que los productores intentan satisfacer la demanda existente pero también procuran incrementarla en los mercados existentes, y crear nuevos mercados y productos. Por ejemplo, al estudiar históricamente el mercado mundial de cocaína se encuentra que la demanda lo dinamizó durante los años setenta pero que desde principios de los años ochenta la oferta ha sido la fuerza predominante. Los precios en los principales mercados han caído un 75%; los productores se han diversificado produciendo crack y heroína etc.; se han abierto mercados en los países de tránsito; el mercado europeo se ha expandido; las redes de narcotráfico se han hecho más complejas incluyendo hoy a las Autodefensas y las guerrillas y se han vinculado con el crimen organizado mundial. Lo anterior, muestra un cuadro de una oferta dinámica que busca generar su propia demanda.

Siguiendo a Thoumi, expresa que un estudio simple de la distribución espacial de la industria de drogas ilegales en el mundo y de su demanda

muestra una alta concentración en pocos países. Si el fenómeno del consumo y producción se limitara esencialmente a lo económico, la distribución sería mucho más dispersa como la es la de todos los productos legales. Así mismo afirma, que es trivial decir que las drogas se producen porque son rentables. Es claro que la rentabilidad es una condición necesaria pero no suficiente para la producción de drogas ilegales. Lo notable es que la mayoría de los países que pueden producir no lo hacen.

Para este autor los principales países productores de drogas ilegales tienen características muy especiales. Todos son países en los que el imperio de la ley en lo que respecta a las drogas no prevalece. Las causas de esto son diversas: estados colapsados; estados que no controlan partes sustanciales de su territorio o que tienen sistemas legales débiles e inoperantes; países con minorías que han sido y son explotadas y excluidas económica y políticamente o con minorías que han mantenido su autonomía respecto al poder central y que no tienen lealtad a la nación; países en los que estén grupos subversivos que utilizan las drogas para financiarse; o países en los que la sociedad es tolerante hacia algunos comportamientos desviados. Todas estas características son de naturaleza institucional; es decir tienen que ver con los controles sociales al comportamiento y con los valores que se generan en cada sociedad.

Debido a su historia, geografía y desarrollo económico y político, Colombia era y es terreno abonado para el desarrollo de las actividades ilegales. Las instituciones y valores que se desarrollaron con la modernidad hicieron que Colombia fuera muy vulnerable a las drogas ilegales. Es necesario aceptar que Colombia tiene un problema institucional y de valores profundos que es necesario corregir con o sin drogas. Solamente así podrá obtener una independencia relativa. Los colombianos no pueden continuar aceptando que si alguien puede y viola la ley, eso nos autoriza a todos a hacerlo.

El consumo de drogas ha existido siempre y continuará. Sin embargo, firma Thoumi que "los controles siempre han sido sociales, no estatales. La producción, el tráfico y el consumo de drogas surgen cuando los controles sociales se debilitan. Por eso, el "problema" no es de políticas sino de instituciones y valores. En el mejor de los casos, las políticas tradicionales son un paliativo de corto plazo"⁸⁰.

Por otra parte afirma que, la globalización está acentuando y produciendo conflictos entre culturas que antes no existían porque los contactos eran mucho más débiles. Históricamente cada sociedad ha manejado el uso de drogas de manera específica que refleja sus propios valores e instituciones. Por eso, el intento de globalizar las políticas contra

⁸⁰Ibíd. Thoumi. p. 2

las drogas ha proporcionado un campo de batalla para el enfrentamiento cultural. Finalmente, la meta de cualquier política estratégica colombiana deberá ser la disminución de la vulnerabilidad de Colombia a las tentaciones de ganancias ilegales en el mundo. Es decir, el fortalecimiento institucional, ético y estatal que le permita al país lograr un grado de independencia ante los países hegemónicos⁸¹.

3.6.2.2 Evolución del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (1992- 2006).

En Colombia se han realizado varios estudios de consumo de sustancias psicoactivas de los que seguidamente se presenta su evolución. Los principales estudios desarrollados para conocer el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas difieren en cuanto a sus metodologías y a la población estudiada. Sin embargo, existen elementos generales en estas investigaciones que pueden ser comparados periódicamente y dar cuenta de los cambios ocurridos en el consumo de Colombia, que han servido de base para levantar líneas de investigación para nuevos estudios nacionales.

⁸¹Ibíd. p. 3

De los análisis de los resultados obtenidos en los estudios realizados en Colombia: El estudio realizado por la Dirección Nacional de Estupefacientes, 1992 y 1996, sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas, en población general de 12 a 60 años⁸²; La Encuesta Nacional realizado por el programa Presidencial-Rumbos en 2001, sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población juvenil entre los 10 y 24 años⁸³; el Estudio Nacional de Salud Mental, realizado por el Ministerio de la Protección Social, 2003 en población general de 18 a 65 años⁸⁴; y la Encuesta Nacional realizada por el Ministerio de la Protección Social, 2003 sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes de 12 a 17⁸⁵, se puede inferir que el panorama general sobre la situación del consumo y los patrones de consumo en el país, en la década de los 90° y principios de siglo XXI es el siguiente:

Edad de Inicio del consumo de sustancias psicoactivas.

En términos generales los estudios sugieren una considerable reducción en la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas. Mientras que la edad de inicio de la cocaína para el año de 1996 era de 21.9

⁸²Colombia. Dirección Nacional de Estupefacientes. El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 1992 y 1996. Bogotá: La Dirección; 1996.

⁸³ Fundación Rumbos. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población juvenil entre 10-24 años.

⁸⁴Colombia. Ministerio de Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia, 2003. Bogotá: El Ministerio; 2003.

⁸⁵Colombia. Ministerio de Protección Social. Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes de 12 a 17. Colombia, 2004. Bogotá: El Ministerio; 2004.

años, para el año de 2001 se redujo en 14.8 años. Para la marihuana disminuyó de 18.2 (1996) al 14.8 años.

El alcohol ha sido la sustancia de mayor consumo en Colombia ha oscilado entre el 70 al 90% de prevalencia de vida⁸⁶, favoreciendo su consumo y posibilitando la reducción en la edad de inicio a 13 años promedio. Al respecto el texto resumen de la política de reducción del consumo de sustancia psicoactivas y su impacto, 2007 cita una investigación sobre prevalencia del tabaco en adolescentes escolarizados⁸⁷, donde se revela que 6 de cada 10 escolares a partir del sexto grado han probado cigarrillo y 1 de cada 2 se considera fumador actual⁸⁸.

Tabla 4. Edad promedio de inicio del consumo de SPA en jóvenes y proporción de inicio antes de los años por sustancia. Colombia, 2001.⁸⁹

Sustancias	Edad promedio de inicio	Proporción de inicio antes de los 10 años (%)
Alcohol	12,9	15,2
Cigarrillo	13,7	6,8
Marihuana	14.8	2.5
Cocaína	14.8	2.2

Fuente: Encuesta nacional de consumo de SPA en jóvenes de 10 a 24 años. Colombia, Programa RUMBOS, 2001.

⁸⁶Colombia. Ministerio de Protección Social. "Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto". Resumen ejecutivo. Bogotá: 2007.p. 8.

⁸⁷Colombia. Ministerio de Protección Social. En: Giraldo, H. Dennis, R; Solarte, I; Jurado, A; Molina, D, y Vera, A. (2006). Resumen ejecutivo sobre la Prevalencia de tabaquismo y sus factores asociados en adolescentes escolarizados de siete ciudades colombianas 2005-2006. Bogotá: El Ministerio; 2006.

⁸⁸Ibíd. p. 8.

⁸⁹Rumbos. Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia, 2001

Prevalencia anual y prevalencia de vida de algunas de las sustancias psicoactivas⁹⁰.

Alcohol. En 1992 el estudio de la Dirección Nacional de Estupefacientes muestra que el 90% de la población colombiana había consumido alguna vez alcohol, el 89% de los hombres eran consumidores y el 68% de las mujeres. En 1996 se identifica una reducción; el 72,5% de los hombres y el 51,4% de las mujeres.

Otro estudio realizado por Mejía y Pérez en 2003, evidencia que la inyección de alcohol es una práctica común entre grupos de jóvenes que buscan embriagarse de manera más rápida, económica y "efectiva"⁹¹.

Según la encuesta Nacional sobre consumo de sustancia psicoactivas en jóvenes escolares 12-17 años de 2004, el alcohol presenta una prevalencia de vida del 74.9% y una prevalencia anual del 61.8%. O sea, tres de cada cuatro adolescentes han consumido alcohol y dos de cada tres lo consumen de forma más o menos regular.

En este mismo sentido, la Encuesta de Rumbos, 2001 arroja que el 83% de los jóvenes estudiantes había probado alguna bebida alcohólica y el

⁹⁰ La población, la metodología y las muestras no son posibles compararla estrictamente pero nos permiten inferir los cambios en el consumo de las sustancias

⁹¹ Mejía IE, Pérez A. Multi-city study on Injecting Drug Use and Health Risk Behaviors. Bogotá, 2001-2003.

78,3% lo había hecho en el último mes. Los porcentajes entre universitarios fueron mayores; el 94,6% afirma haber probado alguna vez alcohol y el 89,7% se presenta como consumidor actual. Se puede colegir que el consumo de alcohol se incrementa en el final de la adolescencia y la primera juventud.

Tabaco. Con relación al consumo de tabaco, las cifras no permiten establecer un patrón claro. La encuesta a escolares de 2004 registra entre los jóvenes el 46% de prevalencia de vida y 22.6% de consumo en el último mes. La encuesta de Rumbos indicó que el 30,3% de los jóvenes entre 10 y 24 años serían fumadores.

Marihuana. A su vez, la marihuana resultó ser la sustancia ilegal con mayor prevalencia de vida teniendo un aumento considerable entre los años 1992-1996 (5.4%), 2002 (8.9%) y 2004 (7.6%) y una prevalencia anual, 1992 (1.1%), 1996 (1.1%), 2001(6.2%) y 2004 (6.6%). El estudio de Salud Mental la calcula 11%⁹². Sin embargo, es importante resaltar que estos datos sólo coinciden en las dos primeras muestras en población de (12-60 años), mientras que la tercera y cuarta muestra corresponde a los jóvenes escolarizados entre los 10 y 24 años y los 12 y 17 años.

⁹² Estas cifras reflejan variaciones debidas a las muestras y otros aspectos metodológicos, en ningún caso a evoluciones en los patrones de consumo.

Cocaína. En el caso de la cocaína se han presentado variaciones significativas. Por ejemplo, la prevalencia anual del uso de esta sustancia estaba en un 0.3% para el año 1992, 1.6% en 1996, y en 3% para el año 2001, y decreció porcentualmente para el año 2004 (1.6%); ocurrió lo mismo con respecto a la prevalencia de vida 1992 (0.8%), 2001 (4.5%), y 2004 (1.8%); según estos datos ambas prevaleticias del consumo de sustancias psicoactivas han venido variando, presentándose los principales picos durante el año 2001. En el estudio de de Salud mental este consumo se reporta en el 3,7 de los casos. Parece indicar un aumento importante en los años 90 hasta alcanzar un máximo a finales de la década, principios del siglo y decaer desde entonces.

En el año 2000 se realizó un estudio sobre recursos y resultados de los programas de tratamiento para problemas asociados con el uso de psicoactivos en programas ubicados en el Valle de Aburra. Se encuentra que el 38% empieza su consumo de sustancias "duras" con cocaína, también se menciona el basuco, inhalables y tranquilizantes. En el 39.5% de los casos el consumo de cocaína y basuco son las sustancias reportadas de mayor problema, 24% por marihuana, 17% por alcohol⁹³. O sea, la ingestión de cocaína base con impurezas genera una intensa demanda de tratamiento.

⁹³ Ruiz Granada A. et al. Recursos y resultados de los programas de tratamiento para problemas asociados con el uso de psicoactivos en programas ubicados en el Valle de Aburra. Medellín, Colombia 2001. P. 73

Esto es de esperar tanto por el contenido de ese producto como por la forma de ingesta y la frecuencia con que se toma, que resultan muy dañinas para las vías respiratorias, el sistema circulatorio, etc.

Es importante resaltar el contraste con relación al basuco; por un lado es el principal motivo de ingreso a tratamiento, pero es una de las sustancias con más bajo registro en los estudios; así, entre 1992-1996 la proporción de consumidores se estima en 1,5%; 2001 en 1.2% y 2004 en 1.4%.

Solventes e inhalables. Con relación a solventes e inhalables entre 1992-1996 la prevalencia de vida osciló entre 3,8% y 7,6%⁹⁴; 2001 en 2,2%, y 2004 en 3.8%.

Éxtasis. El Éxtasis reveló una prevalencia anual de 0.25% para el año 1992; 1.7% para el año 2001; 2,2% en el año 2002 y 2.8% para el año 2004. A su vez la prevalencia de vida reportó un 0.7% para el año 1992; frente al 2.2% del año 2001, y el 3.3% en el 2004. Se ve claramente el

⁹⁴ el aparente aumento en los registros de un estudio a otro, puede deberse a que en el segundo se preguntó por exposición de sujetos en gasolineras, que podría ser completamente accidental y no corresponder a un consumo deliberado.

aumento del consumo de esta sustancia entre 1992 y 2004, a pesar de ser anteriormente, completamente desconocida en Colombia⁹⁵.

Heroína. La heroína, se considera una sustancia altamente peligrosa por su potencial adictivo. Para el año 1992 la prevalencia anual de consumo de esta sustancia, estaba en un 0.03% y la anual en un 1.7%; pasados 9 años las cifras se ubican en un porcentaje del 1.6% prevalencia anual, y un 1.1% prevalencia de vida en el 2001. Tres años más tarde (2004) la prevalencia anual de esta sustancia estaba en 1.2% y en 1.3% prevalencia de vida. Aparece, por tanto, un preocupante aumento en las tasas de consumo que pueden ser índice de la penetración del uso de este opiáceo en las costumbres de ciertos sectores colombianos, un resultado preocupante por la posibilidad de que se generen patrones de consumo compulsivo que tengan a los opiáceos en su centro, lo que ha sido fuente de muchos problemas en otras regiones del mundo, como Norteamérica, Europa, etc.

Tranquilizantes y anfetaminas. En el año 2001, el programa presidencial para afrontar el consumo de drogas (Rumbos), indaga por el consumo de tranquilizantes y anfetaminas y encuentra una frecuencia de 2,4% para los primeros y 1,1% para las segundas. El 2.3% reportado por el

⁹⁵ Ministerio de la Protección Social-CICAD-OEA. Encuesta nacional de consumo de psicoactivos en jóvenes escolarizados 12-17 años.

Estudio Nacional de Salud Mental muestra estabilidad; sin embargo, el estudio de escolares de 2004 despliega alertas con la cifra de 9.9%⁹⁶.

En un estudio realizado en Bogotá y publicado en 2002, Scopetta y sus colaboradores⁹⁷, identificaron cuatro tendencias relacionadas con el consumo durante este periodo: a) el aumento en los consumidores; b) la concentración del consumo en las zonas urbanas; c) la disminución de la edad de inicio de consumo; d) el aumento del consumo en mujeres.

De igual manera, cuando se compararon los resultados de los estudios realizados durante 1992-1996 por la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), la Encuesta Nacional de 2001 y el trabajo de Rumbos 2002, se identifican cuatro tendencias en el consumo de sustancias psicoactivas:

La primera tendencia identificada el aumento de consumidores de sustancias psicoactivas; entre 1992-1996 el número se incrementó en 0.8%, lo que se atribuye a la mayor participación de jóvenes y mujeres en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas; y también al consumo de

⁹⁶Ibíd.

⁹⁷Scopetta O., Peña P. La juventud y las drogas. Bogotá: Alfaomega. Libros de cambio, 2002.

marihuana, el más generalizado de los que implican drogas ilegales. Los datos fueron recogidos en población entre 12 y 60 años⁹⁸.

La segunda tendencia es la concentración del consumo en zonas urbanas; esta afirmación exige contrastación, porque los estudios realizados durante el período 1992-1996, su alcance es nacional (urbano/rural); mientras que, en el 2002 sólo se desarrolla en ciudades capitales.

La tercera tendencia es la disminución de la edad en el inicio del consumo de marihuana; el estudio de 1996 la registró en 15,9 años; Rumbos encontró 12,9 años como edad promedio de inicio y llamó la atención sobre el hecho de que el 15,2% de los encuestados, lo hizo antes de los 10 años⁹⁹. En otro estudio realizado en el 2008 sobre consumo de alcohol en menores de 18 años resultó que la edad de inicio fue de 10 años para los hombres y 11 para las mujeres, comparado con otros estudios previos de 12 años en la edad de inicio. Igualmente, se observó que 13% de los hombres y 8% de las mujeres comenzaron a consumir alcohol antes de cumplir 10 años, y las dos ciudades en donde estos fenómenos fueron más pronunciados fueron Medellín y Tunja (por encima del 20%).

⁹⁸ Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio nacional de sustancias psicoactivas en población general 12- 60 años, 1996

⁹⁹ Colombia. Ministerio de la Protección Social. Programa Presidencial para afrontar el Consumo de Drogas-Rumbos. Juventud y consumo de sustancias psicoactivas. Encuesta nacional 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años. Bogotá, p. 59-91

La cuarta tendencia es el aumento del consumo femenino; en 1992, 12.8 hombres consumían cocaína por cada mujer que lo hacía; en 1996, 5,4 hombres por cada mujer; y en 2001, 2 hombres por cada mujer. El uso de alcohol fue reportado por 79,5% de los hombres frente al 77,5% de las mujeres. Aunque las formas de consumo, la frecuencia e intensidad pueden diferir por género, la tendencia hacia la convergencia es llamativa y supone un tema importante a investigar en el futuro¹⁰⁰.

Los datos relacionados con el consumo de diversas sustancias, son confirmados por el informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Sustancias Psicoactivas (VESPA, 2001); según este informe la sustancia con la que se inicia el consumo es el alcohol con 46.8%, seguido del tabaco con 26.6% y la marihuana con 18.8%; y la edad promedio es a los 12 años¹⁰¹.

Trastornos por consumo. Así mismo, en el estudio nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en el 2003, muestra que el 10,7% de la población entre 18 a 65 años, tiene alguno de los trastornos por consumo de cualquier sustancia psicoactiva¹⁰². Estos problemas se distribuyen de diferente manera según sustancia y sexo; el

¹⁰⁰Montoya Vásquez EM. Patrón de consumo percibido en los pares y uso de drogas en estudiantes universitarios entre 18 y 24 años de segundo y tercer año de cuatro facultades de salud de la universidad de Antioquia, Medellín, colombiana, 2007-2008..p. 43

¹⁰¹Ibíd. Rumbos 2001. p.5

¹⁰²Ministerio de Protección Social, Encuesta Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003.

abuso de alcohol engloba un porcentaje mayor de ciudadanos (6,8%). Ver tabla 5.

Tabla 5. Proporción de trastornos por uso de cualquier sustancia psicoactiva en Colombia, por sexo. 2003.

DIAGNÓSTICO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Cualquier trastorno por uso de sustancias psicoactivas	21.1%	2.7%	10.7%
Abuso de alcohol	13.4%	1.7%	6.8%
Dependencia al alcohol	5.1%	0.4%	2.4%
Abuso de drogas	2.2%	0.1%	1.0%
Dependencia a drogas	1.3%	0.2%	0.7%
Dependencia a nicotina	2.8%	0.5%	1.5%

Fuente: Elaboración de la investigadora. Datos retomados del Estudio Nacional de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas, Colombia 2003. p. 39

El anterior estudio, mide también el trastorno mental en jóvenes a partir de los 12 años; sin embargo estos datos no fueron válidos por problemas con el instrumento. Para dar cuenta de estos problemas en jóvenes se cuenta a nivel nacional con el estudio de escolares realizado con apoyo de la Organización de Estados Americanos y la CICAD, así como también del Ministerio de Protección Social. En el caso de los jóvenes Colombianos se observa que la sustancia de mayor consumo en la vida es el alcohol (75%), seguido por el cigarrillo (46%). Las otras sustancias psicoactivas, la mayoría ilegales, presentan una prevalencia que oscila entre 0,4% y 9,9% (la mayor para los tranquilizantes y la menor para el opio). Ver tabla 6

Tabla 6. Prevalencia de consumo de psicoactivos en Colombia, por sustancia y departamento. 2004

Depto.	Marihuana	cve	Solventes e Inhalante	cve	Tranquilizante	cve	Estimulante	cve	Alucinógeno	cve	Cocaína	cve
Cesar	2%	75%	1%	145%	7%	21%	4%	37%	1%	246%	1%	201%
Caquetá	3%	76%	3%	97%	10%	24%	5%	50%	2%	171%	2%	174%
Sucre	2%	86%	2%	79%	8%	20%	4%	41%	0%	434%	0%	416%
Amazonas	5%	92%	3%	150%	11%	41%	7%	64%	1%	420%	2%	252%
Putumayo	8%	101%	4%	191%	9%	91%	4%	185%	1%	636%	2%	378%
Arauca	3%	129%	2%	172%	5%	67%	3%	127%	1%	477%	1%	429%
Casanare	3%	129%	2%	196%	10%	34%	5%	77%	1%	266%	1%	350%
Santa Marta	1%	144%	1%	155%	7%	20%	4%	40%	1%	284%	1%	287%
Vichada	6%	147%	5%	184%	12%	71%	7%	134%	2%	493%	1%	829%
San Andrés	5%	155%	3%	259%	7%	107%	4%	188%	1%	943%	1%	1101%
Bolívar	1%	158%	1%	179%	7%	29%	4%	55%	0%	640%	0%	640%
Guajira	1%	162%	1%	264%	9%	21%	5%	41%	0%	465%	1%	295%
Chocó	1%	192%	1%	205%	8%	33%	5%	55%	1%	499%	1%	499%
Magdalena	1%	202%	1%	319%	6%	33%	3%	68%	0%	962%	0%	925%
Guaviare	6%	219%	3%	219%	16%	35%	9%	65%	1%	632%	2%	376%
Vaupés	5%	266%	2%	640%	7%	165%	6%	193%	2%	770%	2%	547%
Colombia	7,60%	2,5%	3,8%	5,1%	9,9%	1,90%	5,60%	3,40%	2,10%	9,50%	1,8%	11,1%

Fuente: Presentación del Ministerio Protección Social. Diapositiva 18, sobre la Encuesta nacional sobre consumo SPA en jóvenes escolares 12-17 años.

La investigación refleja los riesgos a los cuales están expuestos los jóvenes en Colombia. El promedio de menor edad de inicio es para el **alcohol** (12,9 años) seguido del **cigarrillo** (13,7 años). **La marihuana y la cocaína** se inician a una edad promedio de 14,8 años. Se indaga también la proporción de jóvenes que habrían iniciado el consumo antes de los 10 años encontrándose también el mismo orden de aparición que la edad promedio: mayor para el alcohol y menor para la cocaína y la marihuana.

Durante 2005-2006 se realizó un estudio con adolescentes escolarizados en siete ciudades del país, que arroja una prevalencia de vida de 60.5% y 29% con consumo; se concluye que 6 de cada 10 jóvenes entre

6° y 11° han probado cigarrillo, y que 1 de cada 2 se considera fumador. De acuerdo con estos datos el patrón de consumo de tabaco entre adolescentes es inverso a la tendencia hacia la baja que se presenta entre adultos, en las últimas dos décadas¹⁰³.

3.6.2.3 Situación del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2008.

Seguidamente se resumen los principales resultados del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias psicoactivos, realizado en el año 2008¹⁰⁴, en población general colombiana entre 12 y 65 años, residentes en todos los municipios con más de 30.000 habitantes, aplicando una encuesta de hogares en zona urbana, sin incluir zona rural ni población de instituciones. En este estudio se entrevistaron 29.164 personas, utilizando la metodología del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC).

En este estudio, cerca de 45% de las personas encuestadas declaran haber consumido **tabaco/cigarrillos** alguna vez en la vida

¹⁰³Giraldo H., Dennis R., Solarte I., Jurado A., Molina D., Vera A. Prevalencia de tabaquismo y sus factores asociados en adolescentes escolarizados de siete ciudades colombianas 2005-2006.

¹⁰⁴ República de Colombia. Ministerio de la Protección Social-Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2008. p.17.

(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 hombres¹⁰⁵.

Alcohol. En términos de la edad, la mayor tasa de uso actual de alcohol se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años, con 46%, y le sigue el grupo de 25 a 34 años, con casi 43%. La diferencia entre estos dos grupos no es significativa, pero si son estadísticamente significativas las diferencias entre ellos y los otros tres grupos. El uso actual de alcohol según estrato socioeconómico el mayor consumo se registra en los estratos 5 y 6, con 57%, seguido por el estrato 4, con 38%. El menor consumo en términos de frecuencia se reporta en el estrato 1, con 27%. La tasa de consumo en los estratos 5 y 6 es significativamente superior a las de los otros estratos socioeconómicos¹⁰⁶.

¹⁰⁵Ibíd. P. 52

¹⁰⁶Ibíd. P.56

Según las cifras del estudio, 2.4 millones de personas en Colombia con edades entre 12 y 65 años presentan un uso de alcohol que se puede considerar riesgoso o perjudicial. Esto equivale a 35% de los consumidores actuales de alcohol, o 12.2% de la población global. Del total de 2.4 millones, 1.8 millones son hombres y 0.6 millones son mujeres, es decir, de cada 4 consumidores en estas condiciones, 3 son hombres y una es mujer¹⁰⁷.

En cuanto a la relación con los estratos socioeconómicos y considerando la población total en cada subgrupo, las diferencias entre estratos no son muy notorias, con cifras que van desde 10.7% en el estrato 4 a 12.8% en el estrato 2. Sin embargo, cuando se evalúa el consumo de riesgo o perjudicial en relación con los consumidores del último mes, la situación varía notablemente. En efecto, mientras 20% de los consumidores de alcohol de los estratos 5 y 6 pueden ser considerados en la condición de riesgo o perjudicial, las cifras ascienden a 39% en el estrato 2 y 44% en el estrato 1¹⁰⁸.

En cuanto al ámbito geográfico, los resultados por departamentos y grandes ciudades, referentes al consumo riesgoso o perjudicial de alcohol. Se registran cifras inferiores a 10% en relación con la población total en Cali

¹⁰⁷Ibíd. 9. 59

¹⁰⁸Ibíd. P. 60

y Yumbo, Huila, Meta, Quindío, Risaralda y Santander. En contraste, se reportan porcentajes superiores a 17% en Medellín, San Andrés y Providencia, Córdoba y Chocó¹⁰⁹.

Tabla 7 Prevalencia de consumo por sustancia por sexo. Colombia, 2008.

PREVALENCIA DE CONSUMO						
Sustancia	Vida		Año		Mes	
	H	M	H	M	H	M
Tabaco	56.2	34.1	29.0	14.7	23.8	11.1
Alcohol	90.2	82.4	71.9	51.7	46.0	24.8
Tranquilizantes	1.5	1.8	0.5	0.5	0.2	0.2
Cualquier Sustancia Ilícita	14.4	4.5	4.5	1.1	3.2	0.6
Marihuana	12.7	3.7	3.7	0.9	2.8	0.5
Cocaína	4.1	1.0	1.2	0.2	0.8	0.0
Basuco	1.9	0.3	0.3	0.0	0.1	0.0
Éxtasis	1.3	0.4	0.4	0.1	0.1	0.0
Heroína	0.38	0.03	0.04	0.01	0.03	0.00
Inhalables	1.2	0.2	0.3	0.1	0.1	0.0

Fuente: Elaboración de la investigadora. Tomado del Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2008. P 17-23

¹⁰⁹Ibíd. P. 61.

Tabla 8. Edad promedio de inicio de consumo por sustancia por sexo. Colombia, 2008.

Sustancia	Edad promedio de inicio de consumo	
	Hombres	Mujeres
Tabaco	16.3	16
Alcohol	15.9	18.2
Tranquilizantes	22.4	29.7
Cualquier sustancia ilícita	18.0	18.0
Marihuana	17.8	17.6
Cocaína	20.2	18.5
Basuco	20.2	18.3
Éxtasis	19.2	1.6
Heroína		
Inhalables		

Fuente: Elaboración de la investigadora. Tomado del Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2008. P.51-104

Sustancias Ilícitas. La mediana indica que 50% de las personas que han usado sustancias ilícitas alguna vez en su vida, lo hicieron por primera vez a los 17 años o antes y otro 50% lo hizo con posterioridad. Se encontró que 9,1% de las personas encuestadas han usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, con 14,4% de los hombres y 4,5% de las mujeres¹¹⁰.

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

¹¹⁰Ibíd. p. 71

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%¹¹¹.

En cuanto a estratos socioeconómicos, el mayor consumo reciente de sustancias ilícitas se encuentra en el estrato 4, con 4% 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 2¹¹².

También es importante mencionar que tres de cada cuatro consumidores, consumieron por primera vez antes de los 20 años (percentil 75), y sólo un 25% lo hizo a partir de esa edad¹¹³.

Las cifras de personas que podrían ser clasificadas como dependientes o abusadoras de cualquier sustancia ilícita. Se estima en aproximadamente 235 mil, el número de personas que cumplirían los criterios de dependencia de alguna sustancia ilícita como marihuana, cocaína o basuco, siendo la cifra

¹¹¹Ibíd. P. 68

¹¹²Ibíd. P. 68

¹¹³Ibíd. P. 71

estimada, significativamente mayor para los hombres que para las mujeres (casi en una proporción de cinco a una)¹¹⁴.

Tabla 9. Consumo reciente (prevalencia último año) de cualquier sustancias ilícita según dominio departamental. Colombia, 2008

Dominio departamental	%	Intervalo de confianza	Numero de consumidores	Intervalo de confianza (casos)
Bogota D.C.	2.86	2.02 - 3.71	149.775	105.730 - 194.187
Medellin y area metrop.	6.31	4.59 - 8.04	153.016	111.248 - 194.865
Call y Yumbo	4.94	3.06 - 6.81	79.974	49.562 - 110.299
Orinoquia y Amazonia	2.14	1.08 - 3.20	6.610	3.330 - 9.866
San Andres y Providencia	1.93	0.00 - 4.31	711	0 - 1.591
Resto de Antioquia	1.62	0.45 - 2.79	5.742	1.595 - 9.887
Atlantico	1.80	0.66 - 2.93	24.045	8.836 - 39.227
Bolivar	1.37	0.27 - 2.47	10.850	2.139 - 19.563
Boyaca	0.59	0.00 - 1.28	1.828	0 - 3.963
Caldas	2.81	1.56 - 4.05	10.514	5.846 - 15.178
Cauca	3.06	1.13 - 4.98	7.054	2.608 - 11.493
Cesar	0.78	0.16 - 1.41	2.380	496 - 4.281
Cordoba	0.99	0.14 - 1.83	3.962	563 - 7.356
Cundinamarca	1.90	1.02 - 2.79	14.589	7.817 - 21.383
Choco	1.54	0.00 - 3.68	1.093	0 - 2.616
Hulla	0.06	0.00 - 0.18	169	0 - 510
La Guajira	1.28	0.23 - 2.33	2.118	380 - 3.853
Magdalena	1.11	0.08 - 2.15	4.736	341 - 9.156
Meta	0.76	0.14 - 1.38	2.541	467 - 4.606
Narino	1.88	0.63 - 3.13	6.706	2.247 - 11.162
Norte de Santander	0.38	0.00 - 0.85	2.312	0 - 5.136
Quindio	3.96	1.25 - 6.67	11.278	3.561 - 19.002
Risaralda	2.37	0.79 - 3.95	11.002	3.668 - 18.342
Santander	1.21	0.44 - 1.99	10.504	3.813 - 17.246
Sucre	2.32	0.47 - 4.16	5.001	1.014 - 8.974
Tolima	2.62	1.42 - 3.82	10.045	5.449 - 14.660
Resto del Valle	0.30	0.00 - 0.63	2.465	0 - 5.128
Total	2.74	2.37 - 3.11	541.020	468.332 - 613.708

*Prevalencia e incidencias de último año y último mes incluyen las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína e inhalables

Fuente: Estudio Nacional consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008. P.69

En cuanto a abuso, unas 63 mil personas entrarían en esta clasificación según el criterio del DSM-IV. Sumando ambos resultados, se tiene que en Colombia habría aproximadamente 300 mil personas que

¹¹⁴Ibíd. P. 71.

pueden ser consideradas en las categorías de abuso, dependencia a alguna droga ilícita como marihuana, cocaína o basuco¹¹⁵.

Tabla 10. Consumo reciente (prevalencia último año) de cualquier sustancia ilícita según estrato socioeconómico. Colombia, 2008.

Estrato socioeconómico	%	Intervalo de confianza	Número de consumidores	Intervalo de confianza (casos)
1	2.44	1.86 - 3.03	90.650	69.054 - 112.491
2	2.44	1.96 - 2.92	172.862	138.694 - 206.626
3	2.78	2.06 - 3.50	165.659	122.744 - 208.546
4	4.21	2.19 - 6.23	79.260	41.222 - 117.265
5-6	2.87	1.48 - 4.27	32.589	16.802 - 48.476
Total	2.74	2.37 - 3.11	541.020	468.332 - 613.708

*Prevalencia e incidencias de último año y último mes incluyen las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína e inhalables

Fuente: Estudio Nacional consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008. P.68

En términos de las particiones geográficas de la muestra, Medellín y su área metropolitana presentan el mayor número de personas con abuso o dependencia de sustancias ilícitas, como también la mayor proporción respecto de la población general¹¹⁶.

Marihuana. La prevalencia del consumo de marihuana durante el último año según dominio departamental. Se pueden apreciar importantes diferencias entre los departamentos. Las prevalencias más bajas se encuentran en Huila (0.06%), Valle - sin incluir a Cali y Yumbo- (0.2%), Boyacá (0.3%), y Norte de Santander (0.3%). Las tasas más altas se

¹¹⁵Ibíd. P. 71.

¹¹⁶Ibíd. P. 74.

encuentran en Cauca 2.9%, Quindío 3.1%, Cali 3.8%, y Medellín y el área metropolitana 5.2%. La prevalencia del último año según el nivel de urbanización. Se observan amplias diferencias: las áreas con menor densidad de población muestran prevalencias más bajas, mientras que las mayores prevalencias se encuentran en Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla¹¹⁷.

El 1.7% de la población total de estrato 1 muestra signos de abuso o dependencia de marihuana. Sin embargo, entre los que declararon haber consumido marihuana en los últimos doce meses, en dicho grupo más del 82% muestran signos de abuso o dependencia. Las tasas de abuso o dependencia más bajas se encuentran en los estratos 5-6, en los que respecto a la población total, menos de 1% muestran signos de abuso o dependencia, y entre los consumidores del último año 28.2% muestran signos de abuso o dependencia¹¹⁸. En otras palabras, independientemente de la magnitud del consumo de marihuana, el uso de esta sustancia parece tener un impacto negativo mayor en los estratos bajos.

En cuanto al consumo de marihuana según el nivel de urbanización, se observa que Bogotá y Medellín, las áreas urbanas más densas, muestran niveles de abuso o dependencia más altas respecto a la población total,

¹¹⁷Ibíd. P. 79

¹¹⁸Ibíd. P. 83.

1.13% y 2.4% respectivamente. Sin embargo, las mayores tasas de consumo perjudicial se encuentran en las ciudades de 70.000 a 199.999 habitantes (67.45%), seguidas por las ciudades de 200.000 a 1.074.000 habitantes (57.44%). La tasa de consumo perjudicial más baja entre consumidores del último año se encuentra en Bogotá, con 45%, seguida por ciudades con menos de 70.000 habitan¹¹⁹.

Heroína. 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 dimensión¹²⁰.

El estudio arroja 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

¹¹⁹Ibíd. P. 84

¹²⁰Ibíd. P.102

estimaciones indican que en el país hay más de 3.000 consumidores de heroína, de los cuales la gran mayoría son hombres¹²¹.

Panorama global sobre percepción de riesgo

En el estudio, la percepción de riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas se ha centrado hasta ahora en la percepción de “gran riesgo” en el consumo de las principales sustancias de abuso. Sin embargo, existen también otros niveles de riesgo percibido, tales como “ningún riesgo”, “riesgo leve” y “riesgo moderado”. Adicionalmente, algunas personas no respondieron o dijeron no saber cuál es el riesgo que conlleva el consumo de unas u otras sustancias. Igualmente, se puede apreciar con mayor facilidad cuáles son las sustancias cuyo consumo es percibido por las personas como más riesgosas, y cuáles son las sustancias percibidas como menos riesgosas. Así mismo, se puede comparar la proporción de personas que consideran de gran riesgo el consumo de una sustancia, con la de aquellas que no lo consideran riesgoso o le atribuyen un nivel de riesgo leve o moderado. Este aspecto resulta de gran importancia para las acciones de sensibilización y educación preventiva. (Ver tabla 11)

¹²¹Ibíd. p. 22

Tabla 11. Percepción de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas (porcentajes). Colombia, 2008.

Sustancias y formas/niveles de consumo	Ningún riesgo	Riesgo leve	Riesgo moderado	Gran riesgo	No sabe
Fumar cigarrillos una o dos veces al día	1,7	12,0	22,2	61,0	3,1
Fumar cigarrillos frecuentemente	0,6	3,1	10,5	82,8	3,0
Tomar cinco o más bebidas alcohólicas diariamente	0,7	3,7	13,2	79,3	3,1
Emborracharse con bebidas alcohólicas	0,5	3,0	11,3	82,0	3,2
Tomar tranquilizantes/estimulantes sin receta médica una o dos veces al mes	1,2	5,9	14,9	70,9	7,1
Tomar tranquilizantes/estimulantes sin receta médica tres o más veces al mes	0,8	3,2	10,9	77,8	7,5
Aspirar sustancias inhalables (pegantes o solventes) una o dos veces al mes	0,4	2,0	6,2	87,1	4,3
Aspira sustancias inhalables (pegantes o solventes) tres o más veces al mes	0,3	1,1	4,4	89,9	4,5
Probar marihuana una o dos veces	2,3	8,1	13,4	72,4	3,8
Fumar marihuana una o dos veces por semana	0,8	3,7	10,1	81,6	3,7
Fumar marihuana tres o más veces por semana	0,4	1,5	5,3	89,1	3,8
Probar cocaína una o dos veces	0,7	3,7	7,3	83,5	4,9
Consumir cocaína una o dos veces al mes	0,3	1,5	5,8	87,6	5,0
Consumir cocaína tres o más veces al mes	0,1	0,6	3,0	91,1	5,2
Probar basuco una o dos veces	0,5	2,8	6,1	85,7	4,9
Consumir basuco una o dos veces al mes	0,2	1,1	4,4	89,4	4,9
Consumir basuco tres o más veces al mes	0,1	0,3	2,3	92,2	5,1
Probar éxtasis una o dos veces	0,5	3,0	5,5	82,8	8,2
Consumir éxtasis una o dos veces al mes	0,2	1,2	4,2	86,1	8,3
Consumir éxtasis tres o más veces al mes	0,1	0,4	1,8	89,2	8,4

Fuente: Estudio Nacional consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008. P.123

La tabla siguiente muestran el porcentaje de personas que perciben que es fácil conseguir marihuana y el porcentaje que han recibido ofertas de esta sustancia, dominio departamental. La mayor percepción de facilidad de acceso a la marihuana se encuentra en Caldas (60.3%), Cauca (59.0%), y las ciudades Cali (61.6%) y Medellín (58.6%). Los departamentos donde la

percepción de facilidad de acceso es menor son: Sucre (19.8%), Córdoba (25.9%), Norte de Santander (31%) y Chocó (31%). Las ciudades donde más reportaron mayores ofertas durante los últimos 30 días son Medellín y Cali, con 6% en cada una. Los departamentos donde hubo mayor declaración de oferta de marihuana en el último año son: San Andrés y Providencia y Risaralda. El acceso a sustancias psicoactivas ilícitas se percibe como fácil especialmente para los jóvenes del Municipio de Medellín¹²². (Ver tabla 12)

¹²²Ibíd. P.130.

Tabla 12. Porcentaje de personas que perciben que es fácil conseguir marihuana y porcentaje de personas que han recibido oferta de marihuana según dominio departamental. Colombia, 2008.

Dominio departamental	Fácil conseguir	Les ofrecieron en los últimos 30 días	Les ofrecieron en los últimos 12 meses
Bogotá D.C.	50.56	3.54	8.32
Medellín y área metrop.	58.55	6.06	12.90
Cali y Yumbo	61.56	5.81	9.15
Orinoquia y Amazonia	36.36	2.24	7.06
San Andrés y Providencia	56.53	4.29	9.35
Resto de Antioquia	36.66	2.39	4.76
Atlántico	35.84	0.83	3.55
Bolívar	40.56	1.89	3.07
Boyacá	43.23	1.31	5.85
Caldas	60.29	3.25	7.82
Cauca	59.01	3.96	8.20
Cesar	34.08	0.39	2.20
Córdoba	25.96	0.89	3.90
Cundinamarca	49.34	4.69	8.39
Chocó	31.30	1.14	3.16
Huila	33.55	0.23	2.41
La Guajira	38.49	0.97	2.50
Magdalena	35.21	1.80	4.31
Meta	46.79	1.73	5.43
Nariño	49.99	3.74	8.04
Norte de Santander	31.24	1.29	3.63
Quindío	55.99	3.46	8.82
Risaralda	57.77	3.14	9.24
Santander	42.45	0.81	3.86
Sucre	19.84	1.11	3.77
Tolima	49.32	2.27	8.12
Resto del Valle	41.84	1.59	5.41
Total	47.72	3.18	7.33

Fuente: Estudio Nacional consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008. P.130

Considerando nivel de urbanización, en la tabla siguiente se observa que la mayor percepción de facilidad de conseguir cocaína se presenta en Medellín y el área metropolitana, Cali, Barranquilla y Soledad, y Bogotá. En esas ciudades la percepción de que es fácil conseguir cocaína supera el 30%.

También se reportan mayores ofertas de cocaína tanto en el último mes, como en el último año¹²³.

Tabla 13. Porcentaje que perciben que es fácil conseguir marihuana y porcentaje de personas que han recibido oferta de cocaína, según dominio departamental. Colombia, 2008

Dominio departamental	Fácil conseguir	Les ofrecieron en los últimos 30 días	Les ofrecieron en los últimos 12 meses
Bogotá D.C.	30.30	1.43	3.00
Medellín y área metrop.	31.75	1.35	3.78
Cali y Yumbo	39.86	2.14	4.68
Orinoquia y Amazonia	22.00	1.07	2.36
San Andrés y Providencia	36.21	3.29	4.57
Resto de Antioquia	21.29	0.50	1.99
Atlántico	20.00	0.53	0.96
Bolívar	23.49	0.54	0.89
Boyacá	23.78	0.20	2.25
Caldas	37.08	2.25	3.07
Cauca	37.61	1.91	4.24
Cesar	20.09		1.95
Córdoba	11.90	0.47	3.96
Cundinamarca	22.19	1.94	3.49
Chocó	9.12	0.36	2.19
Huila	23.14	0.43	1.37
La Guajira	20.63	0.56	1.93
Magdalena	21.47	1.14	3.69
Meta	34.60	0.50	2.81
Nariño	31.85	0.71	2.29
Norte de Santander	21.41	0.40	0.62
Quindío	36.33	2.10	4.75
Risaralda	33.68	0.69	2.57
Santander	26.75	0.25	1.40
Sucre	9.58	1.12	2.13
Tolima	22.84	0.96	3.80
Resto del Valle	21.90	0.23	1.54
Total	27.95	1.13	2.79

Fuente: Estudio Nacional consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008. P.134

En el estudio sobre Consumo de alcohol¹²⁴ realizado en jóvenes escolarizados, menores de 12 a 17 años, en siete capitales y dos municipios

¹²³Ibíd. P. 133,135.

¹²⁴Pérez Gómez, A. Scoppetta O. Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia, 2008. Nuevos Rumbos. Investigación y asesoría para prevenir el consumo de drogas. [Sitio en internet]. Bogotá: Nuevos Rumbos; 2008. 201p. [Consultado 2009]. Disponible en: http://www.nuevosrumbos.org/documentos/col08_alcohol.pdf

pequeños. Se encuestaron 9.666 estudiantes de colegios de secundaria de los cuales 9.276 fueron incluidos en el análisis, considerando el límite de edad superior (17 años). El análisis conjunto de capitales incluyó 7.225 adolescentes y el de los municipios pequeños 2.051. El 48% de los encuestados fueron hombres y 52% mujeres. El promedio de edad fue de 14 años, sin diferencias importantes entre hombres y mujeres y entre ciudades¹²⁵.

La media y la mediana muestran el inicio del consumo alrededor de los 11 años en general, lo mismo que para las mujeres. Los hombres tendieron a iniciar el consumo hacia los 10 años de edad. Algo más del 10% de los encuestados inició el consumo antes de los 10 años. En el caso de los hombres este indicador se ubicó en el 12,8% y en las mujeres en 8,1%, para el caso conjunto de las capitales. Aunque Bogotá DC, tiene el promedio de edad de inicio de consumo más bajo (10 años), la proporción de los que iniciaron el consumo antes de los 10 años es mucho más alta en Medellín y Tunja que en el resto de las entidades territoriales estudiadas¹²⁶.

El tipo de bebida más frecuente con la que se iniciaron los encuestados, fue la cerveza (44,9%), con algunas variaciones por ciudad. (Ver tabla 14). Cali es la ciudad donde la bebida de inicio más frecuente es

¹²⁵Ibíd. P. 27, 28.

¹²⁶Ibíd. P. 32, 33.

la cerveza (51,1%). Donde más se reporta el inicio con vino es Tunja (48,6%) y con ron o aguardiente, Medellín, con un 37,9%.

Tabla 14. Bebida de Inicio. Colombia, 2008

Tipo de bebida	Hombres	Mujeres	Total
Cerveza	48,6	41,6	44,9
Vino	33	41,9	37,7
Ron/Aguardiente	21,1	20,2	20,6
Importados (tequila, whisky)	7,6	6,8	7,2
Cócteles/aperitivos	4,5	8,7	6,7
Chirrinchi/chicha	3,7	2,6	3,1
Otros	1,6	1,9	1,8

Fuente: Corporación Nuevos Rumbos. Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia 2008. P. 33

Una aproximación a la intensidad del consumo se logro preguntando por la frecuencia de éste. Como se puede ver, quienes afirman no tomar constituyen un porcentaje muy cercano al complemento de la prevalencia de consumo en el último año. La intensidad de consumo es mayor en los hombres.

Tabla 15. Frecuencia de consumo de alcohol. Colombia, 2008

Frecuencia de consumo	Hombre	Mujer	Total
No toma	32,3	36	34,3
Menos de seis veces al año	40,6	44,7	42,8
Todos o casi todos los meses	15,6	12,8	14,1
Todas o casi todas las semanas	6,1	2,9	4,4
Varias veces a la semana	4,3	3,2	3,7
Todos (casi todos los días)	0,7	0,2	0,4

Fuente: Corporación Nuevos Rumbos. Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia 2008. P. 34

3.6.2.4 Consumo en Medellín.

Medellín aparece en casi todos los indicadores como una de las ciudades con más alto nivel de consumo de alcohol. Según el estudio de salud mental de 2006, el 18.5% de los jóvenes de esta ciudad han sentido deseo intenso de usar bebidas alcohólicas; el 13.9% ha tenido dificultad para decir no cuando les ofrecen licor¹²⁷.

En el análisis de la problemática se confirma que los principales motivos para iniciar el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes escolarizados de Medellín tienen que ver con la curiosidad, la búsqueda de diversión y de nuevas sensaciones. Igualmente, se determina que los jóvenes acceden principalmente a las sustancias psicoactivas para su

¹²⁷ Alcaldía de Medellín, Universidad CES. Salud mental del adolescente. Medellín: La Alcaldía; 2006. p.127.

consumo en la calle, en el vecindario, casas de vicio, a través de amigos o compañeros de estudio, en licorerías, bares, tabernas, discotecas y por medio de venteros ambulantes.

Para Margarita Sánchez, directora de Surgir, Corporación Colombiana para la prevención del alcoholismo y la Fármaco-dependencia, lo más preocupante son las tempranas edades de inicio entre los jóvenes medellinenses, que generalmente ocurre a los 12 años¹²⁸.

Este patrón de inicio también es ratificado por el Diagnóstico Situacional de los Centros de Atención en Drogadicción (CAD), realizado en el año 2001, en entrevista con 1.116 usuarios quienes afirmaron que el alcohol se empieza a consumir a más temprana edad, seguido por el cigarrillo y la marihuana. Las edades promedio fueron para cigarrillo 12 años, alcohol 12, marihuana 13 y para "otras sustancias" 14 años¹²⁹.

3.6.2.5 Representaciones sociales en Medellín.

El estudio sobre representaciones sociales de las drogas en España es de los pocos antecedentes sobre el tema que encontramos en sociedades hispanohablantes y de ciertas similitudes conceptuales y valorativas, por lo

¹²⁸Corporación Colombiana para la Prevención del Alcoholismo y la Fármacodependencia. SURGIR. Entrevista a: Margarita Sánchez, directora, 2007.

¹²⁹Centros de Atención en Drogadicción (CAD). Diagnóstico Situacional. Medellín: CAD; 2001.

que nos sirve, salvando las distancias, como elemento de contraste con el contexto que aborda nuestro estudio.

Así, el estudio citado sobre España contrasta con otro estudio¹³⁰ cualitativo de las representaciones sociales sobre el consumidor y el consumo de sustancias psicoactivas realizado en la ciudad de Medellín, entre 1999-2000. Los actores son personas que llaman a la Línea de Orientación sobre Alcohol y Drogas del municipio. Se toman como fuente 500 relatos, 200 de consumidores y 300 de los denominados "otros", familiares o amigos de los consumidores.

El perfil del usuario que llamaba a la línea en su mayoría pertenece al sexo masculino, con edades que oscilan entre 10 hasta 49 años, solteras (os), con un nivel de escolaridad de secundaria incompleta, estudiantes o desempleados¹³¹. En el análisis emergen las siguientes categorías:

¹³⁰Municipio de Medellín. Representaciones sociales sobre el consumidor y el consumo de sustancias psicoactivas, 2000. Medellín: El Municipio, 2000.

¹³¹Colombia. Dirección Nacional de Estupeficientes. Línea de Orientación sobre Alcohol y Drogas. Informe noviembre 1999 y agosto 2000. Bogota: La Dirección; 2000.

Tabla 16. Categorías de representaciones sobre el consumidor. Medellín, 1999 – 2000

REPRESENTACIONES SOBRE EL CONSUMIDOR		
Categoría 1	Categoría 2	Categoría Selectiva
Seres no responsables de su consumo.	No asumen la responsabilidad del vínculo	Al consumidor se le representa como: alguien que busca el placer, y que tiene problemas en su estructura relacional de lo cual no tiene ninguna responsabilidad.
Hedonistas Victimas Enfermeros Quieren abandonar el consumo	Viven para el placer y no son responsables de ello	

Fuente: Representaciones sociales sobre el consumidor y el consumo de sustancias psicoactivas Medellín 1999-2000

Tabla 17. Categorías de representaciones sobre el consumo. Medellín, 1999 – 2000.

REPRESENTACIONES SOBRE EL CONSUMO		
Categoría 1	Categoría 2	Categoría Selectiva
- Manifestación de la individualidad. -Un problema Social	Síntoma individual	El consumo se representa como: un problema que evidencia un síntoma individual y social
-Un medio. -Un acto que atenta contra la vida. -Una señal	Un problema individual y social	

Fuente: Representaciones sociales sobre el consumidor y el consumo de sustancias psicoactivas Medellín 1999-2000

Las construcciones planteadas por ambos grupos de sujetos de la representación (consumidores y los otros) acerca de los objetos de la representación (consumidores y consumo) se resumen de la siguiente manera:

Los consumidores se representan como personas no responsables del consumo. Asumen una posición de víctimas, plantean que sus vidas han sido determinadas por factores externos sobre los cuales no tienen el menor control y por lo tanto, han generado una dependencia. Justifican el origen del consumo en eventos puntuales y traumáticos vividos durante su existencia que se han convertido en las causas de su abuso: maltrato infantil, violencia intrafamiliar, dificultades de pareja, fracasos económicos, desempleo, pérdidas afectivas, separaciones conyugales. Igualmente, los consumidores se perciben con dificultades para obtener logros académicos y cumplir sus expectativas de vida; carecen de habilidades para relacionarse con los demás: su familia, amigos, pareja y por tanto, se siente solos y rechazados por sus seres queridos.

Quienes consumen también tienden a representarse como protagonistas desde su posición problemática, es decir se da con frecuencia la situación de que el propio usuario problemático acabe sintiéndose el eje o actor central en torno al cual gira su familia. Reconocen que afectan negativamente a los

demás con su consumo. A menudo se identifican con otro familiar que también consume; el consumo se convierte en un acto aprendido o imitado, en un afán de parecerse al ídolo a quien quieren imitar. Tienen en su conducta diaria y en su sentido del yo, su especial relación con su cuerpo, mediada por la presencia de sustancias psicoactivas, cosas externas al final y al cabo, juega un papel decisivo.

Su cuerpo acaba siendo percibido como un instrumento sobre el que actúan esas sustancias que reequilibran, complacen y hasta dominan su estado de ánimo y su conciencia. Así, incorporan una relación con su cuerpo a través del cual sienten placer; una representación de sí mismos que tiene relación con su cuerpo, lo consideran como instrumento a través del cual sienten placer, gozan y algo propio que pueden destruir o deteriorar; es un oscilar entre el placer y el displacer, llegando en ocasiones a trascender al plano físico para darle un sentido místico o mágico a su uso, al tiempo que pueden incrementar su dependencia y disminuir su sentido de autoestima. Es decir, se sienten enfermos, dependientes, adictos, carentes de voluntad para abandonar el consumo y no poder controlar el uso, necesitando de ayudas externas como otras personas o instituciones. Estos vaivenes y contradicciones forman parte de la autorepresentación del usuario problemático, del dependiente y han permeado hacia el público en general

deviniendo partes centrales de la representación general de las drogas y su poder transformador y adictivo.

Representación del consumo por los consumidores.

Los consumidores perciben también el consumo como una manifestación de la individualidad. Esta representación se construye a partir de la forma como subjetivamente analizan sus condiciones de vida y su historia personal, alrededor de cuatro elementos: a) el consumo como una búsqueda para relacionarse con otros, convirtiéndose en un acto social cotidiano y necesario para vivir. b) el consumo como un acto de búsqueda y obtención de placer y bienestar psíquico. c) como búsqueda de libertad, autonomía y de identidad. d) como acto de expresión en términos de estímulo para hacer lo que se quiere y que no se atreve hacer de otra manera. También perciben su propio consumo como consecuencia de dificultades vividas durante su infancia, es decir obedece a experiencias negativas por las que ha pasado.

3.6.2.6 Consumo de drogas en el ámbito universitario de Medellín.

Teniendo en consideración la información aportada sobre consumo de estudiantes universitarios en Medellín, se observa que las prevalencias anuales de éstos (Tabla 18), en alcohol y cocaína, presentan un aumento

importante para el año 2001, para el consumo de cigarrillo se observa poca variación entre 1999 y 2001, y algún descenso para el 2004. Finalmente el consumo de marihuana a diferencia de las demás drogas disminuye en 2001, las prevalencias de esta sustancia en 1999 y 2004 son muy similares.

Cuando comparamos las diferencias en las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses entre hombres y mujeres universitarios, estas disminuyen de 2001 a 2004, esto quiere decir que el consumo de las mujeres se está nivelando con el de los hombres, principalmente para alcohol y tabaco, lo mismo se observa en marihuana y cocaína, pero en una menor proporción.

Tabla 18. Distribución porcentual de la prevalencia anual de consumo en estudiantes universitarios en Medellín, entre los años 1999 a 2004, Medellín, 2008

SUSTANCIA	AÑO								
	1999*			2001*			2004*		
	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Alcohol	-	-	80.8	92.9	89.1	90.1	78.5	78.3	78.4
Cigarrillo	-	-	36.5	42.1	32.6	37.5	29.7	30.6	30.1
Marihuana	-	-	19.7	22.3	10.4	15.0	21.1	18.4	19.8
Cocaína	-	-	2.6	-	-	7.0	2.5	1.6	2.1

*VESPA UNIVERSITARIO, Universidad de Antioquia, 1999

*Información de universitarios en Medellín extraída de la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas" (Población juvenil entre los 10 y 24 años), 2001, Programa presidencial RUMBOS.

*VESPA UNIVERSITARIO, información solo para la Universidad de Antioquia, 2004.

La encuesta de consumo realizada a estudiantes universitarios en 2004 identifica las prevalencias más altas de consumo en las edades de 21 a 25 años y los semestres de cuarto a sexto.

3.6.2.7 Consumo en la Universidad de Antioquia

Gracias a los estudios realizados con la colaboración de otras instituciones de educación superior, la Universidad realizó un perfil epidemiológico del consumo de psicoactivos entre los estudiantes en el año 1998.

Este diagnóstico puede complementarse con otras investigaciones que, utilizando metodologías diversas, muestran la necesidad de promover estrategias preventivas en el contexto universitario. Según estos estudios, el consumo de drogas es una problemática que se incrementa y produce efectos de deterioro en la calidad de vida de las personas que conforman dicha comunidad.

El estudio de Ruiz, Aignerén y otros¹³², concluye que: "el consumo de "drogas" es calificado por el estudiantado como un problema grave". Así mismo, Rivillas y Uribe¹³³ señalaran la gravedad del problema en la población estudiantil indicando una proporción de 2 consumidores de alcohol por 1 no consumidor. Así como la prevalencia del incremento del consumo en las mujeres e igualmente el de hongos y tranquilizantes.

En el estudio de Castro, *"Informe general de factores de riesgo psicosociales en el trabajo y salud mental de los funcionarios de la Universidad de Antioquia"*, realizado en 1997 se afirma: "el consumo global de sustancias psicoactivas es del 3.2%, superior al registrado en el estudio nacional que fue 1.6%. El 2% de esta población usa tranquilizantes, el 0.3% ha consumido en los últimos seis meses marihuana, bazuco o cocaína. El 10.3% presenta alcoholismo y el 7.3% alto riesgo de alcoholismo"¹³⁴.

En 1998, Tabón realiza el trabajo de grado *"Evaluación de las características de la prescripción del uso de medicamentos y del consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad de Antioquia"*, y concluye que

¹³²Ruiz J, Aignerén M. Imágenes de Identidad, Integración y Conflicto entre la comunidad estudiantil de la U. de A. Medellín: CEO, Departamento de Sociología Universidad de Antioquia; 1991.

¹³³Rivillas JA, Uribe LG. La salud mental en el Bienestar Universitario. Medellín: Dirección de Bienestar Universitario. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; 1997.

¹³⁴Castro MR. Informe General de factores de riesgo psicosocial en el trabajo y salud mental de los funcionarios de la Universidad de Antioquia. Medellín: Dirección de Bienestar Universitario-División de Salud; 1997.

aunque se presenta consumo de bazuco, cocaína, metamfetamina, heroína, metilfenidato y morfina, la sustancia más consumida es el alcohol con 52.9% de los hombres y 21.3% de las mujeres; seguido por la marihuana con 16% de los hombres y 3.8% de las mujeres¹³⁵.

Respecto al estudio realizado por sistema de vigilancia epidemiológico (VESPA) Universitario en 1998, en 18 instituciones de educación superior se observó la prevalencia del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en los jóvenes de la Universidad de Antioquia (U de A), comparada con otras universidades y con la de la población Antioqueña^{136, 137}. En la época se reconoce que en la Universidad de Antioquia hay mayor número de consumidores de éxtasis, 14,3% frente a 4,8% en otras universidades. Con relación al consumo de marihuana en la U de A se registra 19.7% y en otras instituciones 11.3%.

En el temas de las drogas es muy importante su contexto^{138, 139}, por lo tanto, obliga a tener en cuenta las definiciones profesionales y mediáticas

¹³⁵Tobón FA. Evaluación de sustancias psicoactivas en la población de la Universidad de Antioquia en 1998. En: Quinto congreso Internacional de Toxicología y Protección del Medio Ambiente. Medellín: Universidad de Antioquia; 1998. p.54-58.

¹³⁶VESPA, Secretaria de Salud Medellín, Fundación Universitaria Luis Amigo. Sistema de Vigilancia Epidemiológico en Universidades, Medellín, 1998. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín, Fundación Universitaria Luís Amigó; 1998.

¹³⁷Torres Y. Estudio de Salud Mental de Antioquia, 1999. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 1999.

¹³⁸Edwards G, Arif A. Los problemas de la droga en el contexto socio-cultural. Una base para la formulación de políticas y la planificación de programas. Ginebra: OMS 1981.

sobre el consumo y su evolución; de igual manera, sucede con las intervenciones desde cualquier ámbito que se mire¹⁴⁰.

3.7 Tendencia de Producción de "drogas"

3.7.1 Contexto global

Según el informe mundial de drogas 2009¹⁴¹, las drogas ilícitas siguen planteando un peligro para la salud de la humanidad. Por ello, consideran que las drogas están, y deben seguir estando, controladas.

Opiáceos. En 2008 la superficie total dedicada al cultivo de adormidera en los principales países de cultivo disminuyó a 189.000 hectáreas. Esta disminución del 16% respecto del año anterior se debió principalmente a una gran disminución en el Afganistán. El nivel de cultivo en Myanmar y la República Democrática Popular Lao se mantuvo aproximadamente igual que en 2007. En consecuencia, se redujo la producción total potencial de opio en los principales países de cultivo de adormidera respecto del año anterior¹⁴².

¹³⁹Méndez EL. Antropología del alcoholismo en México: los límites culturales de la economía política (1930-1979). México: Casa Chata; 1991.

¹⁴⁰Díaz A. El estudio de las drogas en distintas sociedades. Problemas metodológicos. Trabajo Social y Salud 2001; (39):25-40.

¹⁴¹Oficina de Naciones Unidas. Contra la droga y el delito: Informe mundial de droga. Washington: Naciones Unidas; 2009.p.1

¹⁴²Ibíd. p. 6

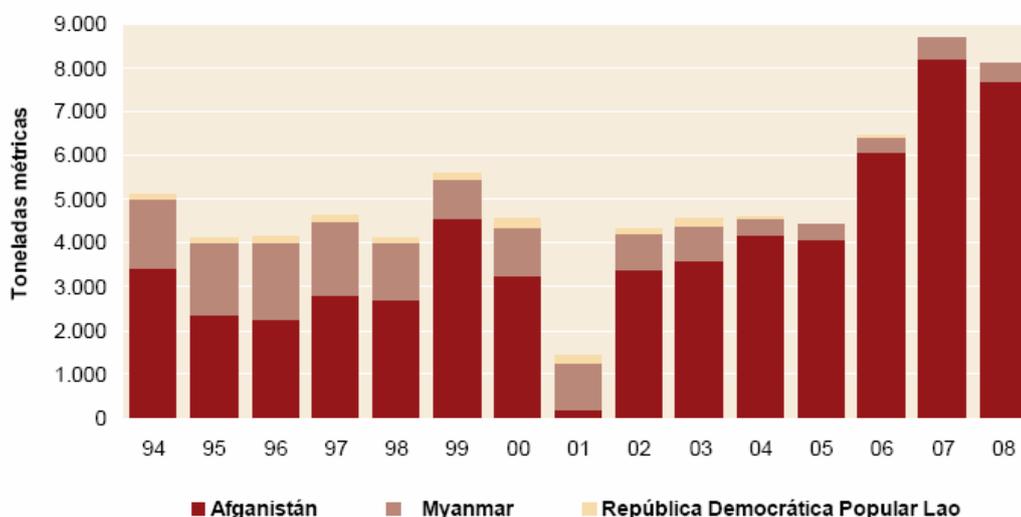
El rendimiento de la producción de opio en el Afganistán siguió siendo elevado en 2008. La producción potencial de opio se calculó en 7.700 toneladas métricas (de 6.330 toneladas métricas a 9.308 toneladas métricas). Se cree que aproximadamente el 60% de esta cantidad se transforma en morfina y heroína dentro del país. La cantidad de morfina y heroína producida en el Afganistán disponible para la exportación se estimó en 630 toneladas métricas (de 519 toneladas métricas a 774 toneladas métricas). Prácticamente el 40% de la producción total se exportó en forma de opio¹⁴³.

En 2007, las incautaciones de opio y heroína aumentaron un 33% y un 14%, respectivamente. Este aumento refleja los niveles sostenidos de producción de opio en el Afganistán y también podría incluir parte de las reservas acumuladas de 2005, año en que la producción mundial de opio superó el consumo mundial. No obstante, las incautaciones de morfina disminuyeron en un 41%. En 2007 las incautaciones totales de opiáceos permanecieron estables aunque a un nivel superior, tras haberse prácticamente duplicado desde 1998¹⁴⁴.

¹⁴³Ibíd. P. 7

¹⁴⁴Ibíd. p 9

Figura 6. Producción de opio en los principales países de cultivo (toneladas métricas), 1994 – 2008

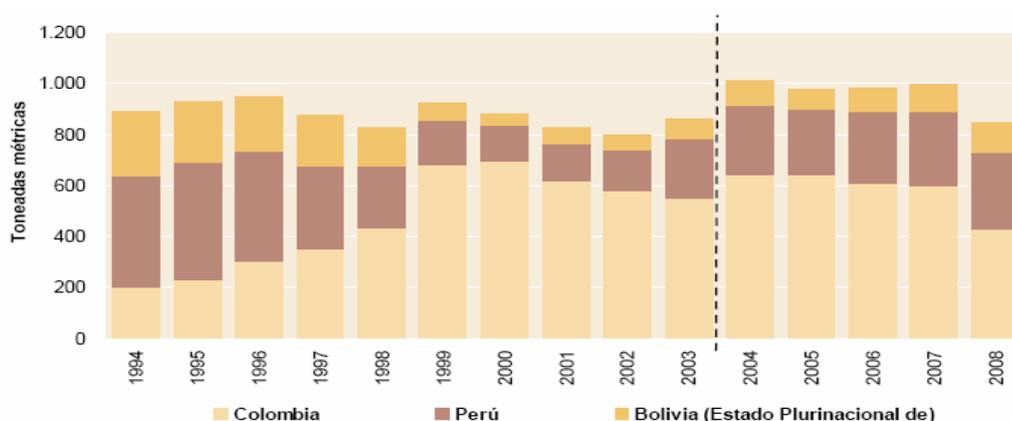


Fuente: informe mundial drogas, 2009. P.7.

Cocaína. A pesar de pequeños aumentos registrados en el Estado de Bolivia (6%) y el Perú (4%), la superficie total dedicada al cultivo de coca disminuyó en un 8% en 2008 debido a una reducción significativa en Colombia (18%). La superficie total dedicada al cultivo de coca descendió a 167.600 hectáreas, un nivel semejante al promedio de cultivo de coca entre 2002 y 2008, y muy por debajo de los niveles alcanzados en la década de 1990. A pesar de la disminución de este año, Colombia siguió siendo el país con el mayor cultivo de arbusto de coca del mundo (81.000 hectáreas), seguido del Perú (56.100 hectáreas) y Bolivia (30.500 hectáreas). La producción estimada de cocaína a nivel mundial disminuyó en un 15%, de 994 toneladas métricas en 2007 a 845 toneladas métricas en 2008. Esta

disminución obedece a una fuerte reducción de la producción de cocaína en Colombia (28%), que no se vio compensada por aumentos en Bolivia y el Perú¹⁴⁵.

Figura 7. Producción de cocaína en el mundo (toneladas métricas), 1994 – 2008



Fuente: Informe mundial droga, 2009 p. 8

Después de cinco años de aumento, en 2006 la cantidad de cocaína incautada disminuyó y se mantuvo al nivel más bajo de 2007 (5% por encima del período 2005-2007). En 2008, se observó una reducción significativa del tráfico hacia América del Norte, el mercado de consumo de cocaína más grande del mundo. Esto se reflejó en el rápido aumento de los precios y la caída del nivel de pureza de la cocaína. En

¹⁴⁵Ibíd. P.9

2008 el Reino Unido también comunicó una caída de los niveles de pureza de la cocaína¹⁴⁶.

Cannabis. Estimar la zona del mundo dedicada al cultivo de cannabis es considerablemente más complicado, ya que en la mayoría de los países del mundo puede producirse tanto en el interior como al aire libre. La superficie total estimada de producción de cannabis al aire libre en 2008 varía de 200.000 hectáreas a 642.000 hectáreas. La producción total de hierba de cannabis se estima entre 13.300 toneladas métricas y 66.100 toneladas métricas, en tanto que la producción estimada de resina de cannabis se sitúa entre 2.200 toneladas métricas y 9.900 toneladas métricas. En vista del nivel elevado de incertidumbre para estimar el cultivo, no resulta posible calcular datos más precisos, como en el caso de los opiáceos y la cocaína¹⁴⁷.

En 2007 las incautaciones totales de hierba de cannabis ascendieron a 5.557 toneladas métricas, un incremento de aproximadamente el 7% respecto del año anterior. Las incautaciones de resina de cannabis aumentaron alrededor del 29% a 1.300 toneladas métricas. Además, en 2007 se incautaron pequeñas cantidades de aceite de cannabis (equivalentes a 418 kilogramos). Al igual que en 2006, la mayor parte de las incautaciones

¹⁴⁶Ibíd. p.10

¹⁴⁷Ibíd. p.9

de hierba de cannabis comunicadas en 2007 correspondieron a México (39% del total a nivel mundial) y a los Estados Unidos de América (26%). La mayor parte del aumento de las incautaciones de resina de cannabis fue el resultado de un fuerte aumento en Europa occidental y central, en que las incautaciones aumentaron un 33% respecto de 2006¹⁴⁸.

Estimulantes de tipo anfetamínico. Al igual que el cannabis, los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) pueden producirse prácticamente en cualquier lugar a un costo relativamente bajo. Desde el decenio de 1990, se ha comunicado la manufactura de ETA en más de 60 países de todo el mundo y su número aumenta año tras año.

En 2007, la UNODC estimó que se habían fabricado entre 230 y 640 toneladas métricas del *grupo de las anfetaminas*; la fabricación de sustancias del *grupo del "éxtasis"* se calculó entre 72 y 137 toneladas métricas. Los cambios en el lugar de producción, frecuentemente de países desarrollados a países en desarrollo, ilustran la forma en que las organizaciones delictivas pueden aprovechar los países más vulnerables. Además, a medida que aumenta el interés de los grupos de delincuencia

¹⁴⁸Ibíd. P. 11

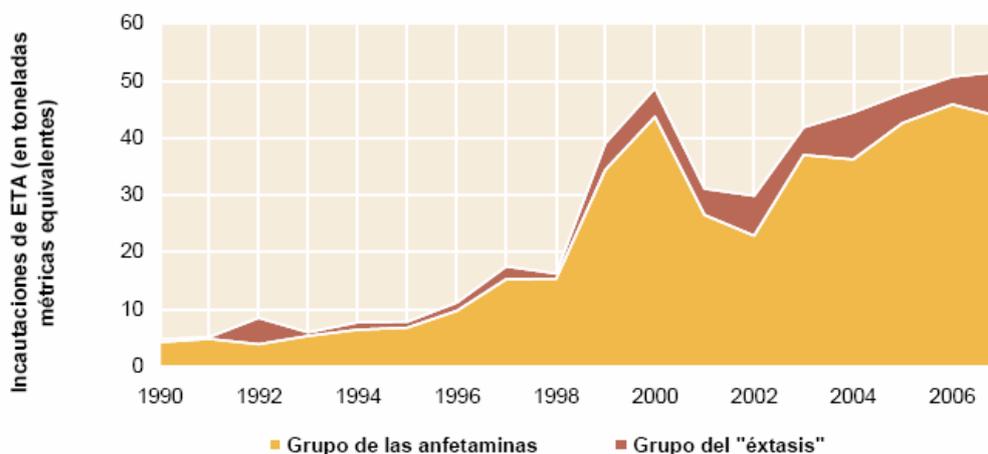
organizada transnacional, surgen operaciones cuyo alcance y complejidad era imposible de imaginar en el pasado¹⁴⁹.

Las incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) a nivel mundial han seguido aumentando y en 2007 ascendieron a casi 52 toneladas métricas, superando su nivel máximo del año 2000 en más de 3 toneladas métricas. El grupo de las anfetaminas domina las incautaciones de ETA y representa el 84% de todas las incautaciones en cuanto al volumen, y la metanfetamina constituye la mayor parte de este grupo. En 2007 también se produjo un aumento extraordinario de las incautaciones de sustancias del grupo del "éxtasis" (el 16% de todas las incautaciones de ETA); se observaron aumentos considerables en varios mercados grandes. En la mayoría de los casos el tráfico de estimulantes de tipo anfetamínico es intrarregional, de manera que se cruzan pocas fronteras internacionales, pero los precursores químicos con que se fabrican los materiales de este tipo de estimulantes siguen traficándose en todo el mundo. A menudo se desvían de la manufactura lícita en Asia meridional, oriental y sudoriental¹⁵⁰.

¹⁴⁹Ibíd. P. 9

¹⁵⁰Ibíd. P.11

Figura 8. Incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico a nivel mundial, 1990 – 2007



Fuente: UNODC, Datos del cuestionario para los informes anuales/ DELTA: Red de Información sobre el Uso Indevido de Drogas para Asia y el Pacífico (DAINAP), informes gubernamentales. Organización Mundial de Aduanas (OMA). Informe mundial de drogas, 2009.p.12

3.7.2 Contexto Local

3.7.2.1 El Narcotráfico en Colombia

Ruiz López y sus colaboradores presentan una descripción sobre los orígenes, la economía de la marihuana y coca, el narcotráfico y la política, el conflicto armado, la cultura y la guerra contra las drogas en Colombia:¹⁵¹

Los orígenes. Lo que hoy en Colombia se considera “cultivos ilícitos” hace parte de la cultura tradicional de los diversos pueblos indígenas. Su uso se adscribe a las celebraciones y ritos propios de cada etnia. La coca ha sido

¹⁵¹Ruiz López A, Angulo Bamba V, Serrano C. Narcotráfico en Colombia. Cali: Universidad del Valle; 2007

consumida por la mayoría de pueblos indígenas de los Andes como energizante, remedio y estimulante. La marihuana arribó al país con la llegada de trabajadores Jamaíquinos a la Costa Atlántica en la década de 1920. De allí se extendió al resto del país, siendo prohibida rápidamente. El consumo de este alucinógeno se adscribía principalmente a sectores populares y de la bohemia.

Continúan afirmando los mismos autores que desde los inicios del siglo XX existían en las principales ciudades colombianas incipientes redes clandestinas de tráfico de narcóticos, principalmente morfina, cuyos destinatarios eran grandes empresarios y políticos, por lo que no eran objeto de una persecución formal por parte de las autoridades. Los narcóticos hacían parte de la vida social de las clases altas.

La bonanza marimbera. La extensión del cultivo de marihuana principalmente en la Sierra Nevada de Santa Marta, de la Costa Atlántica Colombiana se debió principalmente a la existencia de una inmensa demanda en el mercado estadounidense fruto de la contracultura de los 60`s; se creó las primeras estructuras organizadas de narcotraficantes involucrados en un mercado mundial y en los distintos momentos del procesamiento del producto. Esta bonanza permaneció durante las décadas de 1960 y 1970. Nacieron entonces los grupos de "marimberos" colombianos, asociados con los traficantes estadounidenses. Se trataba de

incipientes empresarios del narcotráfico, implicados con el contrabando, que no constituían carteles propiamente dichos, sino especies de bandas. Por ejemplo, el “Cacique Miranda”, marimbero costeño fue despilfarrador, bandolero, y sin la mentalidad industrial de los narcotraficantes de décadas posteriores. La expansión de los cultivos agropónicos de marihuana y de la variedad “sinsemilla” (de mayor efecto alucinógeno) por la geografía estadounidense, significó la total crisis de los precios de la producción de marihuana colombiana. Las bandas marimberas llegaron a su fin, producto de su derrota en el mercado internacional.

La economía de la coca. Desde los 70's se consolidó una nueva economía de la droga: la de la cocaína. Grupos de colombianos se encargaron del procesamiento de pasta base originaria de Perú y Bolivia. La creciente demanda del mercado estadounidense, y los altísimos precios internacionales permitieron la consolidación de los núcleos de los posteriores carteles. Los procesos de colonización agraria en el Sur y Oriente del país (Caquetá, Putumayo), entre otros, que no contaban con la más mínima presencia estatal, establecieron los cultivos nacionales de coca.

Las principales características de la economía de la cocaína fueron: 1. Los altos niveles de ganancia que brinda el comercio exterior, por lo que se privilegia la producción masiva. 2. La industrialización plena del procesamiento y refinamiento de la coca. Para ello se hace necesaria una

gran cantidad de insumos químicos. 3. La descentralización geográfica de los cultivos, debido al aprovechamiento de los procesos de colonización campesina hacia la Orinoquía, la Amazonía y el Pacífico. 4. La hegemonía de los cultivos de coca sobre los agrícolas en las regiones de amplio cultivo. 5. Se consolidó el monocultivo coquero.

El surgimiento de economías regionales alrededor del cultivo con serias consecuencias económicas (encarecimiento de la vida cotidiana), culturales (pérdida de las tradiciones étnicas) y sociales (incremento de los niveles de violencia). Se consolidan entonces los grandes carteles de la droga (Cali, Medellín) como estructuras complejas de control de la producción de la cocaína e incidencia en los ámbitos políticos, militares y culturales de la Nación.

El cultivo de la coca representó la salida económica para muchas comunidades campesinas de las zonas de colonización iniciadas desde la década de 1970: Urabá, Güejar, La Macarena, Caguán, Putumayo. Los altos precios de la coca permitían la estabilidad económica que no se conseguía con los cultivos "tradicionales". Las organizaciones campesinas han tenido que enfrentar los conflictos entre los carteles y actores armados, así como la postura represiva del Estado frente a los cultivos de uso ilícito.

Narcotráfico y política. Los nacientes carteles de la cocaína se sumergieron con la política tradicional y las instituciones públicas ante la necesidad de incidencia sobre el aparato estatal que el negocio creaba. La presencia parlamentaria directa o indirecta, los carteles participaron del juego político nacional. La incidencia política de los carteles se hace patente durante el gobierno Barco (1986-90) y su “guerra contra el narcotráfico”. Los carteles respondieron con actos terroristas y asesinatos selectivos por toda la geografía nacional. A partir de ese momento se presentaron a sí mismos como actores políticos y plantearon al aparato estatal una disyuntiva extorsiva: o negociación o escalada terrorista.

El caso más paradigmático y visible de la incidencia del capital narco en la política nacional se daría con el llamado proceso 8.000. Al descubrir el abierto apoyo económico del Cartel de Cali a la campaña del presidente Samper generando una intensa crisis institucional en todo el país, que coadyuvó a la desintegración de los partidos tradicionales y a cierta reconfiguración del panorama político.

Narcotráfico y conflicto armado. La llegada de la economía de la cocaína a las zonas de colonización campesina que servían como bases de apoyo a los grupos insurgentes significó la imbricación de dos problemáticas: el narcotráfico y el conflicto armado.

Por un lado, los grupos insurgentes enfrentaban el reto de prohibir o no el cultivo de coca en sus zonas de apoyo campesino. Las FARC-EP deciden en (1983) el cobro de un impuesto a los intermediarios de coca y pasta base en sus zonas de presencia. Por su parte el ELN prohibió el cultivo de coca y amapola en las zonas de su influencia. Sin embargo, la duración del conflicto y sus desarrollos posteriores, fueron llevando a ambos grupos a vincularse de alguna manera con los cultivos de uso ilícito.

Por su parte los grupos paramilitares de extrema derecha, nacidos con la connivencia de militares y políticos, se vincularon rápidamente con el negocio del narcotráfico, estableciendo enclaves para el procesamiento y transporte de cocaína y heroína, e incidiendo fuertemente en el panorama político de las regiones bajo su influencia.

Narcotráfico y cultura. La expansión de la economía de las drogas durante la década de 1970 y 1980 permeó la sociedad colombiana de la cultura de los carteles, la llamada "cultura *traqueta*". La popularización de gustos y mentalidades mafiosas dejó importantes consecuencias para la vida cotidiana de los colombianos: la masificación de la arquitectura *kitsch*, los estereotipos femeninos de la silicona, el sicariato, la ostentación, el bandolerismo juvenil, nuevos géneros musicales, etc.

La guerra contra las drogas. El panorama complejo que ha impuesto la cuestión narcotráfico al país ha resultado de imposible

resolución para los sucesivos gobiernos. La problemática social oculta tras los cultivos de uso ilícito es sistemáticamente desconocida. La respuesta estatal ha sido siempre la represión en contra de los colonos campesinos e indígenas, ya sea por la vía de la fumigación o del desplazamiento y el desarraigo.

Así mismo, la postura estatal frente al tema de la implicación de los actores armados en el tráfico, es, por lo menos, ambigua: mientras legaliza con la Ley de Justicia y Paz los capitales de narcotraficantes directamente implicados con los paramilitares, utiliza el discurso de la “guerra de las drogas” y el antiterrorismo para ejecutar recursos para la lucha contrainsurgente.

En conclusión, el Estado desconoce tres factores fundamentales en la historia del narcotráfico en Colombia: El marco internacional de mercados, oferta y demanda implícito en el tráfico de drogas ilícitas.

La problemática agraria y económica implícita en la expansión de los cultivos de uso ilícito. El debate sobre la legalización de las drogas ilícitas

3.7.2.2 Política antidroga

El Plan Colombia se concibe en 1999 durante las administraciones del presidente colombiano Andrés Pastrana Arango y el estadounidense Bill Clinton, frente al reto histórico de establecer y consolidar una sociedad

dentro de la cual el Estado pueda ejercer su verdadera autoridad y cumplir sus obligaciones de conformidad con la Constitución Política. Para el cumplimiento de este propósito fue necesario superar las dificultades y situaciones cambiantes del ámbito nacional e internacional.

Figura 9. El plan Colombia



Fuente: Presidencia de la República de Colombia.

Se debió enfrentar los retos determinantes originados en la proliferación del narcotráfico y en el impacto político y social del proceso de

globalización. Sus objetivos explícitos iniciales fueron generar una revitalización social y económica, terminar el conflicto armado y crear una estrategia antinarcóticos.

No cabe duda que Colombia padecía de problemas de un Estado que no había podido consolidar su poder, falta de confianza en la capacidad de las fuerzas armadas, la policía y el sistema judicial para garantizar la permanencia del orden y la seguridad; crisis de credibilidad en algunas instancias de gobierno; y corrupción en sectores públicos y privados. Todo lo anterior ha sido fomentado y agravado por los desestabilizadores efectos del narcotráfico, el cual con sus vastos recursos económicos ha venido generando violencia indiscriminada al tiempo que ha socavado los valores.

Entendemos que el logro de los objetivos depende de un proceso social y de gobierno que probablemente durará muchos años, en los cuales será de vital importancia obtener un consenso duradero para recuperar la confianza de los ciudadanos y restaurar unas normas básicas de una sociedad pacífica.

Estrategias del plan Colombia¹⁵²

1. Económica. Para generar empleo y fortalecer la capacidad del Estado de recaudar impuestos.
2. Fiscal y financiera. Con severas medidas de ajuste y austeridad, con el fin de fomentar la actividad económica y recuperar el prestigio en los mercados internacionales.
3. De paz. Dirigidas a propiciar acuerdos de paz negociados con el guerrilla con base en la integridad territorial, la democracia y los derechos humanos que fortalezca el Estado de derecho y la lucha contra el narcotráfico.
4. De defensa nacional. Para reestructurar y modernizar la fuerzas armadas y la policía con el propósito de proporcionar seguridad en todo el territorio colombiano en contra del delito organizado y los grupos armados.
5. Judicial y de Derechos Humanos. Con el fin de reafirmar el Estado de derecho y asegurar una justicia igualitaria e imparcial para todos.
6. Antinarcóticos. En asocio con algunos países involucrados en los eslabones de la cadena: la producción, distribución comercialización, consumo lavado de activos, de precursores y de otros insumos, y el tráfico de armas que alimenta la violencia de las organizaciones armadas (guerrilla y paramilitares).

¹⁵² Embajada de los Estados Unidos en Colombia. Plan Colombia. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://usembassy.state.gov-colombia-wwwplan.html>.

7. De desarrollo alternativo. Para fomentar esquemas agropecuarios y otras actividades económicas rentables para los campesinos y sus familias.
8. De participación social. Se dirige a una concienciación colectiva. Esta estrategia busca desarrollar una mayor responsabilidad dentro del gobierno local, el compromiso de la comunidad con los esfuerzos anticorrupción y una presión constante sobre los grupos subversivos con el fin de eliminar el secuestro, la violencia y el desplazamiento forzado interno de individuos y comunidades.
9. De desarrollo humano. Que garantice servicios de salud y Educación adecuados para todos los grupos vulnerables y de sectores sumergidos en condiciones de pobreza absoluta.
10. De orientación internacional. Para confirmar los principios de corresponsabilidad, acción integrada y tratamiento equilibrado para el problema de la droga.

La lucha contra el narcotráfico es uno de los temas importantes del plan Colombia. Su estrategia busca adelantar una alianza entre países productores y consumidores basados en los principios de solidaridad e igualdad. La solución no se logra con recriminaciones mutuas. Colombia ha demostrado su indeclinable compromiso y ha sufrido grandes sacrificios en la búsqueda de una solución definitiva al fenómeno del narcotráfico, del

conflicto armado, a las violaciones de derechos humanos y a la destrucción del medio ambiente ocasionada por los cultivos ilícitos.

El elemento más controvertido del plan Colombia ha sido la estrategia de fumigaciones aéreas para erradicar los cultivos de coca. Esta actividad ha sido criticada porque además de producir daños a los cultivos lícitos, afecta la biodiversidad y tiene consecuencias de salud adversas, sobre aquellas personas expuestas a los herbicidas.

Los críticos de esta iniciativa también alegan que parte de la ayuda del Plan le ha llegado también a elementos de las fuerzas de seguridad que están comprometidos con grupos paramilitares en abusos contra sectores de la población y organizaciones de izquierda.

Financiación del plan Colombia.

El plan original inicia con un presupuesto de US\$7,5 mil millones de dólares de los cuales un 51% se dedicaría desarrollo institucional y social, un 32% para combatir el narcotráfico, un 16% para revitalización social y económica y un 0,8% para apoyar los procesos de negociación política con los grupos guerrilleros. El presidente Pastrana inicialmente solicita US\$4,864 mil millones de dólares provenientes de fondos colombianos (65%) y solicitó US\$ 2,636 mil millones a la comunidad internacional (35%). La

administración Clinton apoya la iniciativa con \$1,3 billones de dólares y 500 miembros de personal militar para entrenamiento de las fuerzas locales. Además 500 civiles fueron enviados para apoyar las actividades de eliminación de los cultivos de coca. Esta ayuda fue adicional a los US\$330 millones de dólares de ayuda militar previamente entregados a Colombia. La suma de US\$818 millones fue destinada en el año 2000 y US\$256 millones en el 2001. Estas apropiaciones convirtieron a Colombia en el tercer mayor receptor de ayuda de los Estados Unidos, puesto conservado hasta antes de las posteriores invasiones y ocupaciones de Afganistán e Irak. Algunos países han enviado ayudas de unos cientos de millones de dólares (Aprox. \$128,6 millones, 2,3% del total) pero la mayoría evitan ser públicamente asociados con el Plan Colombia¹⁵³.

La ayuda militar estadounidense a Colombia ascendió a 669,5 millones de dólares en 2008. Unos 543 millones del monto total procedían de los presupuestos para Operaciones Exteriores, y 235 de estos 543 millones se asignaron a proyectos sociales¹⁵⁴.

“Guerra contra las drogas”. Aunque el Plan Colombia tiene algunos componentes que buscan fomentar la ayuda social y la reforma institucional

¹⁵³ Almeida M. Fumigación aérea con glifosato es una locura. El Universo.com [Sitio en Internet]. febrero 25 de 2007 [Consultado el 19 agosto de 2009]. Disponible en: <http://190.12.0.81/2007/02/25/0001/12/09AD25DD55214945AC1622D1CECCD3A8.aspx>

¹⁵⁴ Amnistía internacional. Informe 2009: El informe de los derechos humanos en el mundo. London: Amistia Internaciona; p.15.

en Colombia, la iniciativa es ampliamente considerada como un programa fundamentalmente de ayuda militar y antinarcóticos. La justificación oficial en Estados Unidos es que este plan es parte de la "Guerra contra las drogas".

Al mismo tiempo que la asistencia es denominada como ayuda antinarcóticos, muchos creen que se usa prioritariamente contra las FARC. Los que apoyan el plan argumentan que tal acción tendría sentido puesto que la diferencia entre guerrilla y traficantes de droga es cada vez menos notoria y ven lo que se podría considerar como parte de la misma cadena productiva.

En junio del 2000, Amnistía Internacional¹⁵⁵ emite un comunicado en el cual criticaba la implementación del Plan Colombia "El Plan Colombia se basa en un análisis que enfoca las raíces del conflicto desde el punto de vista de las drogas y la crisis de los derechos humanos e ignora completamente las responsabilidades históricas del propio estado colombiano. También ignora que las raíces profundas del conflicto están en la crisis de los derechos humanos. El Plan propone principalmente una estrategia militar para atacar los cultivos ilícitos y el tráfico de drogas a través de una sustanciosa asistencia militar a las fuerzas armadas y a la policía. Los

¹⁵⁵ Amnistía internacional. Informe 2000. [Sitio en Internet]. [Consultado 8 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.es.amnesty.org/com/2000/default.shtm>.

programas de desarrollo social y humanitario que el programa incluye no alcanzan a disfrazar la naturaleza esencialmente militar del plan. Además, es aparente que el plan Colombia no es el resultado de un proceso genuino de consulta con las organizaciones no gubernamentales nacionales ni internacionales que se espera implementen los proyectos, ni con los beneficiarios de los proyectos humanitarios, de derechos humanos y de desarrollo social. Como consecuencia, el componente de derechos humanos del plan es defectuoso¹⁵⁶."

Aunque se han hecho esfuerzos tanto en el ámbito nacional como en el internacional para hacer frente al legado de violaciones de derechos humanos cometidas en el pasado, sigue reinando la impunidad en todo el continente por abusos cometidos en el pasado y en la actualidad.

El porcentaje de casos en que se investigan y castigan prácticas como la brutalidad policial (documentada en Brasil, Ecuador, El Salvador, Haití, Jamaica, Nicaragua, Estados Unidos y Venezuela), la tortura y los malos tratos a detenidos y presos (Belice, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Paraguay y Perú) y el hostigamiento a defensores de los derechos humanos (Bolivia, Chile, Colombia, México) con frecuencia está por debajo del límite aceptable. En Colombia, mientras la población padece abusos atroces a manos de las fuerzas armadas, de los grupos paramilitares

¹⁵⁶ *Ibíd.*

que actúan con su apoyo o consentimiento y de los grupos armados de oposición, los responsables siguen circulando libremente¹⁵⁷.

Problemas de la Política Colombiana contra las drogas.

Los resultados del Plan Colombia no han sido claros. Desde la perspectiva estadounidense y del gobierno colombiano los resultados han sido positivos. Las cifras del gobierno de los Estados Unidos muestran que se observa una reducción significativa de los residuos de coca (total de cultivos menos cultivos erradicados) desde el pico del 2001 cuando los niveles se estimaron en 1698 km², en el 2004 se han reducido a un estimado de 1140 km². A pesar de esto, la reducción efectiva pareciera haber llegado a sus límites en el 2004, y a pesar de un nuevo récord alcanzado por la campaña de fumigación con un área total fumigada de 1366 km², el área residuos de coca permanece constante, estimada en 1139 km² en 2003 y de 1140 km² en el 2004.

Adicionalmente, los cultivos de amapola han disminuido mientras los cultivos de coca no. En general, los cultivos de coca aumentaron (total de coca sembrada si contar lo erradicado) de aproximadamente 2467 km² en el

¹⁵⁷ *Ibíd.*

2003 a 2506 km² en el 2004. Los gobiernos de Estados Unidos y Colombia interpretan estas cifras como una demostración de la caída en el potencial de producción de la cocaína, de un pico de 700 toneladas métricas en el 2001 a 460 en el 2003.

En junio de 2008 se revela un informe de las Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, en el que alerta del crecimiento de cultivos de cocaína en el país durante 2007. Mientras que en 2006 los cultivos comprendían 78.000 hectáreas sembradas, en 2007 aumentaron a 99.000.

Según Francisco Thoumi¹⁵⁸ existen varias razones por las cuales es difícil evaluar las políticas colombianas contra las drogas: Primero, porque no hay consenso sobre si ellas son un problema, sus causas y efectos; por ejemplo, para quienes las definen como problema, tienen este carácter por razones disímiles: el número de usuarios, el número de adictos, empresarios que han amasado grandes cantidades de dinero y quieren apoderasen del sistema político de un país, las grandes fortunas generadas por el comercio de la droga financian movimientos subversivos, el hecho de que la eliminación de la droga conlleve a la depresión económica, el desempleo y la devaluación monetaria, las drogas ilegales hacen que un país sea vulnerable a presiones internacionales, y la combinación de las anteriores. Como se ve

¹⁵⁸Thoumi FE., El problema de las políticas contra las drogas En: El imperio de las drogas. Bogotá: Planeta, 2000. p 352-360.

dependiendo de la situación de cada país, se define porque las drogas son un problema.

Segundo, se ventilan diferencias profundas entre algunos habitantes de los países Andinos y los de Estados Unidos; en los primeros existen quienes consideran a las políticas del país del norte como intervenciones e imposiciones. Por su parte, gran parte de los estadounidenses las reivindican.

Muchas de las disposiciones contra las drogas han sido formuladas, determinadas o vetadas por los Estados Unidos; en consecuencia, la mayoría de las políticas andinas han sido reacciones a mecanismos implementados por este país, o a la violencia relacionada con el tráfico de drogas.

Para Thoumi es evidente que no existen condiciones para un diálogo internacional real sobre las políticas. El diálogo puede existir, pero no de igual a igual: hay una relación de poder que trastoca esa relación y reparte culpas y dádivas: si los países siguen la línea marcada por estados unidos, son considerados buenos aliados; si no, son señalados como países que ayudan al narcotráfico o se mantienen tibios con él. Pero la demanda más intensa y rentable está en estados unidos. Actuar sobre ella sería prioritario; pues los Estados Unidos tienen mucho que decir sobre los países andinos, pero las opiniones de éstos sobre las políticas Estadounidenses son

irrelevantes, especialmente en lo que atañe a la exigencia de reducción del consumo y al control de la demanda.

Continúa afirmando este autor que las políticas represivas, militaristas, de inversión en policía, ejército, armas, se vende con más facilidad y también responde a intereses económicos y políticos concretos. Frente a eso, la alternativa aparece desdibujada y es fácil de presentar como "débil", "cobarde" y "colaboracionista". Hay una asimetría en este campo que favorece la multiplicación de medidas y gastos represivos que, a la larga, no han hecho sino complicar el problema y criminalizar todo el ámbito del consumo y comercio de drogas.

Tercero, a menudo se formulan políticas utilizando expresiones, frases o lemas como "cero tolerancia", "no al consumo". Si se toman literalmente, se implementaría un régimen autoritario que no respeta los derechos civiles y políticos de los ciudadanos, y además estas políticas no tienen en cuenta la imposibilidad física y legal para alcanzarla esa meta; responden más a posturas basadas en la ideología, una herencia de los valores puritanos de los Estados Unidos, y que no permiten explicar los patrones de consumo.

Thoumi afirma que es posible que haya en la ideología "guerrera" anti-droga una base puritana. pero podría ser perfectamente católica e incluso

agnóstica: lo esencial es que se vende bien, parece buena, parece estar del lado de la bondad (un no rotundo a ese consumo, esa maldad que representan las drogas) pero, en el fondo, es intolerante, fanática en sus pretensiones y, por tanto, peligrosa para libertades básicas y procedimientos democráticos.

Cuarto, la formulación de las políticas no ha puesto la suficiente atención a la interacción oferta-demanda; es decir, no se han basado en un análisis profundo de las razones por las cuales la gente consume y produce drogas. Se ha basado en la convicción de que es bueno eliminarlas, o al menos reducir su producción y consumo¹⁵⁹.

Quinto, un problema fundamental en lo que respecta a las políticas ha sido la pobre contribución de las ciencias sociales en su formulación. La mayoría de las políticas son producto del modelo de intervención biomédico a menudo en su versión más estrecha y mecanicista que no siempre consulta las condiciones psicosociales que están presentes en el consumo, entre otros, las variaciones en los contextos socioculturales donde se genera el deseo de consumir y se produce el consumo.

¹⁵⁹ *Ibíd.* p. 359

El éxito de las políticas depende de factores económicos, sociales, políticos, culturales, morales, de salud pública y ambientales. La información sobre estos aspectos y la forma cómo interactúan, por la poca participación de las ciencias sociales, es débil; en consecuencia, la formulación de las políticas, la mayoría de las veces, se basa en conocimiento fragmentado, caracterizado por datos dudosos.

Para Thoumi la coherencia de las políticas requiere que estas sean diseñadas considerando que los fenómenos de la droga presentan múltiples dimensiones y aspectos de tipo delictivo, moral, político, económico, social, antropológico, ambiental de salud pública. En las sociedades democráticas, el éxito de las políticas gubernamentales diseñadas con el objeto de alterar o controlar comportamientos consensuales, incluyendo aquellos que se relacionan con las drogas, depende de: 1) la consistencia con las costumbres de la sociedad, es decir, si los valores sociales, las instituciones civiles y políticas gubernamentales se refuerzan se articulan. 2) si son políticas aceptables, es decir, si el sistema político puede construir un consenso en torno a esas políticas, para facilitar su implementación. 3) si son consistentes con el sistema de mercado. Cuando se descuida uno de estos aspectos, las políticas tienden a tener efectos negativos en las dimensiones desatendidas. Esto es, una política basada en consideraciones morales, que

descuida los hábitos las costumbres sociales las realidades políticas y económicas, fracasan en el logro de sus objetivos¹⁶⁰.

El éxito de las políticas gubernamentales depende, entre otros factores, en gran medida de: la supremacía del Estado Social de Derecho; la consistencia con la axiología y costumbres sociales; el consenso y reconocimiento de una gran mayoría de los ciudadanos; la consistencia con el sistema de mercado y sobre todo, un cambio en las representaciones sociales de las drogas que lleve a rechazarlas a los propios usuarios potenciales, es decir, un cambio en la visión que se tiene de ellas, sus efectos positivos y negativos que contribuya a fomentar valores y normas a favor de la moderación, el control e incluso la abstinencia.

3.8 Tendencias de las Intervenciones

3.8.1 Concepto.

Para el presente estudio se han revisado diferentes conceptos de intervención. Entre ellos, se retoma el de intervención social introducida en la práctica social y se define como “el conjunto de actividades realizadas de

¹⁶⁰Ibíd. P. 360

manera más o menos sistemática y organizada, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado”¹⁶¹.

3.8.2 Modelos de intervención global.

Según Gamella¹⁶² actualmente hay consenso sobre la importancia de la prevención con relación al consumo de drogas. Sin embargo, tras miles de intervenciones y programas, aún se discute sobre lo que funciona o no¹⁶³. Tampoco están muy claros los objetivos de la prevención puesto a que no hay consenso en lo que se entiende por “problema” depende mucho de quien lo defina. De hecho, las sociedades democráticas se encuentran divididas respecto a la visión del consumo de drogas, a veces tan profundamente que las reiteradas declaraciones de “guerra” contra ellas, son contra las definiciones de consumo y los derechos individuales a este respecto¹⁶⁴.

Este mismo autor afirma que para diseñar objetivos preventivos que no resulten contradictorios y lleguen a quienes los necesiten, es importante

¹⁶¹ Ander Egg E. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. México: El Ateneo. 1.986. p 1.

¹⁶² Gamella J. F. *Encuentros Intercentros*, VOL III. PPD (Programa de Prevención de Drogodependencias). Madrid: Ministerio de Cultura, 1998.

¹⁶³ Gerstein D.R., Green L.W. *Preventing Drug Abuse: What do we know?* Washington: National Academy Press; 1.993.

¹⁶⁴ Gamella J. F. *Encuentros Intercentros*, VOL III. PPD (Programa de Prevención de Drogodependencias). Madrid: 1998 Ministerio de Cultura. p: 29-41.)

preguntarse cómo catalogar los consumos y sus transiciones más allá de la legalidad o no de las sustancias, de los conceptos de "abuso" y "dependencia". Propone desarrollar tipologías y niveles de consumo que pudieran compararse entre sí, teniendo en cuenta los grupos, países y momentos.

Últimamente los modelos han sido diagnosticados en crisis porque no han dado los resultados esperados, es por ello que se suceden e incluso coexisten y aunque no haya un modelo puro, es importante conocerlos como recurso descriptivo del acontecer de las drogas en las últimas décadas. En este sentido es valioso el trabajo realizado en 1992 por Amando Vega.

3.8.3 Tipos de modelos de intervención

3.8.3.1 Modelo penal o jurídico represivo

Ralet afirma que el consumo de sustancias psicotrópicas considerado como "problema", surge de un proceso histórico que se inicia a finales del siglo XIX por la urgencia de los Estados Unidos de controlar la situación. Una primera tentativa de intervención tuvo lugar a mediados del siglo XIX, cuando los ingleses comercializaban en China el opio producido en sus colonias. A finales de este siglo los sindicatos de los Estados Unidos iniciaron una violenta campaña racista donde asimilaban a los chinos con el opio y el crimen. A partir de esta época se ha mantenido una prohibición total. La

justificación fue político-moral. Más tarde, y para internacionalizar la prohibición, se argumentan aspectos relacionados con la salud pública: “las drogas son peligrosas y por lo tanto es necesario prohibirlas”. Esta prohibición se refuerza en el siglo XX con el desarrollo del primer modelo de intervención de los Estados, según el cual, la Ley debe prohibir y la medicina debe ayudar a frenar el consumo y el consumidor es un enfermo, incluso se llega a estigmatizar como delincuente y trasgresor por adquirir una sustancia prohibida¹⁶⁵.

Para Iñaki Markez y Mónica Póo, este modelo se orienta hacia la represión del consumo y se fundamenta en medidas jurídicas. Las drogas no legales son malas para los consumidores; por ello hay que proteger a las víctimas generando medidas legislativas sobre producción, distribución, venta, posesión y consumo. Estos autores afirmaron que el modelo tiene una fundamentación más cultural e ideológica que científica; y que los profesionales (jueces y policías) institucionalmente relacionados con la ley, son los más aptos para el mantenimiento del modelo. Este modelo es preponderante, en todo el mundo y encuentra enormes apoyos en países muy poderosos e influyentes además de estados unidos, como china, Rusia y la mayoría de países asiáticos. En los países iberoamericanos es también el modelo dominante, en parte por la influencia norteamericana; situación en

¹⁶⁵ Ralet O. Condicionantes políticos y económicos. En: Contextos sujetos y drogas. Baelona: FAD, Ayuntamiento de Baelona; 2000. p 44.

la que participan los medios de comunicación, que frecuentemente asocian consumo de drogas con hechos delictivos. Según intereses de coyuntura política, la criminalización de las drogas tiene efectos asociados con la delincuencia y la corrupción, siendo un factor etiológico el tráfico¹⁶⁶.

3.8.3.2 Modelo de reducción de riesgos

Este modelo de intervención, se origina en la Convención Internacional denominada Opium Act, adoptada en 1925 que limita el comercio de los opiáceos al monopolio medico-farmacéutico. En 1926 el gobierno británico nombra una comisión de médicos expertos, el Rollerstone Committee, encargado de determinar la prescripción legítima. Se establecen dos condiciones: primera, la prescripción para la desintoxicación en dosis regresivas. Segunda, la prescripción cuando es necesaria para que el paciente tuviera una vida normal y socialmente útil. Este modelo no considera el consumo como un mal en sí, trata de reducir las consecuencias negativas¹⁶⁷.

El modelo de reducción de daños no es opuesto al modelo prohibicionista. Son compatibles y, a menudo, complementarios, como en el

¹⁶⁶Markez I, Póo M. Discursos y políticas de intervención sobre drogas y drogodependencias. En: Drogas. Qué política, para qué prevención. Gobierno Vasco-Dirección de drogodependencia; 2002. p 67.

¹⁶⁷Ralet O. Condicionantes políticos y económicos En: Contextos sujetos y drogas. FAD y Ayuntamiento de Barcelona: 2000 p. 45, 46.

caso inglés: el consumo de opiáceos está prohibido a toda la población, pero se atienden las necesidades de las personas dependientes o “adictas” a las que se dispensan dosis regulares para paliar sus síntomas adversos y mantenerlas en un estado social y médicamente más favorable.

La dispensación de sustitutos, como la metadona, a personas declaradas dependientes a opiáceos es un ejemplo de programa y política que puede funcionar como de reducción de daños, pues acepta que, siendo la dependencia o adicción a opiáceos una situación indeseable, incluso una enfermedad o dolencia crónica, la manera de tratarla es utilizando un fármaco o medicamento adecuado que no la cura o termina, pero alivia muchos de sus síntomas y ayuda a que la persona mantenga una mayor funcionalidad social, familiar, laboral, etc.

En el contexto contemporáneo de transmisión de enfermedades relacionadas con ciertas formas de administración de drogas, como la inyección intravenosa, los programas de sustitución con metadona u otros opioides (fármacos sintéticos con efectos semejantes al opio o los opiáceos) han cobrado una enorme relevancia como políticas de “reducción de daños”. Incluso aceptando que el consumo pueda ser negativo e incluso rechazándolo, se acepta que hay males peores que hay que evitar y que se

potencian con la intransigencia y las peores condiciones de consumo que suele conllevar.

Pero no es del todo adecuado pensar que las políticas de reducción de daños son contrarias a la prohibición o una alternativa directa al sistema prohibicionista. De hecho, ambos sistemas conviven y han convivido, sobre todo cuando adoptan perspectivas moderadas y pragmáticas, como en las políticas públicas holandesas de las últimas décadas. Y no olvidemos que el primer país donde se dispensa metadona como "remedio" contra la adicción a la heroína es Estados Unidos. Es decir, los programas de sustitución de opioides son primariamente norteamericanos y se extenderán después por Europa, Australia y otros países.

A partir de 1972 el gobierno holandés a través de la Comisión Baan, señala la necesidad de cambiar la dirección de las intervenciones, afirma que la represión aumenta los problemas. En ese mismo año, este Estado hace de la reducción de daños, su política oficial de salud pública; pero su política jurídico-penal sigue prohibiendo el comercio de las drogas incluidas en los convenios internacionales, especialmente cocaína, heroína y anfetaminas.

Afirma Ralet que en última instancia, deben ser los propios usuarios los que lleven a cabo los cambios en sus conductas que reduzcan los daños.

Para motivarlos, los poderes públicos deben tratarlos como ciudadanos y estimular su auto-organización, situarlos como iguales con los que pueden negociar las mejores medidas a tomar y ofrecerles condiciones de vida, de adquisición y administración que favorezcan conductas menos arriesgadas. De esta manera, los poderes públicos pueden trabajar con los usuarios de las drogas y no contra ellos; así los propios usuarios pasan de ser diana de la prevención a ser actores de ella. A principios de los 90 este modelo empieza a ser conocido por la mayoría de consumidores, agentes de prevención y de salud europeos¹⁶⁸; en los países latinoamericanos aún no se ha implementado suficientemente.

Prueba de ellos ocurre actualmente en Colombia donde se debate en el Congreso de la República un proyecto de acto legislativo No. 20 de 2009 por medio del cual se pretende modificar el artículo 49 de la Constitución Política con el fin de “prohibir el porte y consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas”¹⁶⁹ quitándole fundamento a la sentencia 221 de de 1994, en la que se despenalizaba la dosis personal de algunas sustancias psicoactivas.

Este proyecto fue debatido en septiembre de 2009 en la Facultad Nacional de Salud Pública, de la Universidad de Antioquia con la presencia,

¹⁶⁸Ibid. p. 48.

¹⁶⁹Colombia. Congreso de la República, Gobierno Nacional, Ministerio del Interior y de Justicia. Proyecto de acto legislativo No. 20 de 2009: reforma a la justicia. Bogotá: El Congreso; 2009.

entre otros, del senador Juan Carlos Vélez, ponente de otro proyecto de ley similar y con el exmagistrado de la Corte Constitucional colombiana, doctor Carlos Gaviria Díez, ponente de la mencionada sentencia de 1994. Dentro de los fundamentos esgrimidos por el citado senador, en ningún momento se mencionó como medida de intervención, la posibilidad de aplicar el modelo de reducción del daño; por el contrario siempre hizo énfasis en establecer medidas de carácter pedagógico, profiláctico y terapéuticas y a la vez, que enfatizaba en la necesidad de prohibir el porte y consumo¹⁷⁰.

La política de reducción de daños separa consumo y comercio, al menos en las grandes escalas. El usuario no es culpable y no se persigue el consumo en sí mismo. Se apremia a los que quieren lucrarse con el consumo ajeno de drogas ilegales: fabricantes, importadores, almacenistas, distribuidores medios, financieros del tráfico, intentando que la presión sobre el comercio no deteriore las condiciones de consumo, como ha solidó ocurrir.

Según el documento del grupo Belga de auto-apoyo *Citoyens comme les autres*, la reducción del riesgo es una política de colaboración entre los poderes públicos y los consumidores; su objetivo es sustituir la "guerra contra la droga" por la colaboración con responsabilidades recíprocas. En

¹⁷⁰Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud pública. Debate sobre los proyectos de ley en relación con el porte y consumo de psicoactivos, sus intervenciones e implicaciones en salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.

este sentido, defiende el modelo de reducción y presenta, al de la abstinencia obligatoria, como una estrategia que provoca exclusión, que se queda corta en la reducción de la disponibilidad de drogas en el mercado clandestino.

Otro aspecto diferente es que Las políticas de reducción de daños afectan al mercado de drogas y a sus circunstancias, restándole, por ejemplo, consumidores y haciendo menos necesaria “la guerra contra la droga”, es decir, la persecución del tráfico. En España, por ejemplo, las más de 100.000 personas en programas de metadona apenas consumen heroína, con lo que se le ha quitado una gran parte del negocio a los traficantes de esta droga sin necesidad de militarismos ni inversión en policía, ejércitos, juzgados o cárceles. En este sentido, las políticas de reducción de daños sí son alternativas a las políticas represivas.

Según Amando Vega¹⁷¹ para comprender este fenómeno social es imprescindible abordar el problema de las drogas desde una mirada política. Es necesario analizar con profundidad no sólo el objeto y el sujeto consumidor, sino también otros factores y aspectos visibles e invisibles que posibilitan que determinadas personas tengan problemas con el consumo,

¹⁷¹Vega A. El fenómeno de las drogas como cuestión política. En: Vega A, Arana X, Blanco I, Burkahart G, De La Cuesta J, Del Olmo R, et al. Drogas: Qué política para qué prevención. Bilbao: Gobierno Vasco. Dirección de drogodependencia. 2002. p.31

teniendo presente las respuestas que la sociedad les da, y cómo éstas son condicionada por la política vigente, pues ella orienta actitudes y comportamientos con relación al consumo, producción y comercio de estas sustancias. Con el modelo de reducción de riesgos se busca generar un espacio terapéutico donde el consumidor se sienta protegido y pueda participar su familia y amigos¹⁷². En este sentido, es muy importante identificar las representaciones sociales del consumo y de las intervenciones, como un aporte para comprender los significados compartidos y su concreción en actitudes; es decir, las orientaciones para la acción y el juicio social y los diversos puntos de vista que se construyen.

3.8.3.3 Modelo Biomédico

Este modelo reconoce la adicción a las drogas como un trastorno o enfermedad. Gira en torno a los conceptos de abuso y dependencia, que describen distinto grado de adherencia al hábito patológico de consumo de una o varias sustancias psicotrópicas con potencial adictivo.

Podría decirse que el abuso puede verse como una posible estación de tránsito hacia la dependencia, estado que contiene los elementos esenciales que determinan la condición patológica de la adicción a las drogas, tales

¹⁷²Boville. B. La guerra de la cocaína, Debate Madrid, 2000. En: Drogas. Qué política para qué prevención. Barcelona: Gobierno Vasco, Dirección de Drogodependencia; 2002. p 31-32.

como la pérdida del autocontrol, la degradación de la conducta social, la tolerancia y la abstinencia.

El modelo biomédico tradicional, cree que la dependencia es una enfermedad crónica de carácter recidivante. Algunas de sus tesis son: no hay recuperación en ausencia de tratamiento, el carácter crónico del trastorno y la pérdida de control asociada hacen que el paciente fracase en sus intentos de dejar la sustancia por sí mismo, el tratamiento por tanto es la única respuesta posible, no se aplica el concepto de curación, ya que la supuesta vulnerabilidad biológica siempre está presente y pueden ocurrir recaídas.

El objetivo del tratamiento debe ser siempre la abstinencia, dado que el contacto del sujeto con el tóxico producirá la recaída inmediata. Desde esta perspectiva, se considera imposible el “consumo controlado” de las personas que han sido dependientes de una sustancia.

La elección del modelo biomédico está teniendo importantes efectos en la forma de prevenir y tratar la drogodependencia. Algunos de los más relevantes son:

- La dirección de las políticas antidroga han estado y están, cada vez más, bajo una perspectiva sanitaria, muy dominada por el modelo biomédico.
- A pesar de que la prevención goce de gran predicamento en las políticas públicas antidroga, su desarrollo e implantación son claramente precarios.
- El tratamiento se medicaliza a marchas forzadas. Cada vez más, surgen o parecen surgir nuevas indicaciones o enfoques farmacológicos en el campo del tratamiento, que copan la actividad en congresos y simposios, además de una presencia creciente en las revistas especializadas. A pesar de que hay vías de tratamiento psicosocial muy importantes para los drogodependientes, eso no significa que el modelo de "enfermedad crónica" no sea el que subyace en muchos de esos recursos asistenciales.

La realidad empírica ha mostrado que las personas por sí mismas pueden cambiar sus hábitos, situación que interroga la permanencia y supremacía de un enfoque biomédico reduccionista.

Parece evidente que la adopción de la idea de que la drogodependencia es una enfermedad crónica, con un substrato fundamentalmente biológico, deja fuera gran parte de la realidad observable

y produce una fuerte distorsión en las estrategias de prevención y tratamiento que no favorecen su eficacia¹⁷³.

3.8.3.4 La Mirada de la Salud Pública

Para la salud pública las sustancias psicoactivas son todas aquellas que actúan sobre el sistema nervioso central, ya sea por estimulación o inhibición, modificando sus funciones y procesos neurofisiológicos, provocando experiencias de placer y displacer, y en algunos casos abuso y adicción.

La medicina considera al abuso y dependencia de sustancias psicoactivas trastornos mentales y del comportamiento; la OMS en la clasificación internacional de las enfermedades identificó 10 grupos de patologías de acuerdo con el tipo de sustancia utilizada o la combinación de éstas. Ellos son: la intoxicación aguda, el uso perjudicial, el síndrome de dependencia, el estado de supresión, el síndrome de abstinencia con delirium, el trastorno sicótico, el síndrome amnésico, el trastorno sicótico

¹⁷³Bischof G, Rumpf H. J., Hapke U., Meyer C., John U. (2000). Maintenance factors of recovery from alcohol dependence in treated and untreated individuals. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(12), 1773-17.

residual de comienzo tardío; otros trastornos mentales y del comportamiento y otros no especificados¹⁷⁴.

3.8.3.5 Modelo Biopsicosocial

Entiende este modelo la drogodependencia, como una conducta o hábito regulado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Según este modelo, la conducta adictiva o la drogodependencia no es una condición crónica del individuo, sino el resultado de la interacción de determinantes psicológicos, biológicos y sociales en un momento dado. Este modelo propone que puede haber recuperación en ausencia de tratamiento, a través del paso de un consumo de riesgo a uno de bajo riesgo o la abstinencia; sin embargo, reconoce que no todos los sujetos pueden modificar su comportamiento adictivo sin ayuda externa.

Bajo este paradigma la recaída durante el tratamiento es el resultado de la interacción de los distintos factores que determinan la presencia del hábito. No debe ser vista como evidencia de una vulnerabilidad biológica subyacente, si no como evidencia del fracaso de los mecanismos de afrontamiento del sujeto frente a los condicionantes contextuales de su conducta. El objetivo del tratamiento puede ser el “consumo controlado”.

¹⁷⁴ OMS. Clasificación Internacional de enfermedades OMS: Códigos, diagnósticos, salud. Suiza: OMS; 1996.

Destaca la importancia de promover la responsabilidad individual y social en el mantenimiento de la salud, entendiendo ésta como un proceso de desarrollo continuo a nivel físico, psíquico y social. Una de sus principales aportes es el concepto de "factor de riesgo", no sólo por lo que significa, sino por la operatividad que conlleva a la hora de delimitar aquellos elementos, circunstancias o hechos que tienen una alta probabilidad de asociación con el consumo de drogas.

Se entiende como factor de riesgo el conjunto de circunstancias, hechos y elementos personales, sociales o relacionados con la sustancia, que aumentan la probabilidad de que un sujeto se inicie y se mantenga en el consumo de drogas. Desde este modelo, la prevención debería incidir en la reducción de factores de riesgo.

3.8.3.6 Modelo de competencia social.

Pone el interés en la concepción positiva de la salud y la focalización de las competencias existentes más que en las carencias de los individuos o

de los grupos. Este modelo se centra en actividades preventivas diseñadas para promover el desarrollo cognitivo, las destrezas conductuales y socioemocionales que proporcionarán comportamientos más adaptativos y, por tanto, una mayor capacidad para afrontar situaciones críticas vitales.

La competencia individual para la interacción social actúa como factor de protección frente a las drogodependencias, por lo que es imprescindible formar a los individuos para dotarles de más recursos a la hora de afrontar situaciones de riesgo.

3.8.3.7 Modelo ecológico

Recoge la importancia de orientar la intervención preventiva hacia la interacción de la persona y su ambiente, teniendo en cuenta los diferentes niveles que rodean a los individuos. Entiende al sujeto inmerso en una serie de espacios de relación más o menos cercanos, sobre los que es preciso intervenir en su conjunto si se quiere conseguir una mejora en la calidad de vida de las personas.

Los distintos niveles donde se mueve una persona podrían representarse como círculos concéntricos, donde el más cercano sería el de los espacios primarios de socialización (familia, escuela, amigos) y el más lejano sería el de las condiciones macrosociales, políticas y económicas.

Todos los niveles influyen en los itinerarios vitales de forma más o menos directa, interrelacionándose entre si y, por lo tanto, todos tienen que ser considerados para entender el consumo y las drogodependencias.

De esta manera, hay que tener en cuenta tres grandes elementos que se encuentran interrelacionados: la sustancia (tipo, efecto, potencia, vía de consumo), el sujeto (factores psíquicos y psicosociales) y el medio (la valoración y representación social de las drogas y las condiciones generales).

3.8.3.8 Modelo comunitario

Supone asumir el influjo de los contextos micro-sociales (familia, grupo de amigos, barrio, etc.) en el origen y/o evolución del consumo y las drogodependencias, y aceptar la necesidad de implicar a la comunidad organizada en la búsqueda de soluciones, debido a la importancia de actuar simultáneamente en los diferentes espacios socializadores que dan forma a la comunidad.

Se interviene a partir del compromiso conjunto de los y las responsables políticos (que han de decidir dar prioridad a la prevención, respaldar financieramente tal opción y favorecer procesos de diálogo y

coordinación), las y los profesionales (dinamizadores de procesos de desarrollo comunitario) y la sociedad civil (agente de la intervención desde el momento del diagnóstico de la realidad hasta la gestión de los programas).

No existen de verdad tales modelos como formas independientes de enfrentar el fenómeno del consumo de drogas ilegales o el consumo ilícito de drogas legales (borracheras de alcohol, uso excesivo de tabaco o por niños...). Se complementan, interpretan y se necesitan. Por ejemplo, los jueces, operando con criterios políticos y jurídicos, suelen basarse en sus decisiones (y en ideología y fundamentación moral para tomarlas) en que las drogas que prohíben y persiguen son dañinas para la salud, tanto por su efecto sobre el cuerpo o la mente como sus efectos adictivos. Es decir, los modelos médico-biológico, jurídico y bio-psicosocial se interpretan y dotan mutuamente de sentido.

3.8.4 Estrategias de Prevención

3.8.4.1 Contexto global

A nivel global la prevención del consumo de sustancias psicoactivas comprende un grupo de estrategias que parten de las necesidades individuales y colectivas; así como también de la etapa que vive el

consumidor y de la sustancia que utilice. En general, planteamos que se pueden considerar, por el enfoque que predomina en cada uno de ellos, cuatro tipos básicos: informativos, educativos, alternativos (tratamiento o situación de riesgo) e intervención (de tratamiento propiamente dicho). Naturalmente, es posible e incluso frecuente la combinación de varios de estos tipos, aunque menos de lo que podría resultar conveniente.

La prevención suele realizarse en ámbitos familiares, escolares y comunitarios. Los dos primeros no requieren mucha explicación; el comunitario se debe comprender desde dos puntos de vista: su inclusión para la prevención y la comprensión de la actitud y respuesta social frente al problema del consumo de drogas.

Existe consenso relativo sobre las preguntas que se deben enfrentar antes de implementar un modelo de prevención: ¿Qué se trabajará?, ¿Con cuáles recursos se cuenta?, ¿Cuándo se realizará la prevención?, ¿Dónde se desarrollará?, ¿Cómo se planifican las estrategias? y ¿Cómo será la ejecución de la acción? Estas preguntas deben ir acompañadas de la evaluación, que debe comprender las siguientes etapas:

Tabla 19. Etapas para la Evaluación de un programa de prevención.

Nivel de Educación	Proceso	Resultado	Impacto
Objetivo de la evaluación	Efectos del programa		Efectos acumulados o agregados a nivel comunitario
Indicadores potenciales de efectividad	Descriptor de la población beneficiaria: -Servicios suministrados -Actividades desarrolladas -Recursos Financieros	Cambios en la relación con las drogas: -Percepciones -Conocimientos -Conductas: Consumo Ausencia escolar -Rendimiento escolar -Implicaciones comunitarias	Cambios en: -Prevalencia e incidencia del consumo -Morbi-mortalidad relacionadas con las drogas -Programas y políticas institucionales -Implicaciones en la comunidad (padres y jóvenes) -Tasas de accidentalidad

Fuente Elaboración de la investigadora, 2009

3.8.4.2 Contexto local

Programas de prevención en Medellín.

De la sistematización de cinco programas de prevención de farmacodependencia implementados en Medellín, liderada por la Corporación Paise Joven en 1999, se extractan las siguientes recomendaciones:

- Establecer criterios y prioridades para promocionar un programa de investigación, continuar las que se han comenzado, abrir una línea de estudios sobre representaciones sociales y establecer modelos operativos a partir de diagnósticos sociales y estudios en juventud
- Diseñar estrategias para difundir el resultado de las investigaciones realizadas.
- Establecer una red de dispositivos asistenciales
- Definir ámbitos de actuación institucional: escolares, familias, comunidades, jóvenes, medios de comunicación y trabajadores.
- Adecuar los componentes pedagógicos a las realidades de la ciudad y la región.
- Establecer una complementariedad entre las instituciones y sus esfuerzos preventivos.
- Coordinación de un centro de información.
- Homologar las estrategias preventivas en cuanto a requisitos mínimos y sistemas de evaluación.

Intervención universitaria

Con relación a la Universidad de Antioquia se han desarrollado diversos programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, donde

se involucra el consumo de psicoactivos como fenómeno social susceptible de ser observado, diagnosticado, prevenido e intervenido.

Estos programas se han impulsado desde la administración de la Universidad a través de la Dirección de Bienestar Universitario y en algunas ocasiones, este trabajo se realiza de manera interinstitucional, sobre todo en el componente de investigación, con la Red para la Investigación, la Formación y la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (red-UNIR): un grupo de instituciones de educación superior que se han unido para recibir capacitación, realizar diagnósticos conjuntos e identificar necesidades y estrategias comunes.

Durante los últimos nueve años se han propuesto estrategias de tipo informativo y formativo para los estudiantes y la comunidad universitaria en general, además se ha brindado capacitación a los funcionarios de la dirección de bienestar para contribuir con la atención adecuada de las personas que requieren atención.

En el año 2001 la Rectoría de la Universidad expidió un comunicado¹⁷⁵ con el que recordaba a la comunidad universitaria la prohibición existente sobre la venta y consumo de bebidas alcohólicas y de sustancias

¹⁷⁵ Universidad de Antioquia-Rectoría. Comunicado 049 de mayo 21 de 2001. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001.

psicoactivas en las instalaciones universitarias, apoyándose en la aplicación de los artículos 16 y 17 del Decreto 1108 de 1994, Estatuto Nacional de Estupefacientes, mediante los cuales, “se autoriza la expulsión como miembro de la comunidad académica, de quienes infrinjan esta medida, sin perjuicio de acciones legales y penales a que hubiere lugar”.

Este comunicado fue acompañado por una estrategia de bienestar universitario orientada a estudiar el asunto y ofrecer medidas alternativas desde el punto de vista de la salud pública, creando el plan de Prevención del Consumo de Psicoactivos para la Universidad de Antioquia cuyos objetivos fueron:

- Sensibilizar e informar a través de los medios de comunicación institucional temas relacionados con el alcohol y las sustancias psicoactivas, su consumo y prevención.
- Reforzar las diferentes acciones de carácter educativo y preventivo en el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.
- Generar acciones de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, mediante la promoción de estilos de vida saludables y la identificación de factores de riesgo biopsicosociales y factores protectores.
- Informar a estudiantes, empleados y docentes sobre aspectos relacionados con el consumo de alcohol y fármaco dependencia.

- Capacitar a diferentes grupos en conceptos generales sobre el consumo del alcohol y otras sustancias psicoactivas, con el fin de formar facilitadores que aprendan a identificar y orientar adecuadamente a las personas con problemas de consumo.
- Detectar oportunamente personas de la comunidad universitaria, que presenten problemas con el consumo del alcohol y sustancias psicoactivas.
- Brindar orientación y asesoría, con el fin de posibilitar la rehabilitación de las personas con problemas de consumo.

Los anteriores objetivos fueron planteados en la primera fase del programa, en los cuales se enfatizaba la intervención en el caso del uso, abuso y dependencia del alcohol como sustancia psicoactiva de mayor consumo en la universidad. Desde la creación de este plan se tuvo claro que la base de la consecución de estos objetivos era el conocimiento científico y las investigaciones que lo hacían posible.

A partir del año 2002, se realizaron una serie de conversatorios convocados por la dirección de Bienestar Universitario con participación de los diferentes estamentos de la comunidad universitaria, los cuales evidencian las siguientes conclusiones:

- Para los estudiantes es más evidente el problema del consumo de alcohol, que el abuso de sustancias psicoactivas.
- Se reconoce que el consumo de alcohol ha venido ganando terreno en la Universidad.
- Se establece una marcada diferencia entre alcoholismo y fármaco dependencia, desde el punto de vista de la percepción.
- Existe una marcada tendencia a entender el consumo como un acto personal e individual.
- Se ve una marcada defensa de los derechos individuales y, como consecuencia, una resistencia a la "prohibición".
- Se debe apuntar a revisar el concepto según el cual, sería válido recurrir creativamente a convocar a la comunidad universitaria para que "aquí no lo hagamos".

En el 2003 la universidad contrata un grupo de profesionales psicólogos, con la finalidad de fortalecer el Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Se establecieron varios programas o servicios tales como: Apoyo psicopedagógico, Promoción de la salud sexual y de la afectividad, Intervención en situaciones de vulnerabilidad psíquica y de manera específica, el servicio de Prevención de adicciones.

Este servicio se definió como una estrategia que buscaba propiciar la responsabilidad de los miembros de la comunidad universitaria, en la toma de decisiones respecto a las maneras como los mismos se relacionan con los objetos que la sociedad de consumo ofrece, especialmente con las sustancias psicoactivas. Esta estrategia interviene en los factores de riesgo, en las representaciones sociales que favorecen una relación problemática de adicción o dependencia, entre el sujeto y objeto de consumo¹⁷⁶.

El Servicio de Prevención de Adicciones, se diseña con los siguientes componentes: educativo, investigativo, normativo, orientación y apoyo, participativo y de Comunicación. Es importante destacar que todos los componentes han sido desarrollados, en especial, el educativo, el de comunicación, y el de investigación; a través de ellos se ha trabajado lo normativo y la participación. A partir de 2003 el Servicio de Prevención de Adicciones ha desarrollado estrategias metodológicas de atención individual, de trabajo grupal y eventos masivos.

En entrevista realizada a una de las psicólogas del Servicio, se afirma que desde la implementación del componente educativo en 2004 hasta 2008, los procesos formativos han sido desarrollados con aproximadamente

¹⁷⁶ Universidad de Antioquia. Servicio de Prevención de Adicciones. Presentación del Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.

24.000 estudiantes, quienes han participado en talleres de sensibilización, durante la inducción en todos los programas académicos ofrecidos por la Universidad. Los temas que orientan estos talleres son: consumismo y sociedad, elección y adicción, sujeto y consumo, rendimiento académico y adicción, entre otros.

Teniendo en cuenta la importancia de los procesos comunicativos iniciados a partir de 2001, se desarrolló la campaña "decide con argumentos", dirigida a la prevención del consumo de alcohol en el campus universitario.

En esta misma vía, en el año 2005 con la reestructuración del servicio se realiza la segunda campaña de comunicación denominada "Argumentos con Sentidos", cuyos antecedentes se resumen en:

"La Dirección de Bienestar Universitario decide continuar con la estrategia de años anteriores en el sentido de realizar campañas preventivas que generen no solo reflexión y opiniones frente a este problema, sino propiciar cambios de actitudes y comportamientos procurando que la comunidad universitaria se inquiete por el tema de la salud. En el año de 2002 se diseñó una campaña, cuyo lema era, "frente al consumo de alcohol en la Universidad: decide con argumentos".

Esta campaña tiene por objeto "generar pensamientos en la comunidad universitaria que interroguen algunas de las causas que generan el consumo y la dependencia a las sustancias psicoactivas". Y como objetivos específicos: "Reestructurar la campaña, de prevención del consumo de sustancias psicoactivas "Decide con argumentos", mediante el

enriquecimiento de los conceptos"; "Elaborar nuevos productos comunicativos, utilizando diferentes estrategias y medios para llegar a la comunidad educativa"¹⁷⁷. La divulgación de los productos de la campaña estaban articulados a las actividades formativas tales como: foros, talleres, conversatorios, actividades artísticas, entre otros.

Para esta última campaña, se pretendía ir más allá del consumo de alcohol y enfrentar el problema del consumo de otras sustancias psicoactivas. Para el desarrollo de ésta se conformó un grupo de expertos, se realizaron conversatorios, se promovieron reuniones con grupos específicos: estudiantes, docentes, trabajadores y se establecieron prioridades y consensuaron posturas, respecto al tema a tratar.

Estaba claro que no se trataba de hacer una campaña, para satanizar ni banalizar el consumo. Se pretendía un proceso consecuente con el escenario universitario y propiciar una discusión desde la inteligencia, poniendo sobre el escenario temas trascendentales como la responsabilidad, la libertad, el placer e incluso, el manejo de la norma.

¹⁷⁷ Universidad de Antioquia. Dirección de Bienestar Universitario. Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Campaña de argumentos con sentido. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005

Fue importante considerar que la comunicación se construye desde la inteligencia, la expresión de “argumentos” encontrados, distintos, discrepantes fue central a este proyecto puesto que el entorno universitario, es el territorio de los argumentos y el lugar óptimo para el debate intelectual, moral y científico.

El tono de esta campaña lo dio un trabajo previo que se realizó, a manera de campaña de expectativas con frases que circularon por la Universidad: “¿Qué tire frescura?, ¡oigan a este!”; “Puede que tengas razón o pude que no”; “Oíste y para vos, ¿qué tiene sentido?”

La campaña fue presentada a toda la comunidad universitaria y a sus sedes regionales en el mes de agosto de 2005. Se entregaron las piezas publicitarias y se abrió a los medios de opinión recibiendo más de 500 comentarios” La campaña movió los siguientes ejes: la responsabilidad, la libertad y el placer¹⁷⁸.

La responsabilidad. “Esta nos remite a la introyección de límites psíquicos que le permitan a la persona detenerse ante los excesos, regularse, saber hasta qué punto puede llegar. Es decir, supone un sujeto autónomo, con la norma incorporada, en contravía al sujeto heterónomo, para quien la ley es

¹⁷⁸Universidad de Antioquia. Dirección de Bienestar Universitario. Campaña Argumentos con Sentido, Entrevista E. Pérez, E. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005

externa, requiere de una autoridad que le ponga el límite, porque él estará guiado única y exclusivamente por el deseo de obtener un placer inmediato. El principio de realidad supone un ser capaz de limitarse a sí mismo, de esperar y de trabajar para obtener la satisfacción. Las adicciones ponen en jaque la responsabilidad en tanto son un empuje irrefrenable que subordina el pensamiento y la espera; lo único que cuenta en la adicción es una sed que reclama la sustancia. La responsabilidad, por el contrario, es concebida como la capacidad de pensar antes de actuar".

La libertad. "Puede decirse que quien cifra su satisfacción en un objeto, pierde inexorablemente libertad. Es así como las fijaciones en los modos de obtener placer estrechan los marcos, reducen posibilidades, se convierten casi en objetos de la necesidad; la sustancia se necesitará tanto como el aire, tanto como el agua. El individuo, guiado en muchas ocasiones por un gran deseo de libertad, consume sustancias, consume objetos, quizás para descubrir dimensiones vedadas, quizás para evadirse, quizás para liberarse de presiones y responsabilidades sociales; sin embargo, va entrando en un territorio en el cual lo poco que consuma hoy no le será suficiente mañana, y la falta del objeto se convertirá en sufrimiento. Es en este punto que puede afirmarse que la dependencia limita al ser humano, le resta libertad y lo aparta de su lazo con la sociedad"¹⁷⁹.

¹⁷⁹ *Ibíd.*

El Placer. “supone provocar preguntas y opiniones relativas al cómo cada uno se las arregla con la satisfacción y la insatisfacción. Es decir, qué hace cada ser humano para procurarse placer, cómo lo obtiene y cómo enfrenta esa imposibilidad de una satisfacción absoluta y permanente. Ningún ser humano soporta la vida sin obtener algún monto de satisfacción derivado de lo que es y de lo que hace¹⁸⁰”.

En otras palabras, los seres humanos requieren sentir placer y cuando la vida se vuelve carente de él, cuando el dolor se prolonga, cuando nada produce satisfacción se puede ir generando una depresión. Es por eso, que cada uno se inventa vías para garantizarse unos mínimos de satisfacción, los cuales se podrán obtener mediante un trabajo paciente o de modo inmediato.

El consumo de sustancias psicoactivas se puede entender como uno de los modos posibles de obtener satisfacción, de menguar el malestar que depara la vida cotidiana y el tener que trabajar y esperar por un poco de placer. La sustancia está allí próxima a eliminar el displacer, próxima a eliminar las preocupaciones. Es uno de los medios posibles, además uno de los que más se burla del principio de realidad, es decir del tener que esperar el efecto placentero. Y ese no poder esperar hace pensar que la sustancia

¹⁸⁰ *Ibíd.*

anima la desesperación, la inmediatez. Pero lo que ignora quién es proclive a las adicciones es que ese placer buscado, lentamente se tornará en dolor, se tornará en un gran displacer cuando falte la sustancia, de tal modo, como lo anota Giullia Sissa¹⁸¹, se pasará de buscar el placer a un intento desesperado por liberarse del malestar que le produce la falta de la sustancia.

Es en este contexto, donde mucha gente se explica el consumo de sustancias psicoactivas. La sustancia está allí próxima a eliminar el displacer. Pero lo que ignora el sujeto proclive a las adicciones, es que ese placer buscado, se torna en dolor, se torna en un gran displacer cuando falte la sustancia.

En la entrevista realizada a la psicóloga del Servicio de Prevención de Adicciones, esta profesional afirma que, a partir del 2003 con la reestructuración del servicio, se dio mayor relevancia al componente formativo, al de orientación y asistencia debido a la ampliación del recurso humano. Es de destacar que a partir de este momento, cada estudiante que ingresa nuevo a la universidad, se le llega con el tema. Además, se intensificó el trabajo de prevención con programaciones anuales de cine foros, actividades culturales etc., que se han convertido en escenarios para

¹⁸¹Sissa G. El Placer y el Mal: filosofía de las drogas. Buenos Aires: Manantial; 1997

debatir temas como la norma, la legalización del consumo, la relación entre lo privado y lo público.

En la entrevista con la psicología se evidenció que en la Universidad se vive la tensión entre el espacio público y el privado, pues para quienes promueven el no consumo dentro de la Universidad, el argumento fuerte es la universidad como espacio público; mientras que, para quienes consumen en las instalaciones universitarias, ella es un espacio libre donde pueden desarrollar su autonomía.

Desde el componente comunicacional se destaca también un proyecto de tercera fase de la campaña orientado al desarrollo de potencialidades y justificada a partir de los siguientes elementos: 1. Desde los procesos de orientación asistencia se evidencia que el consumo de sustancias psicoactivas influye en el aplazamiento o el abandono de su proyecto de vida. 2. Los niveles de consumo en la institución, como lo muestra el estudio VESPA, se han mantenido estables. 3. Se ha incrementado la consulta. El consumidor se está cuestionando mucho más sobre su condición. 4. El problema se ha visualizado, se ha nombrado, ha dejado de ser un asunto vetado o censurado. 5. La edad de inicio del proceso académico universitario ha descendido y la población ha aumentado. Se requiere constancia en los mensajes. 6. Es necesario el fortalecimiento de los factores protectores en la

comunidad universitaria, frente al consumo de sustancias psicoactivas. 7. La comunicación para la salud, que se logra con estrategias como estas, tiene un impacto en la disminución de la prevalencia y la incidencia del consumo de estas sustancias¹⁸².

Algunas de las piezas comunicativas de esta fase que fueron impresas en afiches y señaladores de lectura con los siguientes contenidos:

"Baile + montaje= aplausos"; "Cocaína + alcohol = infarto"; "Una jeringa- heroína, fentanyl, ketamina, cocaína + dos usuarios = infección"; "Una película + buena compañía = un buen plan"; "Un arnés + un muro = pura adrenalina". Desafortunadamente esta tercera fase de la campaña fue suspendida por motivos presupuestales.

También existe un espacio abierto dos veces a la semana donde acuden estudiantes consumidores para hablar del tema, que es distinto a los estudiantes consumidores que acuden con una demanda explícita a un proceso de orientación y asistencia en consulta psicológica.

¹⁸² Universidad de Antioquia. Dirección de Bienestar Universitario. Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Servicio de Prevención de Adicciones. Proyecto campaña de prevención. Tercera fase. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006.

Algunas limitaciones del proyecto preventivo también quedaron claras. Por ejemplo, la necesidad de realizar investigaciones que tengan en cuenta otros elementos del consumo y las prácticas, normas y valores asociados, como, por ejemplo, la “presión de pares” como aspecto importante de inicio y mantenimiento en el consumo, elemento que fue reseñado en varias entrevistas con los profesionales implicados.

El componente investigativo como se dijo anteriormente se desarrolla a nivel interinstitucional. En este sentido se han desarrollado tres investigaciones cuantitativas denominadas vigilancia epidemiológicas en consumo de sustancias psicoactivas (VESPA) y una de corte cualitativo denominada “la vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas”¹⁸³. El objetivo general de esta investigación fue “ampliar la comprensión de las subjetividades en los universitarios y de las dinámicas de su contexto, en aras de la cualificación de estrategias para la prevención desarrolladas en las instituciones universitarias”.

En los párrafos siguientes se presentan algunos de los hallazgos del estudio: 1) El ser universitario se asocia con la conquista de la autonomía, entendida por los estudiantes como el quiebre de los controles familiares, la

¹⁸³ Red para la investigación, la formación y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el escenario universitario. La vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas. Medellín: Fundación universitaria Luis Amigó; 2009.

realización de actividades y asimilación de actitudes adultas. Se asocia con hacer cosas (excesos) matizados o justificados por su condición de ser universitarios.

2) En el marco de la vivencia universitaria el tema de la diferencia aparece como reiterativo, sirve para justificar el consumo de sustancias psicoactivas, para identificarse como perteneciente a y así dominar territorios específicos dentro y fuera de las instituciones universitarias.

3) Si bien es cierto que estos grupos de consumidores acogen algunos parámetros establecidos por la institución, se consideran distintos y buscan hacerlo explícito mediante elementos diferenciadores, aunque en la mayoría de los casos tienen la impronta del medio social del cual son parte.

"nosotros estamos como... o sea, somos como la diferencia... Un grupo pequeño de estudiantes que por lo general estamos muy marcados dentro de la carrera"
(Entrevista estudiante).

4) Los usos de las sustancias están referidos, además de facilitar el vínculo social, al logro de la euforia, la concentración, el aumento de las habilidades para la conquista y del placer sexual, la creatividad, el relajamiento, la desinhibición, el rendimiento académico, la potenciación de fantasías.

5) No se evidenciaron procedimientos claros para atender situaciones de abuso frecuente o esporádico y de problemáticas asociadas con éstas, lo

que ha generado manejos inadecuados. La atención es generalmente referida a la consulta individual psicológica de las unidades de Bienestar Universitario.

Las principales conclusiones del estudio son: 1) Dar apertura al significado del consumo en la vivencia universitaria fue un primer movimiento para entender las cifras de estudios anteriores y decantar su significado real en la dimensión problemática, hasta ahora establecida. 2) Si bien es cierto que el espacio universitario propicia el consumo de sustancias psicoactivas, su uso se constituye en un facilitador del vínculo social. 3) La subjetividad de cada individuo es determinante en la evolución de las prácticas de consumo de sustancias psicoactivas, del uso social, al uso problemático o el abuso.

3.9 Marco Normativo

La necesidad de regular la producción, consumo y tráfico de psicoactivos parece consustancial a la sociedad actual; hasta ahora la legislación se ha orientado hacia la prohibición del acceso de los individuos a ciertas sustancias, y se ha respaldado en sanciones consagradas en la ley penal de los diferentes Estados.

Es importante conocer los hitos históricos sobre la materia porque aún son vigentes decisiones políticas tomadas en otras épocas, y que están alejadas de la realidad actual, con consecuencias que han resultado, desde el punto de vista de la salud pública, contradictorias con los propósitos de sus impulsores.

3.9.1 Contexto global.

En 1909 y en 1912 se realizan conferencias en Shangai en la Haya con el fin de frenar la producción y exportación de opio y se adopta un convenio, sin fuerza vinculante para las partes, que establece la necesidad de controlar la preparación y distribución de opio, morfina, cocaína, heroína y cualquier otro derivado que mediante pruebas científicas resultara peligroso, con la única excepción de las necesidades médicas y científicas¹⁸⁴.

Para González¹⁸⁵ el nacimiento oficial de la política prohibicionista (Harrison Act.) tiene sus orígenes en Estados Unidos en 1914; con ella se controló drásticamente el consumo de opiáceos y cocaína, solo admitiéndose bajo prescripción facultativa. Cinco años más tarde aparece la llamada "Ley seca" extendiendo el control al consumo de alcohol. Se castigaba con multa

¹⁸⁴González C. Aspectos legislativos. En: Contextos, Sujetos y drogas: Aspectos legislativos. Madrid: Dykinson; 2000. p.192.

¹⁸⁵González C. Aspectos legislativos. En: Contextos, Sujetos y drogas: Aspectos legislativos. Madrid: Dykinson; 2000. p. 189-191.

y prisión por seis meses la venta y cinco años la fabricación. A partir de 1937, la marihuana entra en el grupo de sustancias sometidas a control penal¹⁸⁶.

Se ha identifican como factores que contribuyen al origen de la política prohibicionista, el sentimiento puritano que toma fuerza a mediados del siglo XIX en Estados Unidos; la batalla por la hegemonía social, entre el sistema rural y las nuevas generaciones de inmigrantes irlandeses y mediterráneos. Esto en lo que respecta al alcohol: pero en el caso del opio y la marihuana, contaron más lo inmigrantes chinos y mejicanos. En este contexto se mezclaron prejuicios religiosos, étnicos y sociales, producto de la resistencia a transformar un estilo de vida basado en virtudes asociadas con el trabajo, la sobriedad y el temor a Dios. En esta época fue común la vinculación de características étnicas a "vicios" y males sociales; por ejemplo, "los negros se asocian al consumo cocaína y a la violencia"¹⁸⁷.

Las anteriores leyes prohibicionistas se caracterizan por el aumento de consumidores, el cambio de identidad de los mismos, el fortalecimiento de la industria del crimen, y la necesidad del mercado ilegal favoreciendo la difusión de sustancias más potentes.

¹⁸⁶Ibíd. P.190

¹⁸⁷Ibíd. p. 191

3.9.1.1 Convenciones de Naciones Unidas

Otros intentos se realizaron a través del Convenio Internacional del Opio (1925) y el de Ginebra (1931), con resultados tan modestos como los anteriores. Sólo a partir de la creación de las Naciones Unidas y después de finalizada la Segunda Guerra Mundial, se logra un mecanismo de aplicación de las resoluciones en materia de control de comercio de estupefacientes con fuerza vinculante para las partes firmantes y con un ámbito de aplicación prácticamente universal. Tres han sido los resultados de esta actividad internacional: la Convención Única de Estupefacientes de Nueva York de 1961, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de Viena de 1971 y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de Viena de 1988¹⁸⁸.

La Convención de Estupefacientes de Nueva York. 1961¹⁸⁹

Las partes firmantes preocupados por la salud física y moral de la humanidad, reconociendo que el uso médico de los estupefacientes continuaba siendo indispensable para mitigar el dolor acordaron adoptar las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin; reconocieron que la toxicomanía constituye un mal grave para el

¹⁸⁸Ibíd. P. 192

¹⁸⁹Ibíd. P.193

individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad; conscientes de su obligación de prevenir y combatir el mal, se hizo necesaria una acción concertada y universal, estimaron que la acción universal exige una cooperación internacional orientada por principios idénticos y objetivos comunes; se concertó una convención internacional de aceptación general, en sustitución de los tratados existentes sobre estupefacientes, para el límite del uso de estupefacientes a los fines médicos y científicos y se establece una cooperación y una fiscalización internacionales constantes para el logro de las finalidades y objetivos.

En esta convención se pusieron las bases del sistema contemporáneo de regulación jurídico-política de las drogas psicoactivas. Las disposiciones más importantes de esta reunión internacional se resumían en: la determinación de las sustancias sometidas a control y la creación de listados concretos de tales sustancias de acuerdo con el peligro que representaban para la sociedad y la salud pública; las obligaciones generales de los Estados para adoptar las medidas legislativas y administrativas para ejecutar las disposiciones de la Convención; la cooperación con los demás Estados en la ejecución de las disposiciones; la limitación para fines médicos y científicos de la producción, comercio, posesión y utilización de estupefacientes.

Como medidas preventivas planteó: el establecimiento de una administración especial encargada de aplicar las disposiciones de la

Convención; la limitación de la cantidad de estupefacientes fabricados o importados por cada país; y el sometimiento a un control del Estado o a un régimen de licencia para el cultivo, fabricación, distribución, importación, exportación y posesión de estupefacientes.

Como medidas represivas se adoptan: la obligación para cada una de las partes de tomar las acciones necesarias para considerar como delitos punibles con penas especialmente de privación de la libertad, todas las conductas relacionadas con el cultivo, producción, fabricación, posesión, venta y distribución de los estupefacientes.

Igualmente, el convenio se dirigía a castigar los actos de participación y tentativa de estas conductas y establecer los procedimientos penales para el enjuiciamiento y la extradición de los culpables.

Respecto con las medidas de limitación del consumo, se establece la no autorización del suministro de estupefacientes a particulares, salvo prescripción médica; autorización temporal para algunos países del uso de opio, hoja de coca y cannabis, y la recomendación del tratamiento de toxicómanos.

El Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de Viena, 1971. “Tiene por objetivo someter a control algunas sustancias no contempladas en la Convención Única de 1961, particularmente las anfetaminas, barbitúricos y alucinógenos. Las medidas penales y de control son sustancialmente idénticas a las contempladas en el Convenio internacional de Nueva Cork”¹⁹⁰.

Convención contra el tráfico ilícito de Estupefacientes y sustancias Psicotrópicas, 1988¹⁹¹.

Esta Convención se ocupa, casi exclusivamente, de perfeccionar los aspectos represivos e introducir otros para cubrir ámbitos impunes hasta entonces. Se pretende prevenir el fenómeno de las “drogas” mediante una combinación de castigo y tratamiento dirigido a los consumidores. Las principales novedades de este Convenio se resumen en: ampliación del objeto material de los delitos de tráfico de “drogas”, se agrega la tenencia y uso de los precursores químicos para la elaboración de estupefacientes y psicotrópicos, y crece el ámbito de las conductas que se consideran delito, es decir penalmente imputables.

Se incluyen el cultivo, adquisición y posesión para el consumo personal como conductas merecedoras de reproche penal (Art.32); la tentativa de comisión de cualquiera de los actos y el encubrimiento; se cataloga como

¹⁹⁰Ibíd. P. 194

¹⁹¹Ibíd. P. 194

conducta agravada la utilización de armas, violencia y menores. Y se reglamenta la implementación de actividades preventivas en centros educativos y asistenciales o en sus inmediaciones, o en lugares con actividades educativas deportivas o sociales concurrencias por estudiantes; y se normaliza la participación en dichas actividades de los funcionarios públicos¹⁹².

3.9.1.2 Política Legislativa en la Unión Europea¹⁹³.

En la unión europea hay más diversidad de enfoques legales, jurídicos y jurisprudenciales que en ningún otro lugar, aunque, en general, se aceptan los planteamientos de las convenciones internacionales. Las desviaciones, aunque pueden parecer pequeñas, suponen un espacio de experimentación fundamental para el diseño de alternativas al presente sistema prohibicionista y basado en la represión y la “guerra contra las drogas”.

La política en materia de “drogas” en los países pertenecientes a la Unión Europea sigue, con pequeños matices, los lineamientos de las Convenciones presentadas. Se fundamenta en leyes que comprenden la atención, prevención y aspectos penales.

¹⁹²Ibíd. p. 192-195.

¹⁹³Ibíd. P. 196

Según De La Cuesta, J.L. 1993, los aspectos esenciales se condensan en dos puntos: primero, todas las legislaciones se refieren a "drogas" ilegales; segundo, no hay consenso sobre la definición de estas sustancias; en algunos países se tiene en cuenta la dependencia como es el caso de Francia, en Inglaterra la capacidad para alterar el sistema nervioso central, y en Grecia los dos anteriores.

En consecuencia, la mayoría de las legislaciones optan por remitir la determinación de las sustancias sometidas a control penal, a las listas elaboradas por el ministerio correspondiente o los órganos jurisdiccionales. Algunos países –directamente Holanda e indirectamente Inglaterra e Italia– establecen en sus legislaciones distinción en el tratamiento penal, atendiendo al grado de nocividad, deja la distinción en manos de los jueces o disposiciones reglamentarias.

Las legislaciones de los países que comprenden la Unión Europea, distinguen los actos de tráfico, de la posesión para el consumo o del consumo mismo y tienen cuatro tipos de modelos de tratamiento penal:

Penalización con pena inferior para los actos de posesión y consumo en Francia y Luxemburgo; con la posibilidad de optar por la no punibilidad en Alemania, o por el sobreseimiento de los hechos en algunos casos en

Portugal y en Bélgica como alternativa. La práctica judicial y fiscal de no persecución dentro de ciertos límites como en Inglaterra y Dinamarca. La no punibilidad en Italia y Grecia.

En Holanda existe una legalización de facto, permitiendo a la policía no perseguir infracciones de escasa entidad aunque se hallen contempladas en la ley, tanto para el consumo como para el pequeño tráfico de "drogas" consideradas "blandas" (derivados del cánnabis casi siempre) en los "coffee shops" y en hogares de jóvenes que llegan a determinados acuerdos con las autoridades. Se ha legalizado de facto la producción de cánnabis para el consumo propio.

La mayoría de las legislaciones utilizan preferentemente las sanciones privativas de la libertad. Los delitos básicos se castigan con una duración media entre 4 y 5 años, con algunas variaciones como es el caso de Dinamarca que solo llega a 2 años y Francia donde puede alcanzar hasta 10 años. Casi todos los países contemplan medidas alternativas a la condena para los toxicómanos, desglosándose en los siguientes sistemas:

En los países orientados por el principio de la oportunidad como Alemania, Bélgica, Holanda e Inglaterra, se reconoce al Ministerio Fiscal o a los jueces la posibilidad de no perseguir los hechos relativos a las "drogas", dada la escasa entidad o trascendencia del hecho y las condiciones

particulares del autor. En ocasiones, se condiciona el abandono del procedimiento a la realización de programas de rehabilitación¹⁹⁴.

También se presenta el aplazamiento del pronunciamiento de la sentencia con el sometimiento del implicado a un periodo de prueba, esta situación se presenta en Inglaterra. La aplicación de la "Probation" (período de prueba) siempre que el delito no sea grave, mediante la cual se suspende la pena, a cambio del cumplimiento de algunas obligaciones –con o sin asistencia de un trabajador social- como el sometimiento a programas de rehabilitación.

En cuanto penas privativas de la libertad, en varios países se establece el cumplimiento en establecimientos específicos, incluyendo la realización de programas de rehabilitación que puedan desarrollarse en instituciones externas a la prisión.

En algunos países como Austria, Grecia, Italia, Luxemburgo y sobre todo en Francia, se faculta al juez para imponer la realización de un tratamiento obligatorio¹⁹⁵.

¹⁹⁴Ibíd. P.197.

¹⁹⁵Ibíd. P.198

En materia de consumo de “drogas”, la legislación de la Unión Europea se resume en los siguientes aspectos:

- En Finlandia, Francia, Grecia, Luxemburgo, Portugal y Suecia el consumo está prohibido.
- En Bélgica, Reino Unido e Irlanda el consumo de “drogas” está prohibido en ciertas circunstancias; en el primer Estado el consumo en grupo, en los otros dos se prohíbe el consumo de opio.
- En Austria, Dinamarca, Alemania y Holanda el consumo de “drogas” esta indirectamente controlado mediante la represión de la posesión o de la adquisición.
- En España sólo se prevén sanciones administrativas para el consumo en público. Y la posesión puede acarrear multas y sanciones administrativas.
- En Italia después del Referéndum de 1993, el consumo de “drogas” ha dejado de ser sancionado¹⁹⁶.

Los países que componen la Unión Europea tienen en común que normalmente el consumo ocasional, o por primera vez, es sancionado con advertencia o multa; y en todos los Estados hay previsiones que permiten la sustitución de prisión por el sometimiento a tratamiento. En cuanto a la posesión de “drogas” está prohibida en todos los Estados. La mayoría de estos países diferencian entre posesión personal y la destinada al tráfico. Y

¹⁹⁶Ibíd. P.202

no se castiga el consumo en sí mismo en varios países. Y la tendencia parece ir en esa dirección: separar consumo de comercio, sobre todo separar al consumidor dependiente de los grandes traficantes que se enriquecen con su problema.

3.9.2 Contexto local

3.9.2.1 Legislación Colombiana

Evolución. En Colombia la primera etapa normativa referida al tema se inicia con la Ley 11 de 1920 denominada "*Sobre la importación y venta de "drogas" que forman hábito pernicioso*". Esta Ley controlaba, entre otros aspectos, el consumo de cocaína, opio, codeína, morfina, heroína, belladona, atropina y cannabis. Aparece por influencia de la Convención Internacional del Opio de la Haya en 1912, promovida por los países centrales, entre ellos los Estados Unidos, en donde su política prohibicionista apuntaba a controlar la influencia de las minorías étnicas consumidoras de opio. Para esa época en Colombia no había prácticamente ni producción ni consumo de "drogas"; sólo se cultivaba la hoja de coca en las regiones indígenas¹⁹⁷.

En 1928 el gobierno colombiano se ajusta a la Convención Internacional del Opio suscrita en Ginebra en 1925, promulgando la Ley 118

¹⁹⁷ Velásquez F. La droga. En: Fernando Tocora. La Droga: entre la narcocracia y la legalización. Medellín: Colegas; 1989. p. 73.

que autoriza adicionar o suprimir sustancias en las listas de prohibición. La fármaco-dependencia fue criminalizada al imponérsele al consumidor reclusión en la casa de salud, hospital o asilo por tiempo indeterminado, y "durante el tiempo que señalara la respectiva autoridad sanitaria para someterlo al tratamiento conveniente"^{198, 199}.

En 1936 se incorporó la prohibición de las "drogas" al código penal y no se consideró delito el consumo; pero la Ley 45 de 1946 lo criminalizó a través de la presunción de responsabilidad, procurando que el vicio de la toxicomanía fuera perseguido penalmente. Los discursos que acompañaron a estas leyes fueron de orden médico en defensa de la salud, advirtiendo el peligro social y hasta la defensa de la raza, pues se afirmó que los consumidores pertenecían a sectores pobres y mestizos²⁰⁰.

En los años cuarenta se construye un estereotipo del consumidor como un vagabundo miserable, agresivo perteneciente a estratos bajos; sobre esta "peligrosidad", las instituciones encargadas del control social esgrimen discursos legales y moralistas. Es así como el Decreto 1858 de 1951 agrega a la lista descrita en la Ley de 1936 de vagos y maleantes, a los productores, traficantes y consumidores de marihuana. Más adelante, el

¹⁹⁸Tocora F. La Droga: entre la narcocracia y la legalización. Bogotá: Forum Pacis; 1993. P. 65.

¹⁹⁹Velásquez F. La droga. En: Fernando Tocora. La Droga: entre la narcocracia y la legalización. Medellín: Colegas; 1989. p. 66.

²⁰⁰Ibíd. p. 66.

Decreto 0014 de 1955 califica estos comportamientos como estados de especial peligrosidad. En esta época el discurso jurídico ante las drogas responde con dos acciones: la policial y la penal, ambas de carácter represivo y carcelario²⁰¹.

Con excepción de 1970 y 1971, cuando fue descriminalizado el consumo de "drogas" en Colombia; a partir de 1946 hasta 1986 algunas conductas de consumo se consideraban contravenciones, perdurando la presunción de responsabilidad.

La segunda etapa se inició en 1974 con la expedición del primer Estatuto Nacional de Estupeficientes propiamente dicho (Decreto 1188 de 1974) que contempla el tráfico, el consumo y las conductas criminales castigadas con prisión. Tuvo como precedentes la Convención Única de Estupeficientes de Nueva York de 1961 y el Convenio sobre sustancias psicotrópicas de Viena de 1971²⁰².

La tercera y actual etapa se inicia con la expedición del nuevo Estatuto Nacional de Estupeficientes, Ley 30 de 1986; con esta disposición el Congreso de la República, pasa de la defensa de la salud, la tranquilidad y la moral, a la defensa del orden social, económico y político. Reconoce que

²⁰¹Ibíd. p. 67.

²⁰²Ibíd. p. 68-70

el castigo no es el mecanismo más adecuado para contribuir con la salud del adicto²⁰³. Sin embargo, la despenalización no es total, la jurisprudencia general se dirige a enviar a prisión a consumidores sorprendidos con cantidades mayores a la dosis personal²⁰⁴.

La dosis personal fue definida como la cantidad de estupefaciente que una persona porta o conserva para su propio consumo, la cantidad de marihuana que no exceda de veinte (20) gramos, la marihuana hachís que no exceda de cinco (5) gramos; de cocaína o cualquiera sustancia a base de cocaína que no exceda de un (1) gramo y de metacualona que no exceda de dos (2) gramos. No se considera dosis personal, el estupefaciente que la persona lleva consigo para distribución y venta cualquiera sea su cantidad²⁰⁵.

Cuando la cantidad de estupefacientes no supere la indicada como dosis personal y se tenga para su distribución o venta, la conducta del sujeto activo²⁰⁶ se penalizará con prisión de 4 a 12 años y multa entre 10 y 100 salarios mínimos²⁰⁷. Es el Instituto de Medicina legal la entidad competente,

²⁰³Ibíd. p. 73

²⁰⁴Ibíd. p. 73

²⁰⁵Legis. Régimen Penal Colombiano. Ley 30 de 1986, Art. 2. Bogotá: Legis; 2006.p.3590.

²⁰⁶ Colombia. Presidencia de la Republica. Ley 30 de 1986: Estatuto Nacional de Estupefaciente, Art. 33. Bogotá: Congreso de Colombia; 1986.

²⁰⁷Colombia. Ministerio de Interior y Justicia, Dirección Nacional de Estupefacientes. Decreto Reglamentario 3788 de 1986, Art. 4. Bogotá: El Ministerio; 1986.

para determinar la cantidad que constituye dosis para uso personal de estupefacientes diferentes a la marihuana, hachís cocaína o metacualona²⁰⁸.

También se dispone iniciar una campaña tendiente a evitar el consumo de estupefacientes, dirigida por el Consejo Nacional de Estupefacientes o a través de los Comités Técnicos, creados para el efecto²⁰⁹. Igualmente se determina que los medios de comunicación están obligados a adelantar campañas destinadas a combatir el consumo de drogas que producen dependencia, con la duración y periodicidad prescrita por el Consejo Nacional de Estupefacientes y el Ministerio de Comunicaciones²¹⁰.

Se establece la inclusión en los programas académicos de todas las instituciones educativas formales y no, de primaria, secundaria y superior, en coordinación con los Ministerios de educación y protección y el Consejo Nacional de Estupefacientes, información sobre los riesgos, contenidos y actividades para la prevención de fármaco dependencia^{211, 212}.

Con base en lineamientos determinados por los ministerios mencionados, todas las instituciones de educación superior deben desarrollar

²⁰⁸Ibíd. Art. 5

²⁰⁹ Colombia. Presidencia de la Republica. Ley 30 de 1986: Estatuto Nacional de Estupefaciente, Art. 9. Bogotá: Congreso de Colombia; 1986.

²¹⁰Ibíd. Art.10

²¹¹Ibíd. Art.11

²¹²Colombia. Ministerio de Interior y Justicia, Dirección Nacional de Estupefacientes. Decreto Reglamentario 3788 de 1986, Art. 34. Bogotá: El Ministerio; 1986

semestralmente campañas de prevención de fármaco dependencia en sus programas académicos, con la vigilancia del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES)²¹³. Así mismo las universidades públicas y privadas deben incluir en sus programas académicos el servicio obligatorio y gratuito de consultorios clínicos, para la atención de fármacos dependientes^{214, 215}.

3.9.2.2 Jurisprudencia Corte Constitucional Colombiana.

El derecho como forma de regulación de la conducta interferida²¹⁶.

Afirma la Corte Constitucional Colombiana, que lo que caracteriza el control de la conducta humana es el tener como objetivo de regulación el comportamiento interferido. Mientras esto ocurra, es la norma moral la que evalúa la conducta del sujeto actuante, incluyendo la conducta omisiva. Por eso se ha dicho que mientras la norma jurídica es bilateral, la moral es unilateral. En esta última las obligaciones que ella impone no crea a favor de nadie la facultad de exigir la conducta debida.

²¹³Ibíd. Art. 35, 36

²¹⁴ Colombia. Presidencia de la República. Ley 30 de 1986: Estatuto Nacional de Estupefaciente, Art. 12. Bogotá: Congreso de Colombia; 1986.

²¹⁵ Colombia. Ministerio de Interior y Justicia, Dirección Nacional de Estupefacientes. Decreto Reglamentario 3788 de 1986, Art. 40. Bogotá: El Ministerio; 1986.

²¹⁶ Colombia. Corte Constitucional. Sentencia No. C-221 de 1994: Despenalización del consumo de la dosis personal. Bogotá: Corte Constitucional; p.19-14

Pero otra cosa sucede en el campo del derecho: cuando el legislador regula mi conducta con prescindencia del otro, está transponiendo fronteras que ontológicamente le están vedadas "el legislador puede prescribir la forma en que una persona debe comportarse con otros, pero no la forma como debe comportarse consigo mismo, en la medida en que la conducta individual no interfiera con la órbita de acción de nadie"²¹⁷. Si esto sucede, solo puede interpretarse de tres maneras: 1) expresar un deseo sin connotación normativa; 2) Asumirse dueño absoluto de la conducta de una persona; 3) toma en cuenta la situación de otras personas a quienes puede afectar la conducta del sujeto actuante.

Con relación al consumo de estupefacientes, esta institución afirma que es preciso vincular las normas de la Ley 30 de 1986, que se refieren al consumo de las sustancias allí indicadas, con el inciso último del artículo 49 de la Carta, que dispone: "Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad." En este orden de ideas esta disposición se puede interpretar de varias formas a saber:

1. Como un mero deseo del Constituyente, llamado a producir efectos psicológicos que se juzgan plausibles, pero en modo alguno generador de un deber jurídico genérico, susceptible de plasmarse en la tipificación de una

²¹⁷Ibíd. p. 11-12

conducta penal. Si se asume la esta consideración, habría que concluir que el tener seres queridos y obligaciones familiares que cumplir, tendría que hacer parte de la conducta típica y, por ende, quienes no se encontraran dentro de esa situación no podrían ser justiciables por el delito en cuestión. Pero resulta que la norma prescinde de todos esos condicionamientos y hace reos de la infracción a quienes se coloquen en su hipótesis, independientemente de que tengan o no familia y de que tengan o no obligaciones con alguien.

2. El Estado colombiano se asume como dueño de las conductas de cada persona prescribiendo más allá de la órbita del derecho, comportamientos que sólo al individuo atañen y sobre los cuales cada persona es dueña de decidir. Si se argumenta esta hipótesis, habría que concluir que los ya marginados por otro tipo de comportamientos sociales, egoístas irredentos, misántropos irreductibles, podrían gastar su existencia en el consumo de sustancias nocivas y con ello la sociedad, antes que perder, ganaría, pues habría segregado, de modo natural, a un miembro indeseable. Y aún subsiste una duda: ¿por qué si ese fuera el motivo de la prohibición no se conmina bajo pena el consumo del tabaco que, de acuerdo con investigaciones médicas confiables, y de amplia aceptación en el campo científico, es causa del cáncer de pulmón y muy adictivo. Y ¿por qué no se le prohíbe la ingesta de sustancias grasas que aumentan el grado de colesterol

y propician las enfermedades coronarias, acelerando así el proceso que conduce a la muerte? Luego, tampoco parece ser ésa la razón justificativa de la represión.

3. El Estado toma en consideración las consecuencias frente a otros, de la conducta individual, y por esa razón la hace objeto de regulación jurídica; por ejemplo, el desamparo en que pueda quedar la familia del drogadicto, la privación a la comunidad de una persona potencialmente útil, el peligro que para los demás puede entrañar la conducta agresiva desatada por el consumo de las sustancias indicadas en la Ley²¹⁸. Finalmente, puede invocarse como motivo de la punición, el peligro potencial que para los otros implica la conducta agresiva desencadenada por el consumo de la droga. Sobre este punto, es preciso hacer varias consideraciones: la primera se refiere al trato abiertamente discriminatorio que la Ley acuerda para los consumidores de las drogas que en ella se señalan y para los consumidores de otras sustancias de efectos similares; por ejemplo, el alcohol.

Basta verificar los datos suministrados por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Regional Nor-Occidente - Medellín, acerca de la incidencia del alcohol en las conductas delictivas no sólo desde el punto de vista de los sujetos activos, sino también del de las víctimas. Este mismo informe en su parte pertinente muestra: "En la cifra bruta de mortalidad por

²¹⁸Ibíd. P. 12

causas violentas, al menos para la ciudad de Medellín, existe un factor que parece pudiera considerarse como riesgo, y es el de la ingestión de bebidas alcohólicas; para 1980 el 27% de las víctimas de muerte violenta tenía en su sangre cifras positivas para alcohol, para el año de 1990 ese porcentaje se había incrementado al 48.51%".

La segunda hipótesis hace relación al hecho que dentro de un sistema penal liberal y democrático, como el que tiene que desprenderse de una Constitución del mismo sello, debe estar proscrito el peligrosísimo, porque a una persona no pueden castigarla por lo que posiblemente hará, sino por lo que efectivamente hace. A menos que el ser drogadicto se considere en sí mismo punible, así ese comportamiento no trascienda de la órbita más íntima del sujeto

consumidor, lo que sin duda alguna es abusivo, por tratarse de una órbita precisamente sustraída al derecho y vedada para un ordenamiento que encuentra en la libre determinación y en la dignidad de la persona (autónoma para elegir su propio destino) los pilares básicos de toda la superestructura jurídica.

Una segunda posibilidad hermenéutica, asume que el Estado Colombiano es dueño y señor de la vida y del destino de cada persona sujeta a su jurisdicción, y por eso le prescribe comportamientos que bajo

una perspectiva menos absolutista quedarían librados a la decisión suya y no del Estado. Empero, esta tentativa exegética debe ser desechada, pues la filosofía que informa la Carta Política del 91 es libertaria y democrática y no autoritaria y mucho menos totalitaria.

La tercera posibilidad hermenéutica, quedó como única interpretación plausible, ósea, que se trata tan sólo de la expresión de un deseo del constituyente, de mera eficacia simbólica, portador de un mensaje que el sujeto emisor juzga deseable, pues encuentra bueno que las personas cuiden su salud, pero que no puede tener connotaciones normativas de orden jurídico en general, y muchísimo menos de carácter específicamente punitivo.

Tratamiento médico como protección del drogadicto y la sanción penal ²¹⁹.

Especial atención merece el literal c) del artículo 51 de la Ley 30 de 1986 que prescribe: "El usuario o consumidor que, de acuerdo con dictamen médico legal, se encuentre en estado de drogadicción, así haya sido sorprendido por primera vez, será internado en establecimiento psiquiátrico o similar de carácter oficial o privado, por el término necesario para su recuperación. En este caso no se aplicará multa ni arresto".

²¹⁹Ibíd. P. 14-15.

Continúa: "La autoridad correspondiente podrá confiar al drogadicto al cuidado de la familia o remitirlo, bajo la responsabilidad de ésta, a una clínica, hospital o casa de salud, para el tratamiento que corresponda, el cual se prolongará por el tiempo necesario para la recuperación de aquél, que deberá ser certificada por el médico tratante y por la respectiva Seccional de Medicina Legal. La familia del drogadicto deberá responder del cumplimiento de sus obligaciones, mediante caución que fijará el funcionario competente, teniendo en cuenta la capacidad económica de aquélla".

"El médico tratante informará periódicamente a la autoridad que haya conocido del caso sobre el estado de salud y rehabilitación del drogadicto. Si la familia faltare a las obligaciones que le corresponden, se le hará efectiva la caución y el internamiento del drogadicto tendrá que cumplirse forzosamente."

La norma suscita la pregunta: ¿se trata de una pena (retaliación por haber delinquido), que se destina al sujeto activo de un delito, o de una medida humanitaria en beneficio de un enfermo? Si la respuesta es la primera, la norma es inconstitucional porque no se compadece con el ordenamiento básico la tipificación como delictiva de una conducta que en sí misma, sólo incumbe a quien la observa y, en consecuencia, está sustraída a

la forma de control normativo que llamamos derecho y a un sistema jurídico respetuoso de la libertad y dignidad humana.

¿O se trata de una medida humanitaria encaminada a restituir la salud a quien padece una grave enfermedad? para la Corte también bajo esta perspectiva la disposición es inconstitucional, pues cada quien es libre de decidir si es el caso o no de recuperar su salud; además quien es dueño de la vida es libre de cuidar o no de su salud.

De acuerdo con las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, el tratamiento se refiere a “todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad, que altera el normal funcionamiento laboral, familiar, individual y social del individuo”²²⁰.

En coherencia con esta definición, las estrategias terapéuticas y de salud pública son: Integrar elementos diagnósticos para implementar medidas terapéuticas pertinentes; fortalecer la atención en salud mental haciéndola parte fundamental de la atención en salud; establecer redes de

²²⁰Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993.

apoyo institucionales, familiares y comunitarias para apoyar el proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción de los afectados; promover la coordinación intersectorial e institucional para apoyar las estrategias de tratamiento.

Las competencias para garantizar esta atención se encuentran enmarcadas en la ley de seguridad social y comprende además las actividades, beneficiarios, responsables, instituciones, nivel de atención, fuentes de recursos e indicadores de gestión. Las actividades que incluyen son: manejo farmacológico, manejo psicoterapéutico, seguimiento y control, apoyo y orientación, readaptación ocupacional, integración social, referencia y contra referencia, coordinación intersectorial y comunitaria.

También se fijaron las diferentes modalidades terapéuticas y los criterios para determinar el nivel y tipo de tratamiento, además de la intensidad a la cual tiene derecho cada usuario de servicios y los costos de las actividades terapéuticas.

Debajo de la prescripción de tratamiento para ciertas conductas que se juzgan desviadas, o como enfermedades, se esconde el más feroz poder represivo que se auto presenta como actitud paternal frente al disidente. La reclusión en establecimientos psiquiátricos o similares, ha sido desde hace

mucho tiempo, un mecanismo usado por los regímenes totalitarios para "curar" a los heterodoxos. Las sociedades contemporáneas se han empeñado en tratar a los drogadictos como heterodoxos enfermos; sobre este asunto afirma Szasz: "El hecho de drogarse no es una enfermedad involuntaria, es una manera totalmente deliberada de afrontar la dificultad de vivir, la enfermedad de vivir. Pero como no sabemos curar la enfermedad de vivir, preferimos 'tratar' al drogadicto"²²¹. La Sanción y el libre Desarrollo de la personalidad²²².

La Corte Constitucional Colombiana ha declarado inconstitucionales las normas que hacen del consumo de drogas conductas delictivas; esta declaración se basa en los siguientes argumentos:

El artículo 16 de la Carta Magna dispone que: "Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico".

Si cualquier limitación estuviera convalidada por el solo hecho de estar incluida en el orden jurídico, el derecho consagrado en el artículo 16 antes citado, se hace nugatorio. En otros términos: el legislador no puede

²²¹ Colombia. Corte Constitucional. Sentencia No. C-221 de 1994: Despenalización del consumo de la dosis personal. Bogotá: Corte Constitucional; 1994. p.15.

²²²Ibíd. p.16, 17.

válidamente establecer más limitaciones que aquéllas que estén en armonía con el espíritu de la Constitución.

Con este artículo el Estado reconoce la autonomía de la persona, y ha decidido constatar el ámbito que le corresponde como sujeto ético; dejarlo que decida sobre lo bueno, lo malo y el sentido de su existencia.

Reconocer y garantizar el libre desarrollo de la personalidad, fijándole como límites el capricho del legislador, es un truco para negar lo que se afirma: "Usted es libre para elegir, pero sólo para elegir lo bueno, y lo que es bueno se lo dice el Estado". Que las personas sean libres y autónomas para elegir su forma de vida mientras ésta no interfiera con la autonomía de las otras, es parte vital del interés común en una sociedad personalista, como lo configura la Carta Política de 1991. En este sentido, es inconstitucional decidir por lo que atañe solamente a la persona.

Otras consideraciones de la Corte Constitucional Colombiana²²³

Este organismo ha esgrimido la libertad, educación y unidad normativa como argumentos para determinar la despenalización del consumo personal. Con el argumento de la autonomía se ha pronunciado la Corte constitucional

²²³Ibíd. p.

Argentina a favor del porte de pequeñas dosis de marihuana cuando su uso no cause perjuicio a terceros, puesto que no es dable al Estado dictar la moral. México también estableció una nueva estrategia de su “guerra contra las droga”. En un intento de disminuir la corrupción y liberar espacio en las prisiones y capturar grandes narcotraficantes y no pequeños consumidores ha despenalizado el uso de pequeñas cantidades de heroína, cocaína y marihuana²²⁴.

Libertad y educación. La Corte constitucional considera que la única vía adecuada y compatible con los principios que el propio Estado se ha comprometido a respetar y promover, consiste en brindar a todas las personas oportunidades de educarse. Se trata que cada quien, elija responsablemente su forma de vida, venciendo el obstáculo de la ignorancia.

Un Estado respetuoso de la dignidad humana, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad, está obligado a promover la educación, no puede y sustituirla con represión como forma de control del consumo de sustancias que se juzgan nocivas para la persona individualmente considerada.

²²⁴Ola de despenalización (comentarios). Semana. Ed; 1426, agosto-septiembre. [Revista en Línea]. 2009. p.65. [Consultado septiembre 2009]. Disponible en: <http://www.semana.com/noticias-mundo/ola-despenalizaciones/127939.aspx>

Unidad Normativa. Para integrar la normativa es preciso revisar el artículo 87 que establece: "Las personas que, sin haber cometido ninguna de las infracciones descritas en este estatuto, estén afectadas por el consumo de drogas que producen dependencia, serán enviadas a los establecimientos señalados en los artículos 4 y 5 del Decreto 1136 de 1970". Obligar a una persona que no ha cometido ninguna infracción penal, a recibir tratamiento médico, es abiertamente atentatorio de la libertad y la autonomía consagradas en el artículo 16 de la Carta Política sobre el desarrollo de la personalidad.

Quienes defienden esta intervención del Estado argumentan el artículo 47, relacionado con la protección de los disminuidos "físicos, sensoriales y psíquicos". Esta protección hay que entenderla como la obligación que tiene el Estado con las personas que, hallándose en una de esas situaciones, la soliciten; pero nunca como que dichas personas se tengan que someter a las decisiones estatales.

La Corte revisó la Convención de Viena de 1988, suscrita por Colombia y que conjuntamente con la Ley 67 de 1993 (Sentencia 176 de 1994), establece la distinción entre consumo y narcotráfico, y que, respecto al consumo, deja a los Estados dignatarios en libertad de penalizarlo o no.

Concluye que determinar una dosis para consumo personal, implica fijar los límites entre una actividad lícita y otra ilícita; la primera, sólo toca con la libertad del consumidor; la segunda, tiene que ver con el narcotráfico en función del lucro, y es esta la que estimula valores y prácticas socialmente indeseables. Por todo lo anterior la Corte considera que era inconstitucional la prohibición del consumo personal.

4. Metodología

Este apartado presenta el modelo teórico, el enfoque metodológico, la población, las comunidades de sentido y técnicas e instrumentos de recolección de información, en los que se cimentó el estudio.

La metodología asume un modelo teórico, dado que la investigación se fundamentó en el marco conceptual de las representaciones sociales (RS) de Moscovici, desde la óptica del interaccionismo simbólico, para la comprensión y análisis de los hallazgos. La RS se entiende como el conocimiento del sentido común, cuyo objetivo es comunicar y sentirse dentro de un ambiente social que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social.

4.1 Enfoque metodológico.

El interaccionismo simbólico es una de las orientaciones metodológicas que comparten las ideas básicas del proceso hermenéutico, o interpretativo. Trata de comprender el proceso de asignación de símbolos con significado, al lenguaje hablado o escrito y al comportamiento en la interacción social.

La investigación se desarrolló a partir de un conjunto de acciones orientadas hacia la priorización del punto de vista de los actores, de manera tal, que los datos resultaron de la interacción dialéctica entre los participantes, la investigadora y el contexto.

Teniendo presente esta interacción se consideró a la investigación como acto comunicativo, como un grupo de conversaciones sobrepuestas y estructuradas por la investigadora; aquí el término conversación hace referencia a los procesos de preguntar y responder o de actuar y responder.

La metodología aplicada constó de dos componentes fundamentales: Etnografía interpretativa y análisis textual hermenéutico.

4.1.1 Etnografía interpretativa

La etnografía como método interpretativo se caracteriza por: a) estructuras de expresión y sentido empleadas por las personas investigadas, recuperarlas y valorarlas como expresiones de diversidad cultural. b) trabaja para asegurar que el investigador pueda desplazarse entre sus roles de participante y observador. c) desarrollar el proceso investigativo como una acción pedagógica para las personas estudiadas; en el sentido, que se tiene

conciencia de que el proceso es colectivo, se promueve la conciencia crítica sobre situaciones, agentes, interpretaciones, reacciones y consecuencias.

4.1.2 Análisis Textual.

El análisis textual se entiende como un proceso hermenéutico, en tanto diálogo intercultural y estudio de las formas simbólicas descritas como acciones significativas, referentes, objetos y expresiones en un contexto histórico específico y socialmente estructurado. En este sentido, el análisis textual hermenéutico es útil en las indagaciones sobre la memoria cultural y las condiciones significativas del ser humano. Algunas características del análisis textual hermenéutico son: a) se interesa por las acciones humanas y sus consecuencias, (reconstruye procesos, acciones, agentes y lógicas); b) se justifica científicamente a partir de la teoría de la comunicación, los aportes de la semántica y la semiótica; c) el objeto principal de la interpretación es el lenguaje y por su estilo identifica interpretaciones filosóficas, históricas, técnicas, reproductivas y normativas. Lo más importante: interpreta la conducta humana más relevante como teniendo un sentido y un propósito; y sólo por el propósito con el que se ejecuta cobra su completo sentido una conducta²²⁵.

²²⁵ Pearce W. Más allá de las polaridades. Universidad Pontificia Bolivariana. Dirección general de investigaciones. Medellín: UPB; 1999.

El propósito del análisis textual es desmitificar la ilusión de la inocencia retórica; es decir, descubrir y analizar las intenciones implícitas a la acción social se convierten, de forma manifiesta o latente, en referentes de una sociedad.

Entre las diversas formas de análisis textual se incluyen el análisis de discurso, análisis hermenéutico de objetos y situaciones, análisis de contenido, análisis narrativo, crítica retórica, crítica literaria, análisis de temas fantasiosos, análisis de interacción y análisis de conversaciones.

En síntesis, el resultado deseado del análisis textual ocurre cuando el investigador/a puede decirle a alguien, con algún grado de confiabilidad y verificación, qué es lo que hay “dentro” de una serie de textos, prácticas, discurso, eventos.

4.2 Población.

Se constituyeron diversos grupos de sentido, en los cuales se ven representados los diferentes actores que conforman la Universidad, partiendo del interés voluntario y espontáneo de cada participante; se tuvieron en cuenta las diferentes sedes de la universidad, en la región de Antioquia.

4.3 Comunidades de Sentido.

Se conformaron grupos naturales que pertenecen al contexto de la universidad. Los criterios de inclusión empleados para la construcción de dichos grupos fueron: la autonomía, la temporalidad y la diversidad.

La autonomía. Se partió de la voluntad y espontaneidad de los participantes para relatar sus impresiones, ideas y prácticas en relación con al consumo drogas y sus intervenciones.

La temporalidad. La historia de la vida universitaria y su relación con los entrevistados, dio un matiz histórico a la investigación, teniendo en cuenta que el consumo de drogas en la institución, no es un asunto actual: posee tendencias, formas y personas que se presentan en diversos momentos de la vida universitaria.

Es importante tener en cuenta que la estructura arquitectónica universitaria no ha sido la misma durante los 200 años de existencia y que la actual, se constituye en contextos y espacios que influyen en los informantes su manera de pensar y comportarse con respecto al fenómeno “drogas”.

Durante el tiempo que transcurre la vida universitaria se presentan diversos contactos con la institución que moldean los conceptos y las observaciones sobre el uso de las sustancias psicoactivas, las cuales aparecen y desaparecen en el ámbito universitario. Los estudiantes permanecen durante un tiempo determinado para lograr los objetivos académicos, mientras los docentes y empleados no docentes permanecen períodos que, para algunos, constituyen más de la mitad de sus vidas, involucrando la cotidianidad universitaria a la suya propia, influyendo en la representación social del objeto de estudio.

La diversidad. Se buscó que las comunidades de sentido estuvieran representadas por personas con diferentes cargos y roles, con diversas orientaciones sexuales y tendencias políticas, mujeres y hombres, jóvenes y adultos, estudiantes de diferentes programas con sedes diferentes.

4.4 Técnicas, procedimiento e instrumentos de recolección de la información.

Entrevistas individuales

Para captar las personas a entrevistar, se realizó convocatoria pública a través de diferentes canales de comunicación (cartelera de todas las unidades académicas, internet, teléfono).

Se realizaron 27 entrevistas individuales, con el fin de captar en interpretar la opinión emitida verbalmente por cada uno de los informantes, sobre las dimensiones de análisis previamente determinadas. Las variables consideradas fueron: vinculación a la universidad, grupos de edad y género, nivel de educación.

Vinculación a la universidad:

- Estudiantes de pregrado y posgrado, matriculados en programas locales y regionalizados.
- Docentes vinculados de tiempo completo.
- Empleados públicos
- Contratistas

Grupos de edad y Género

- Hombres
- Mujeres
- Jóvenes
- Adultos

Nivel educación.

Participaron estudiantes de los programas de filosofía, antropología, sociología, psicología, trabajo social, química farmacéutica, medicina y salud pública; matriculados en programas locales y regionalizados. Al momento del trabajo de campo los estudiantes vivían en barrios de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3; es decir de clases bajas hasta medias bajas.

También participaron profesores de los programas de artes, derecho, filosofía, química farmacéutica y salud pública. Todos con un nivel educativo de postgrado. Tienen un tiempo de vinculación con la universidad, que oscila entre 3 y 27 años, pertenecen a estratos socioeconómicos clasificados en 3, 4 y 5.

Los empleados públicos entrevistados están vinculados a la universidad en forma permanente, llevan trabajando un tiempo que oscila entre los 14 y 22 años, en cargos de dirección (el rector) y administración (jefe de sección, secretaria y aseo); poseen un nivel educación de secundaria (dos personas) y universitarios con postgrado (dos personas); pertenecen a los estratos socioeconómicos 3, 4, 5, y 6. Es decir, hasta clase alta.

Los Contratistas, propietarios de las cafeterías de la universidad, vinculados a la universidad por medio de contratos administrativos de arrendamiento. Poseen un nivel educativo de primaria, secundaria y universitaria y pertenecen a estratos socioeconómicos 3 y 4. Es decir clase media baja y media-media.

Tabla 20. Número de entrevistas individuales realizadas.

POBLACIÓN	SEXO		EDAD	TOTAL
	M	F	Años	
Estudiantes	6	6	19-42	12
Profesores	3	4	43-54	7
Empleados público ²²⁶	2	2	43-50	4
Contratistas	3	1	27-56	4

Fuente: Elaboración por la investigadora.

Es importante recordar que el primer criterio de constitución de las comunidades de sentido fue la autonomía. Sólo se incluyeron las personas que voluntariamente y espontáneamente desearon participar; en este sentido, es explicable la ausencia de profesores de cátedra y estudiantes de diversos programas como ingenierías o biología; por mencionar algunos casos.

²²⁶ De este grupo hizo parte el rector

La investigación permitió constatar que para algunas de las personas que hacen parte de la Universidad, participar en una investigación que indague sobre las drogas y su consumo, puede convertirse en amenaza para su permanencia en la misma; en múltiples ocasiones a pesar de la manifestación explícita de confidencialidad y respeto, potenciales entrevistados expresaron recelo y temor de que las directivas usaran los testimonios para implementar “persecuciones” que terminarían con la expulsión.

Entrevistas a colectivos (Grupos focales)

Dentro de la población involucrada en el estudio también se tuvieron en cuenta siete (7) grupos focales, con el objeto de captar, comprender e interpretar los puntos de vista (en consenso y en disenso) sobre las dimensiones de análisis propuestas.

Estos emergieron de la cultura Universitaria pertenecientes a grupos con intereses y actividades específicas; 5 son reconocidos ampliamente en la Universidad, y 2 por su condición de consumidores y homosexuales, existen de forma anónima y su identificación es más compleja; por ello se hace difícil conocer y comprender las opiniones, representaciones, debates (consenso y disenso) sobre las drogas y su consumo.

Los criterios de selección de los informantes además de la autonomía, temporalidad y diversidad, fueron: que hicieran parte activa de la comunidad universitaria, y que integrarán grupos convocados por el Plan de Prevención de Bienestar Universitario y/o comunidades de sentido.

Los grupos que se reconocieron fueron los siguientes:

- Asociación de Profesores (ASOPROF)
- Sindicato de Trabajadores (SINTRAUNICOL)
- Homosexuales
- Consumidores de Drogas
- Empleados de Correos
- Vigilantes
- Bienestar para la Salud (PROSA)

Tabla 21. Grupos Focales

POBLACIÓN	SEXO		EDAD	Total
	M	F	Años	
Asociación de Profesores.	9	3	43-55	12
Sindicato de Trabajadores.	8	1	32-48	9
Homosexuales.	3		21-31	3
Consumidores de drogas.	2	1	23-27	3
Empleados de correos.	12		35-54	12
Vigilantes.	9		22-46	9
Bienestar para la Salud.	5	2	29-56	7

Fuente: Elaborada por la investigadora.

Al momento de realizar el trabajo de campo todos los profesores asociados (12) estaban vinculados de tiempo completo a la Universidad, y llevaban en la asociación entre 2 años y 28 años.

Dentro del grupo del sindicato participaron (9) personas que desempeñaban oficios varios, con un tiempo de vinculación al sindicato, entre 11 y 18 años.

Solo participaron 3 homosexuales de los 8 contactados; se contacto además, un grupos de mujeres pero fue imposible acordar fecha y hora de entrevista.

De los consumidores de drogas participaron 3 de los 10 contactados. Varios consumidores se mostraron reacios a participar, según ellos, por las medidas represivas vigentes en la Universidad. También se conectó un grupo de 6 profesores consumidores pero no fue posible acordar fecha y hora de entrevista.

Los empleados de correo (12) tenían una vinculación a la Universidad entre 6 y 24 años, en cargos de coordinación y mensajería.

Los vigilantes (9), algunos tenían vinculación a la universidad de tiempo completo, otros por contrato administrativo con una duración entre 1 y 18 años.

El grupo de bienestar para la Salud lo componían estudiantes, empleados, jubilados, egresados y profesores, para un total de 7 participantes.

Instrumentos.

Para las entrevistas individuales y de los grupos focales se construyó una guía de caracterización de los informantes que incluía sexo, edad, educación, programa de formación, área académica, tipo de vinculación, condiciones socioeconómicas y cargo.

Para la recolección de la información se diseñó un guión de preguntas igual, para las entrevistas individuales y la de los grupos focales, a partir de las cuales se abrió el discurso para configurar las dimensiones de análisis.

Guía de preguntas sobre aéreas temáticas

Se exploraron aéreas temáticas dejando a los entrevistados ir perfilando sus propias definiciones e interpretaciones.

- Cuál es el significado de las drogas.
- Cuál es el origen del significado drogas.
- Cuál es el significado de las intervenciones.
- Cuál es el origen del significado de las intervenciones.
- Qué sentimientos genera: el sujeto, objeto.

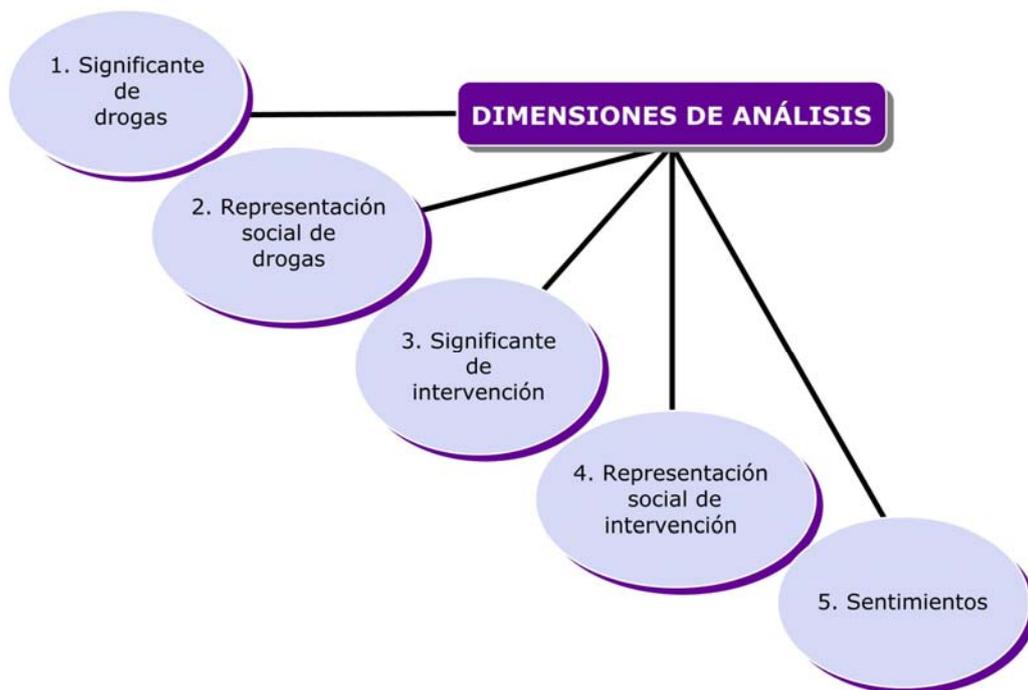
Cada participante fue entrevistado en espacios universitarios, en fechas acordadas previamente, con una duración que osciló entre 30 y 60 minutos. Las entrevistas fueron realizadas por dos investigadores; posterior a cada entrevista se realizaron reuniones de discusión con el otro entrevistador con el fin de afinar las preguntas, fueron grabadas en cinta magnética de audio, transcritas en el procesador de texto Microsoft Word. Las entrevistas fueron analizadas por ambos entrevistadores con el fin de comparar los resultados.

Tabla 22. Categorías de análisis

CATEGORÍAS	DROGAS	INTERVENCIONES
SIGNIFICANTES	Situación	Acción
	Problema	Mediación
		Cambio
ESTRUCTURAS DE SIGNIFICACIÓN	Conocimientos	Paradigma Prohibicionista
	Causas del consumo en la Universidad	
	Causas del consumo en general	
REPRESENTACIONES SOCIALES	Medio	Educación
	Causa	
MUNDOS DE REFERENCIA	Restablecimiento	Incomunicación
	Riqueza	Estigmatización
	Trasgresión	Marginación

Dimensiones de análisis

Figura 10. Dimensiones de análisis.



Momentos de participación.

La información recopilada se presentó en varias reuniones (3) al Departamento de Promoción de la salud y prevención de la Enfermedad, adscrito a la Dirección de Bienestar Universitario y al Comité de Prevención del Consumo de Psicoactivos de la Universidad de Antioquia, con el propósito de fortalecer el Plan de Prevención.

Esta participación, se concretó en tres momentos específicos, a saber: la presentación del proyecto investigativo para su aprobación, los informes de avance de los hallazgos y una presentación final con su respectivo informe final escrito.

Se presentaron en un foro, los hallazgos del estudio con la participación de profesionales de diferentes áreas de conocimiento (filósofo, abogado, médico psiquiatra, médico salubrista, sociólogo, psicólogo, antropólogo y economista).

Sistematización y análisis de la información.

Para la sistematización y análisis de la información se utilizó el programa Ethnography, teniendo como guía los objetivos y dimensiones de análisis; se creó un sistema de códigos y categorías para organizar la información transcrita, luego se abordaron las categorías para el análisis e interpretación.

Tabla 23. Conceptos de las categorías y subcategorías de Análisis.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	
<u>Concepto Drogas:</u>	<u>Significante:</u>	<u>Experiencias:</u>
Compuesto por significantes y significado. Fonema o secuencia de fonemas o letras que asociados con un significado constituye un signo lingüístico.	Es la idea que concibe el entendimiento o forma de pensamiento; o pensamiento expresado con palabras.	Se refiere a las explicaciones dadas por los informantes sobre la interacción vivencial entre el ser humano y las drogas.
	<u>Significado:</u> Concepto que como tal o asociado con determinadas connotaciones, se une al significante para constituir un signo lingüístico.	
<u>Representación social de Drogas:</u>	<u>Origen:</u>	<u>Estructura de Significación:</u>
Forma de conocimiento elaborada y compartida socialmente, a partir de las experiencias, información, saberes y pensamiento transmitidos por tradición, educación y comunicación social y que comprende el origen, utilidad y efectos.	Fuente de la cual parten los conocimientos.	Lugares culturales y sociales fuente de la interpretación y acción de los sujetos.
	<u>Utilidad:</u>	<u>Justificación:</u>
	Interés o provecho que los informantes expresan ligado a sus conocimientos sobre las "droga".	Valoraciones que inciden en las interpretaciones y acciones de los sujetos
	<u>Efectos:</u>	<u>Mundo de referencia:</u>
<u>Concepto de Intervención:</u>	Resultados o fines que se derivan de la representación social	Comportamiento y prácticas de los sujetos producto de la interacción entre estructuras de significación y la justificación
	<u>Legal:</u> Acciones mediadas por la normativa	Intervienen estructuras de significación, justificaciones y mundos de referencia.
	<u>Causal:</u> Acciones que se refieren a intervenir en las causas de la relación sujeto-drogas.	Intervienen estructuras de significación, justificaciones y mundos de referencia.
	<u>Efectos:</u> Acciones que se orientan hacia las consecuencias.	Intervienen estructuras de significación, justificaciones y mundos de referencia.
<u>Representación social de Intervención:</u>	<u>Origen:</u>	<u>Estructura de Significación:</u>
En este caso es la representación que los informantes expresan sobre las intervenciones que se deban implementar	Fuente de la cual parten los conocimientos que expresan los informantes	Fuente de la cual parten los conocimientos que expresan los informantes
	<u>Utilidad:</u>	<u>Justificación:</u>

	Interés o provecho que los informantes expresan ligado a sus conocimientos sobre las "drogas".	Valoraciones que inciden en las interpretaciones y acciones de los sujetos
	Clases: Son los tipos de intervenciones que conoce cada informante.	
	Propuestas: Acciones que considera el informante puede implementar la institución.	
Sentimientos. Es la impresión que causa el fenómeno, el objeto y sujeto implicado en las "drogas"	Tipo: Se refiere a la impresión sentida por el informante	
	Objeto sentimiento: En la investigación se refiere a la orientación del sentimiento, hacia las "drogas", el consumidor o el fenómeno.	

4.5 Referencias bibliográficas

Para las citas bibliográficas se utilizó el sistema de normas internacionales de escritura científica de Vancouver, por ser la utilizada universalmente en las investigaciones del área de la salud²²⁷.

4.6 Aspectos éticos

La presente investigación se acogió al respeto a la dignidad y la protección de sus derechos de las personas de conformidad con los principios científicos y éticos fundamentales consagrados en la normatividad vigente respecto a las disposiciones técnicas científicas y administrativas

²²⁷ Estilo Vancouver. Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas.[Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp. [consultado el 21 de octubre 2009]

para la investigación en salud²²⁸. Se contó con el consentimiento informado de las personas de conformidad con los artículos 15 y 16 de la norma en cita, para la realización de las entrevistas y se observó el respeto a su anonimato. La información obtenida de las personas entrevistadas solo se utilizó para fines científicos.

4.7 Perfil de la investigadora

La amplia información de la investigadora sobre los normas, políticas públicas y prácticas de prevención y atención, así como también su formación doctoral y rol como agente de salud pública; generaron su interés por las representaciones sociales sobre las drogas y su consumo ilícito, partió del reconocimiento de la vigencia de dichas representaciones en las prácticas y valoraciones de los grupos que conforman la Universidad de Antioquia.

El interés por identificar y caracterizar las representaciones sociales sobre el consumo de drogas y las que subyacen a las intervenciones en un contexto local, a través de la recuperación de las voces de las comunidades de sentido que coexisten en la Universidad, está relacionado con el diagnóstico de las propuestas preventivas y terapéuticas implementadas.

²²⁸Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 8430 de 1993. Por medio de la cual se establecen normas científico técnicas y administrativas para la investigación. Bogotá: El Ministerio; 1993.

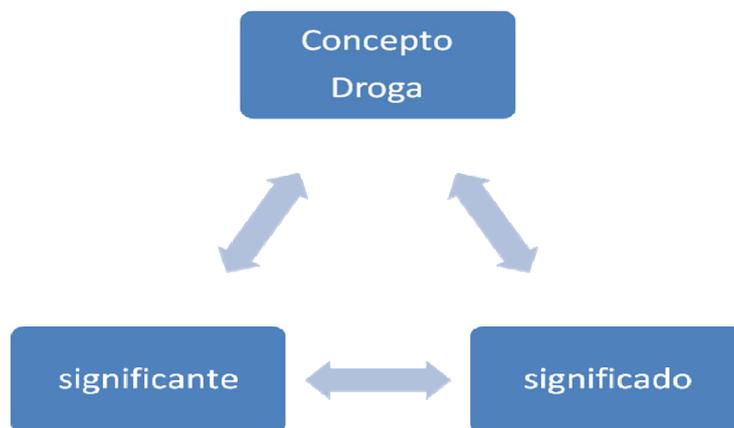
Este análisis develó falta de consistencia en los resultados y prevalencia de métodos represivos herederos de juicios morales, en detrimento de acciones pedagógicas, sostenidas en investigaciones realizadas.

Este diagnóstico impulsó a la investigadora a formular y desarrollar una investigación que contribuyera con la adecuación de las intervenciones orientadas hacia la prevención, ofreciendo claves interpretativas para la acción, relacionadas con creencias y prácticas presentes en el consumo y en el tratamiento dado al mismo; así como también, para la formulación de políticas locales, coherentes con el respeto de la autonomía y la convivencia colectiva.

5. Hallazgos

Este capítulo se compone de dos apartados: el primero, sobre las "**Drogas**", sus significantes, estructuras de significación, representaciones sociales y mundos de referencia. El segundo, sobre **Intervenciones** a partir de los mismos aspectos de la primera sección.

Figura 11. Elementos del concepto droga.



5.1 Concepto de las Drogas.

A continuación se presentan los hallazgos más relevantes, contruidos durante el desarrollo de las entrevistas y los grupos focales. Tres grandes dimensiones están presentes en la conceptualización que los entrevistados tienen sobre las drogas; la primera tiene relación con significante, la

segunda con el significado y la tercera con la experiencia personal de los informantes.

5.1.1 Significantes.

Es importante recordar que el concepto de drogas está compuesto por significante²²⁹ y significado. El primero es el fonema o secuencia de fonemas o letras que asociados con un significado constituye un signo lingüístico. El significado²³⁰ es la significación o sentido de las palabras y frases; concepto que, como tal, o asociado con determinadas connotaciones, se une al significante para constituir un signo lingüístico. En la experiencia personal de los informantes, inciden la relación entre historia personal y contexto sociocultural, que a su vez afecta el significado asociado a un significante. Se encontró que los significantes de los entrevistados se pueden agrupar en dos: fenómeno y problema, a cada uno le correspondió un significado.

Entre el significante *fenómeno* y el significante *problema* se instalan juicios morales afectados por variables sociales y económicas que se traslapan con argumentos científicos y judiciales; entre uno y otro está la consideración que hace el sujeto de las dimensiones, cuando se ubica en una estructura de significación, como observador o como juez.

²²⁹ Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Real Academia Española; 1996. P.1879.

²³⁰ *Ibid.* p. 1878.

El fenómeno se ve asociada al contexto, a ese entorno socio-cultural, que reclama desde los espacios unas actitudes acordes con el entorno y, desde las cuales el individuo asume la libertad de consumir, conducta que se debe respetar por parte de las instituciones, puesto que se trata del respeto las libertades individuales. En cambio, se asume como problema, al momento de entender la droga como algo que afecta a la persona dentro del espacio colectivo y determina unas patologías sociales y una afectación del orden social establecido. La persona no aparece como responsable que decide consumir en un acto de voluntad y autonomía, no aparece como sujeto, sino como un ente, sin capacidad de discernir, que es empujado al consumo por fuerzas oscuras.

“...un fenómeno social, como un fenómeno que afecta los individuos de una manera que puede agredir su comportamiento”. (E04: Entrevista mujer, 53 años, profesora salud pública)

El significativo fenómeno hace referencia a la persistencia de una conducta, a la identificación de una situación que aparece y se manifiesta cotidianamente en un contexto; en esta investigación tiene relación con las explicaciones que los informantes dan sobre las interacciones entre el ser humano y las “drogas”, de una cierta manera “naturalizando” esta permanencia como una característica del lugar, en este caso de la Universidad de Antioquia. En palabras de los entrevistados:

"Y el fenómeno, pues para mí lo veo como, como más colectivo, una situación social colectiva, que en algún momento todos, de alguna manera participamos de él, cierto". (GF01)

Origen. Con relación a los orígenes del fenómeno se encontró que se construyó claramente una relación entre el origen de la situación en la Universidad y la formación de movimientos sociales relacionados con la búsqueda de transformaciones sociales y la incorporación de prácticas características de la contracultura.

"Cuando empezó esa oleada de los años 60 y 70 en Colombia, de relacionar marihuana con protesta juvenil, agregado con rock, se miró como un fenómeno interesante, digámoslo casi que positivo, era la respuesta revolucionaria, a la inquietud, a pensar de manera diferente, a generar unas nuevas ideas; pero en la medida que ha evolucionado el concepto, ya sí empiezan a aparecer como otra serie de rechazo alrededor del término y de la sustancia en sí". (E11: entrevista hombre, 47 años, profesor salud pública).

El consumo de drogas aparece en esta cita, como una propuesta contracultural, que se enmarca en ese periodo del "Despertar de la Juventud", que en el año 1968, llevo a los jóvenes a replantearse la propuesta cultural que se brindaba desde Occidente. La juventud aparecía en ese momento, como una categoría histórico-social, como ese grupo que se oponía al consumismo propio de la sociedad capitalista.

El consumo de psicoactivos al interior de la universidad, es un fenómeno que llega desde sociedad en general; no parece constituirse en una respuesta diferente, por parte de los académicos, a la situación que vive la sociedad actual, al parecer no hay diferencia entre los consumidores al

interior de la universidad y los que lo hacen por fuera de ella, excepto que lo pueden hacer de manera “más segura”.

“Los consumidores prefieren consumir en los predios de la universidad porque hay más seguridad dentro de la universidad que fuera de ella”. (E21: Entrevista varón, 49 años, profesor derecho)

Justificación del consumo. Se destaca el hecho de que algunos participantes justifican el consumo como algo “recreativo”, de “distracción”, o “rehusar” problemas en especial cuando se trata de ingerir bebidas alcohólicas, es una actividad que los saca de la rutina, rompiendo con la cotidianidad y permitiendo conocer a los compañeros en espacios diferentes al de la academia, es una forma de establecer otros nexos entre las personas que comparten el campus y las clases en la universidad.

“El alcohol es un fenómeno, por ejemplo en mi Facultad es un fenómeno de los viernes, cuando se sale a los negociitos del frente, a “tambolero”, a todos estos barcitos, pero yo lo veo más como algo recreativo”. (E14: Entrevista hombre 19 años, estudiante química farmacéutica)

“Para mí la droga es, acá dentro de la misma Universidad,... como forma de esquivar problemas o, distraerse”. (GF07)

Responsables del consumo. Como fenómeno, también se ubica en el plano de la responsabilidad y nos preguntamos ¿De quién es la responsabilidad? Según algunos entrevistados es obligación del Estado y de la sociedad, responder por las necesidades de los ciudadanos. Pero dicha responsabilidad no se agota en las anteriores instituciones mencionadas sino que se extiende al ciudadano. Es decir todas las

instituciones deben jugar un rol específico para garantizar que los sujetos no queden inmersos en el mundo de la droga.

"El Estado, la sociedad, esto no le está respondiendo al ser humano como debe responderle, joven, viejo, maduro, en cualquiera de las edades que se quiera, no le responde a las expectativas que tiene el ser humano y tiene que recurrir a este tipo de experiencias". (GF05)

"...cada persona es responsable de cuánto puede consumir, de dónde lo puede consumir, qué uso se le da. Ahí tiene que ver es con la autonomía". (E20)

Causas del consumo. La adicción aparece en unos determinados momentos, como la respuesta que los individuos aislados pueden dar a una situación de desesperanza, que se inicia con el sentimiento de desprotección institucional y se mezcla con un sentimiento de soledad, que suele llevar a una idea de desaliento de no futuro, dado que se asume que no hay posibilidades para el desarrollo de las potencialidades, por lo que no tiene otra alternativa que resguardarse en el consumo de las drogas.

"Soy adicta porque no encuentro, yo soy una persona muy solitaria, no tengo casi amigas ni nada". (E12: entrevista mujer 32 años, estudiante psicología)

"...el drogadicto es una consecuencia, no sólo del fenómeno del narcotráfico sino del fenómeno social...". (E22: Entrevista hombre 43 años, aseedor)

Algunos informantes señalan que las situaciones familiares difíciles pueden incidir para que el joven consuma drogas y por tanto, lo que pasa en el núcleo familiar se refleja en lo social y la universidad no es ajena a ello.

"...circunstancias familiares, hay circunstancias sociales,...". (GF05)

"Padres separados, violencia intrafamiliar...". (GF02)

“Mi actitud frente a las personas que consumen, es que son producto de una sociedad”. (GF02).

Relación universidad consumo. El consumo de drogas, se presenta como una experiencia a vivir en la universidad, se considera que no necesariamente es algo que lo va hacer adicto, los jóvenes pueden experimentar y no seguir consumiendo. Algunos consideran incluso que es un elemento que los identifica como estudiantes universitarios y esencialmente de la de Antioquia.

“Estas sustancias reaccionan también dependiendo de la persona que las consume y en un momento determinado, usted por probar una droga de éstas, usted se puede quedar ya adicta a eso y entonces, yo pienso que el problema es iniciar. De allí hay gente que podrá salirse del problema y otra gente que no, ya quedó con su droga de por vida”. (E07: entrevista mujer 51 años, profesora salud pública)

“Un muchacho entra bien, entra como medio tranquilo, es un muchacho con dificultades económicas, con dificultades en la familia y aquí rapidito lo ingresan a ese mundo de las drogas. Algunos miembros de la sociedad asocian a estudiantes de la UdeA. como consumidores de drogas”. (E17: entrevista mujer 54 años, profesora artes).

Consumo e interacción subjetiva. La concepción del consumo dentro de algunos grupos al interior de la universidad es asumida como una forma de interacción intersubjetiva, que posibilita espacios específicos de encuentro y marca espacios específicos de comunidad, observándose en ellos elementos textualidades propias de los sujetos que en dichos espacios se ubican. Se piensa que es un fenómeno producto del entrecruzamiento de variables individuales y sociales, donde se destaca la interacción social como causa principal del consumo personal, así como se asume tomar un tinto o fumar un cigarrillo, para socializarse y es asumida por la institución universitaria como una práctica normal.

"...no sólo la droga causa adicción, causa adicción todo lo que uno consuetudinariamente o repetitivamente hace en el transcurrir de la vida, porque así como le causa adicción la droga, le causa adicción un tinto, le causa adicción un cigarrillo, le causa adicción cualquier práctica que usted haga diario...". (GF07: entrevista mujer 51 años, profesora salud pública) debe ir aquí y no adelante

Efectos del consumo. De otra parte, un gran número de informantes menciona los efectos de las "drogas" enfatizando los que se relacionan con el comportamiento y "deterioro" de la persona y la moral pública; pero no identificando daños orgánicos, psicológicos, conductuales y sociales en un orden determinado. Parece que plantean una predisposición, que hace que algunas personas se encuentren en mayor riesgo que otras de convertirse en drogadictos, mientras otros pueden asumirla como una experiencia, por la que se pasó y no presentó ninguna huella en la vida.

"Estas sustancias reaccionan también dependiendo de la persona que las consume y en un momento determinado, usted por probar una droga de esas, usted se puede quedar ya adicta a eso y entonces, yo pienso que el problema es iniciar. De allí hay gente que podrá salirse del problema y otra gente que no, ya quedó con su droga de por vida". (E07: entrevista mujer 51 años, profesora salud pública)

Construcción social. La mayoría de los entrevistados consideran que si bien es cierto que el consumidor es un sujeto individual, también lo es, el hecho que en el consumo como fenómeno, está implicada toda la sociedad y su construcción; en este sentido, la tendencia es pensar la droga como un fenómeno social que se materializa en los individuos.

Los espacios de consumo de droga son diversos y marcan una tendencia social, se conciben como sitios para la interacción de unos grupos; en algunos casos aparecen como elementos de exclusión de diferentes actores. Para los consumidores son la posibilidad de escapar al señalamiento social que se produciría en lugares diferentes, al de la universidad.

Concepción cultural. También este significante hace relación a que muchos de los entrevistados piensan que las "drogas" y su consumo es un universal antropológico que ha existido en toda la historia de la humanidad. En este punto se mezclan argumentos orientados hacia la defensa de la libre determinación, se retoma el discurso médico-sanitario, jurídico y farmacológico, intentando encontrar una "explicación-justificación" para el consumo: la idea que el consumo se constituye en una experiencia cosmogónica, en la posibilidad de vivir eventos extrasensoriales, parece ser un común denominador.

"las sustancias psicoactivas siempre han existido en toda la humanidad, incluso en las culturas indígenas se utilizan para rituales dentro de la comunidad y para curar a sus enfermos. También se utiliza en la medicina tradicional". (E06): Entrevista varón, 26 años, estudiante antropología

Significante Problema.

Las personas reaccionan ante la palabra "droga", utilizando enseguida conceptos como "problema", y la necesidad de "superarlo", proponiéndolo

como un flagelo social. Se enfatiza los efectos negativos, y se reclama la educación como el elemento para superarlo.

Este significante se percibe desde varias ópticas: lo individual lo social y lo legal. Así los participantes se refirieron a las drogas con el significante *Problema* originado en el entorno social, familiar y que atraviesa por lo psicológico. Como problema, el consumo es algo que trasciende el ámbito universitario e irriga todos los espacios de la sociedad; la poca claridad que las instituciones tiene frente a las drogas, terminan por favorecer el consumo y la distribución de ellas.

"...este problema no es de las instituciones, no es de la Universidad, ni es del colegio, ni es de otro,... son cosas que ya vienen de la casa, o del entorno social, o de la parte personal". ..."...es un problema social, pero también va con el entorno familiar y el entorno social y muchas veces los jóvenes o las personas entran en moda" (GF05)

"...porque la droga es un problema más bien psicológico y social también" (E13: entrevista hombre 25 años, estudiante tecnología administración en salud, municipio Andes)

Desde la perspectiva de la droga como problema, se da la desaprobación del consumo de sustancias que pueden causar dependencia a las personas, pues se considera que degrada al individuo y lo ubica en una posición de enfermo que necesita ayuda profesional, desde diversas perspectivas biomédicas.

El consumo es visto como el eje de la problemática, sin tener en cuenta otros aspectos que la hacen compleja, sin asumir las dimensiones que en ella se pueden ubicar, con lo cual se reduce el análisis que del consumo y del manejo de la droga se puede hacer en diversos espacios y en especial en la universidad, considerando que desde la educación se puede resolver el problema.

“Es un problema educativo, es un problema de comprensión, es un problema social, es un problema de acercarse a la gente, es un problema de ayudarlo a superar a la gente una situación. Es un problema también de tratamiento médico”. (E17: entrevista mujer 54 años, profesora artes)

Estigmatización. De acuerdo con la mayoría de los entrevistados el consumidor en la universidad es estigmatizado respecto al consumo de determinadas sustancias no aceptadas socialmente. Esta estigmatización impide *que se aborde de manera abierta todos los aspectos de la problemática droga al interior de la universidad.*

“...hay como una estigmatización ahí y es como muy amañada, lo que conviene lo llamamos droga... porque está como institucionalizado ese consumo. ...estigmatización que no permite como hablar francamente de muchas cosas que tienen que ver con la droga...”. (GF02)

Cuando se usa el significativo problema, se recalca más el abuso que el uso de la sustancia, pues se cree que el primero incide en forma negativa en las actividades académicas y laborales. La perspectiva negativa, lleva a entender el consumo como un problema, cargado de elementos morales que limitan el acercamiento desde lo social, lo jurídico y lo económico.

“...el problema de esa carga negativa vendría más como por el abuso, pues, más que por la misma sustancia, o por el uso,...”. GF02)

“...el problema es cuando, como cuando esa adicción apela como a otros problemas en la vida, cierto, responder académicamente, o al trabajo”. (GF02)

El problema del consumo desde lo legal. También se le describe el consumo como problema desde lo jurídico-legal entendido como aquellas disposiciones que permiten establecer lo prohibido o permitido en el marco de lo lícito o ilícito, lo admitido o no socialmente, orientadas a modificar comportamientos con carácter obligatorio. En el contexto universitario, son las disposiciones que expide la institución, que generalmente retoma las mismas expedidas el gobierno central. Por lo tanto, la institución adolece de políticas concertadas con los estamentos y coherentes con la realidad universitaria.

“El carácter legal es como más de reglamentaciones y de políticas y de las medidas pues que toma el Estado respecto al problema de consumo de estas sustancias psicoactivas...” (E15: entrevista mujer 45años, empleada)

“...me parece que aquí lo que hay son disposiciones gubernamentales que no permiten una permanente retroalimentación, o sea tenemos normas que parten de que ya hay un problema y no miran la posibilidad de que la Universidad llegue a acuerdos, en lo que hemos denominado problema, con una cierta lógica...” [E20]

Delincuencia. El no distinguir entre abuso y usos ocasionales, parece complejizar el asunto; además, la asociación directa entre consumo de drogas y la delincuencia, lleva a que este fenómeno, tenga una mezcla entre delito y depravación, pues se ha permitido que ese elemento judeo-cristiano permee la concepción jurídica y social, de lo que debe ser la normativa.

“... aquí no se tiene claridad entre ser adicto o consumir droga y qué es ser delincuente y entonces, la poca claridad conceptúa que acá se tiene, ha hecho que se mezcle droga con delincuencia”. (E22: Entrevista hombre 43 años, aseo)

Universidad, comercio y consumo. El “problema” involucra a quien comercia y a quien consume, incluso en el texto universitario. El manejo de una economía subterránea que genera altas ganancias y, hacen que sitios institucionales sean tomados como espacio de distribución; es un negocio de alta rentabilidad que no hay ética que lo limite.

“El jíbaro aquí en el lenguaje de la Universidad, es el que trae la mochila llena de cosas de drogas y les vende ahí. Es que no es sino uno asomarse al balcón del bloque 24 y ahí están”. (E17: entrevista mujer 54 años, profesora artes)

La financiación de garantías sociales con los impuestos: problema de doble moral. Existen muchos intereses en juego de las personas que propician el consumo, y por ello se dificulta el control. Se cuestiona, por ejemplo, el financiamiento de la educación colombiana con dineros provenientes del consumo de alcohol y tabaco. Ello a pesar del impulso de propuestas que se vienen desarrollando al interior de la universidad, que se refieren a facultades libres de humo de tabaco. Además, se crean argumentos por parte del gobierno para evadir la responsabilidad sobre las verdaderas causas que originan el problema.

“Los Estados patrocinan la venta y el consumo del cigarrillo, del tabaco y entonces uno encuentra una gran contradicción: cuando uno de los principios fundamentales de un Estado es conservar la salud de sus pobladores, de sus ciudadanos y el mismo Estado tiene el monopolio del tabaco, lo expende, lo vende, lo permite”. (E22: entrevista hombre 43 años, aseo)

Para muchos de los entrevistados es un sofisma pensar que todos los problemas del país son generados por el consumo de las “drogas”. Es bien sabido que la rentabilidad que se produce por algunos productos adictivos, que se conciben como legales es alta, y que los impuestos fruto de éstos, son invertidos en la salud y Educación. Pareciera que el problema radica no en la adición, sino más bien en los recursos que se escapan por lo subterráneo de negocio de la droga.

“...cuando uno se está fumando un cigarrillo, o cuando se está tomando un trago de aguardiente, sabe que parte de las ganancias de esto van a ir a apoyar hospitales...”.
(E14: Entrevista hombre 19 años, estudiante de química farmacéutica)

“...la producción de alcohol y aguardiente y cigarrillo, entonces mírame, cómo estamos formando nuestros hijos, formando nuestros jóvenes a través de productos, sustancias psicoactivas como son el tabaco y el alcohol”. [GF05]

“Pero aquí en esta sociedad ya del capitalismo, el problema de la droga se ha creado de manera artificial, porque han crecido una cantidad de intereses, concretamente es pa (sic) decir que el problema de la droga y todo lo que genera violencia...”. (GF01)

En síntesis, en el *significante problema* se ha asociado *regularmente al concepto “drogas”, ambos muy genéricos, indefinidos, e irrestrictos* actualizan prejuicios morales heredados de la tradición que no aceptan el control y la medida, pues lo que se denuncia, no es tanto, el uso como sí el abuso y con ella la impotencia ante la trasgresión que reta al binomio poder-autoridad.

Estructuras de significación

Las estructuras de significación son los lugares culturales y sociales. El espacio universitario tiene una valoración social significativa, para la comunidad no universitaria; el consumo en este espacio es totalmente diferente al que se realiza en otros espacios –la calle, la esquina, los parques...– pues las personas no lo hacen por las mismas razones. El lugar es algo que se observa en la cotidianidad del consumo en la universidad, el no lugar se lee en otros espacios diferentes a la universidad y sus alrededores, que tienen relación con la vida cotidiana del consumidor.

Algunas personas son conscientes de las estructuras de significación que están presentes en su discurso y práctica relacionada con las "drogas". La concepción de éstas, desde el conocimiento y el significado que brinda la sociedad, lleva a que todas las personas que se acercan a ellas, sean vistas como inadaptados sociales, como personas que desde el conocimiento, actitudes y prácticas, no responden a los parámetros propuestos por el ideal de sociedad que se tiene, se consideran como personas a resocializar e insertar en los espacios de producción y reproducción social.

Dentro de un contexto universitario es predecible que la mayoría de los entrevistados reconozcan como estructuras de significación a saberes académicos; pero también se puede decir que algunas personas reconocen

la experiencia personal, familiar y en la interacción con otros, como fuente de su conocimiento y la incidencia, incluso, de los medios de comunicación.

La ubicación de las drogas, como elemento articulador de las relaciones intersubjetivas, se ubica por encima del conocimiento, que sobre los efectos percibidos tienen algunos de los entrevistados, dado que una cosa es el conocimiento y otra muy diferente es la actitud y la práctica que se tienen con respecto al fenómeno.

"...ha sido una construcción más bien personal, en el sentido de que yo sí tengo una información técnica de la diferencia entre fármaco y droga; pero también lo que le sugiere a uno la palabra droga, ha sido como una construcción entre lo técnico y lo que es la connotación que he percibido por ejemplo, en la prensa. Es decir, el fenómeno manejado desde los medios". (GF01: Grupo Focal)

"...el significado uno lo aprende en la vida, a mí me ha tocado convivir con los que consumen o han consumido drogas prohibidas y muy cerquita de ellos he estado. Y me ha tocado consumir,...". [GF-01]

También hace parte de la especificidad del contexto universitario el hecho de que algunas personas diferenciaron entre el conocimiento "científico" del "popular". Por ejemplo, es interesante, retomando un testimonio anterior, que la entrevistada pese a que reconoce la distinción técnica entre fármaco y droga, espontáneamente, los unificó semánticamente, dando más peso al sentido común que el conocimiento ilustrado.

Esta situación podría llevar a plantear la hipótesis: en la configuración de significantes y significados en conceptos sobre drogas, pesan más las estructuras de significación configuradas por y en el sentido común, que las científicas. Lo anterior sin olvidar que muchos elementos científicos se constituyen en aspectos del conocimiento cotidiano por parte de los colectivos, máxime cuando estos se dan en un ámbito universitario.

Las razones que llevan a que al interior del campus se consuma drogas, se ve permeado por asuntos de opinión personal, elementos que difícilmente se ve sometido al debate, dado que desde los argumentos, son pocas las personas que se atreven a dar razones para que dentro de la institución se distribuya y consuma, o por el contrario, se asuma la universidad como un espacio libre de drogas.

“...a mí me parece que ese concepto droga es algo que se mueve dentro de la sociedad y como ser social que es uno, ahí es donde lo aprende. Lo afina en la medida que estudia, que se mueve en algunos grupos. En este caso, yo toda la vida he trabajado en la Facultad de Medicina y eso, pues, ha hecho de que se afine ese concepto”. (GF01)

Desde el sentir y desde lo vivencial, se observa que es algo que no requiere tener un discurso para tomar la decisión de consumir o no drogas, se ve más como una experiencia que se asume o no, sin cuestionarla.

“...el significado uno lo aprende en la vida, a mí me ha tocado con-vivir con los que consumen o han consumido drogas prohibidas y muy cerquita de ellos he estado. Y me ha tocado consumir,...”. (GF01)

Los contextos para el consumo. Para la mayoría de los entrevistados, el ingreso a la Universidad no es la causa del consumo; afirmaron que quien consume en ella, seguramente lo hacían desde la básica secundaria o en ambientes familiares o sociales diferentes.

"...el muchacho que llega a la universidad, si es drogadicto no es que la pruebe en la universidad por primera vez, yo creo que ya tuvo una experiencia previa en décimo o undécimo, o en la secundaria,...". (E11: Entrevista mujer, 47 años, profesora salud pública)

"Muchos casos es que la persona viene de un ambiente en el cual, siempre, los tíos han sido drogadictos, los hermanos han sido drogadictos, el problema de violencia también, el hermano fue sicario, entonces el hermano siempre se drogaba; el tío, el papá, toda la familia ha sido drogadicta, entonces no se puede llegar como ya en un ambiente universitario a decirle ya, usted a partir de ahora ya no va a poder ser así, es como cambiar parte de su vida prácticamente porque para muchos de ellos esa es su vida, eso hace parte como de desayunar, como de almorzar, como de comer". (E14: Entrevista hombre 19 años, estudiante química farmacéutica)

Los testimonios anteriores, permiten ubicar dos perspectivas o representaciones sobre la significancia de los espacios universitarios en la contextualización del consumo: primero que se reconoce que la permanencia en la universidad, o hacer parte de su comunidad no es necesariamente un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, aunque puede constituirse en un elemento sinérgico para ello. Existe todo un entramado social en el cual muchos sujetos antes de entrar a la universidad ya han consumido drogas; la universidad como reflejo de la sociedad termina creando unos espacios, que si bien no son legales, si se van legitimando y asumiendo como espacios propios para el consumo, con la diferencia que en

las calles de la ciudad estos son considerados sumideros urbanos y al interior de la universidad espacios de interacción intelectual y académica. La universidad tiene una valoración social diferente a la mayoría de los espacios de consumo en la ciudad; esta valoración social no puede confundirse con la idea de espacio sacralizado.

Una segunda perspectiva abordada básicamente por los jóvenes consumidores, plantea la significancia del sujeto. El aspecto a resaltar es cómo en la interacción intersubjetiva, aparecen elementos de autoridad y poder que se ubican en el orden del rol o juego que los sujetos cumplen en el contexto; allí las personas sólo asumen el consumo como la posibilidad de interactuar con otros, constituyéndose las drogas en un elemento referente para muchos de estos jóvenes.

En resumen, la reflexión sobre las concepciones que se presentan en los testimonios, llevan a identificar dos tendencias en el consumo de psicoactivos: la primera en la cual consumidores y no consumidores, reconocen unas estructuras institucionales como la familia, las entidades educativas o incluso el mismo contexto social, como elementos presentes en el consumo, eso sí, sin perder de vista la significación que en el orden de las relaciones intersubjetivas presenta el individuo en relación con sus contextos.

Los juicios morales del consumo. De otro lado, algunos consumidores se auto-describen como “viciosos”, un término cuyo significado es sinónimo de inmoralidad, desenfreno, depravación, perversión, libertinaje, degeneración, escándalo, exceso, entre otros. En una valoración moral, que para parte de la sociedad tiene sentido. La dificultad radica cuando al trascender este juicio moral identificamos aspectos de limitación en las propuestas de interacción que tienen los sujetos en la sociedad, que termina excluyéndolos y llevándolos a construir “subculturas” al interior de espacios institucionales.

“...nunca le negué ser viciosa a nadie, justamente porque creía en eso, que eso no es la persona, es otra experiencia de vida, donde uno se busca. Uno toma lo bueno que allí hubo y paga las consecuencias de eso después”. (E12: entrevista mujer 32 años, estudiante psicología)

La dificultad para separar elementos de juicio moral, como es la concepción de viciosa, de elementos que tocan con aspectos de experiencias vividas, dadas por unos estilos de vida, asumidos por los individuos en espacios de interacción cotidiana, como es el caso de algunos lugares de la universidad, llevan a que estas personas tengan la convicción de que esto hace parte también de proceso formativo.

Los saberes en el campo del consumo. Con relación a las *estructuras de significación* presentes en los conocimientos de las drogas en los entrevistados, se identificó la tensión entre ciencia y

sentido común, teniendo más peso el segundo, situación paradójica en un contexto universitario, pues a la lógica epistémica se impone a la doxástica, tiene más fuerza la fórmula “yo creo” que la “yo sé”.

Las estructuras de significación relacionadas con la explicación dada al consumo en la Universidad, se caracterizan por presentarla como un espacio del saber, que no es factor de riesgo para el consumo, pero si es lugar para el consumo, y esto sucede por múltiples situaciones sociales de las que no se puede abstraer la Universidad.

Con relación a las estructuras de significación presentes en la explicación del consumo en general, se podría afirmar que hay una doble tensión, el primer eje está compuesto por los consumidores y no consumidores versus los consumidores; el segundo eje está formado por las diferentes generaciones y roles. El primero destacó la familia y el segundo el sujeto.

5.1.2 Representaciones sociales del consumo de drogas.

Las representaciones sociales son formas de conocimiento elaboradas y compartidas socialmente, a partir de las experiencias, información,

saberes y pensamiento transmitidos por tradición, educación y comunicación social.

Mediante el análisis de las entrevistas pudimos identificar varias representaciones sociales configuradas por los entrevistados y centrales en su percepción y configuración de las realidades del consumo. En un primer grupo, se evidencia el uso de drogas como elemento socializador, facilitador de relaciones sociales y elemento de configuración de identidades, una determinación social más que farmacológica del consumo y también un factor limitante para la acción social y profesional del individuo que debe dejar atrás si quiere "crecer más".

"...busqué sentido en la droga y el sentido que encontré es precisamente que tenía que dejarla, porque había algo más que hacer, porque había algo más que aprender". (E12: Entrevista mujer, 32 años, estudiante psicología)

El consumo de drogas, aparece como elemento que "favorece" las relaciones sociales, que permite la interacción entre diversos sujetos, creando ámbitos sociales que propician bienestar a quienes se encuentran en ella.

"...es aceptada socialmente, y está determinada dentro del juego del rol social de las personas..." (E06: entrevista hombre, 26 años, estudiante de antropología)

"...lo encuentra como un aliciente, bien sea de charla o de conversa" (E16: Entrevista hombre, 48 años, propietario cafetería)

"...he ido relacionando la palabra droga es en un ámbito social,..." (E15: entrevista mujer 45 años, empleada)

Asumir las drogas como la respuesta para lograr la inserción en un espacio que permita la interacción con otros sujetos, en el juego de tener aceptación social, de lograr una identidad al interior de un grupo social, que permita expresar vivencias e incluso considerar que se están obteniendo conocimientos y se está favoreciendo el proceso de socialización, que es un elemento básico en la formación universitaria, parece ser un aspecto constitutivo de la significación del consumo en unos determinados espacios sociales y de encuentro al interior de la universidad.

La representación social, que induce a que las drogas tiendan a favorecer la interacción subjetiva, en términos de identificación con un grupo, incita a que se considere las drogas como aquel elemento que da sentido a la vida, dado que pone al sujeto en un contexto donde es aceptado, es decir lo ubica en un ámbito social de reconocimiento.

Ambas representaciones, llevan a que el individuo consumidor de psicoactivos, asuma identificarse con otros, así sea a través de sus imaginarios y no desde lo simbólico, le permite aislarse del contexto social y quedarse en ese universo pequeño donde es reconocido por otros consumidores.

Un segundo grupo de representaciones sociales sobre el consumo de drogas las relacionan con sus *efectos*, tienen que ver con conocimientos científicos de tipo clínico y fisiológico, donde se reconocen reacciones en el organismo del consumidor.

Cuando se preguntó por qué se consumen drogas algunos entrevistados afirmaron que cumplen con una función de restablecer un orden, noción que hace parte del binomio salud – enfermedad; el consumo de drogas desde este punto de vista, busca brindar bienestar, entrando a afectar su estado de ánimo o su percepción.

;...“el significado de las drogas que son como medicamentos, las que nos recetan los médicos y sirven para curar enfermedades o cualquier dolencia”. (E22: entrevista hombre, 43 años, aseo)

En un sentido amplio, se le asigna a las drogas, como aquel elemento que favorece el bienestar; se puede asumir para las dos acepciones de la palabra, de acuerdo a lo que se ha venido explorando. Pero la idea de bienestar, que se persigue con el medicamento busca favorecer la curación de una dolencia física, vista desde la concepción biomédica. Pero la idea de droga, como ese elemento que incita a cambios de la conciencia, drogas ilegales, también aparece como algo que favorece un espacio ideal, desde un estado alterado de conciencia, para buscar alivio a dolencias o sentimientos negativos. Las drogas ilegales son utilizadas para alcanzar sensaciones

placenteras, que ayudan a favorecer el bienestar y la interacción de los sujetos en los espacios cotidianos.

“...sustancias que se administran al cuerpo por muchas vías, cierto, para generar cambios: curativos, pues como, curativos en el sentido más semántico, o también cambios en la percepción...” (GF02)

“Digamos que son sustancias, unas y otras, las primeras y estas últimas, que de todas maneras generan cambios a nivel químico en el organismo...”. (E08: entrevista mujer, 42 años, estudiante psicología)

“...el sentido que tienen las drogas, por lo general es buscar siempre el bienestar, inclusive el que está enfermo consume su droga para restablecerse”. (E05: entrevista mujer, 35 años, estudiante salud pública)

“Pero el uso social en la gran mayoría es psicoactivo, es solamente para buscar sensaciones placenteras, en la gran mayoría de los casos; muy pocas veces con uso terapéutico”. (E01: entrevista mujer 48 años, profesora química farmacéutica)

Mundos de Referencia

Los Mundos de referencia, son comportamientos y prácticas sociales que llevan a que los sujetos se inserten en contextos específicos, en los cuales la interacción entre las estructuras de significación y la justificación se esperan sean desde lo simbólico, pero que en muchos casos se quedan en el ámbito de lo imaginario; es decir, son los resultados o fines que se derivan de la representación social donde el individuo se inserta.

Los efectos de la droga en los espacios sociales. Los efectos encontrados son muy diversos, de ellos se pueden destacar algunos, eso sí dejando claro que suelen aparecer combinaciones de éstos e incluso otros, que no se logran definir:

El primer efecto esta relacionando el deseo por instaurar unas relaciones sociales al interior de un grupo específicos, en el cual se considera que existen elementos identitarios, en especial sobre concepciones de vida, que lleva a muchos jóvenes al consumo de drogas; porque consideran que ésta es la mejor manera de lograr identidad. Los estados alterados de conciencia, los hace sentir mejor y asumir que son plenamente aceptados en el grupo, lo que disminuye la angustia por estar en un lugar, que no se debe perder.

El asumir que desde siempre, diversos pueblos y culturas han utilizado las drogas, para entrar en estados alterados de conciencia, bien sea buscando sensaciones placenteras o con el fin de insertarse en esos mundos míticos, donde los seres logran el contacto con sus deidades, conlleva a que muchos piensen que la prohibición de la droga es un asunto político y/o económico; por lo tanto consideran, que si las drogas han sido una constante en la humanidad, ¿por qué hoy se restringe?

“La droga se concibe como un elemento que desde la posibilidad de entrar al mundo de lo sacro, nos pone en contacto con las deidades, es una posibilidad, como lo plantea la antropología de crear armonización en los colectivo” (E28: entrevista varón, 45 años, profesor antropología)

Entre el efecto reestablecedor y el trasgresor/aislante, se podría pensar que se encuentra el segundo efecto relacionado con los intereses capitalistas propios de la modernidad, donde el consumo desterró al uso

tradicional, de algunas drogas pues estas aparecen en diferentes culturas como el elemento que desde el contacto con lo sobrenatural permite la armonía en lo cotidiana.

"...los diferentes grupos étnicos, de nuestro país, han utilizado las drogas en sus rituales, tanto de curación, como de armonización de las sociedades entre ellas y con la naturaleza, los tukanos, utilizan el yage, para limpiar el alma, es una droga utilizada en contextos culturales". (E28: entrevista hombre, 47 años, profesor antropología).

Este tiene que ver con la acumulación de riqueza económica para unos pueblos en detrimento de las condiciones sociales que padecen otros, situación vinculada al narcotráfico y la no legalización. Las ganancias generadas por una economía subterránea e ilegal, hace que la problemática social se sienta en todos los países que se ven permeados por esta "empresa"

"A él le importa muy poco la salud de los humanos, a los Estados Unidos como capital, le interesa es sus ganancias. Y cuál es la política ahora, cuál es la conciencia, la concepción, entre más prohibida sea la cosa más plata da". (GF06: Grupo focal).

Un tercer efecto aparece con el reconocimiento del mismo individuo como un trasgresor de la norma, al considerar que por medio del consumo se puede llegar a la delincuencia, dado que esto lo conduce al robo y al engaño. No sólo se suele asumir, a él mismo, como un antisocial, sino como un ser asocial, como un individuo que ya no encaja en unas relaciones sociales que antes le eran próximas.

"...la persona daña hasta las relaciones familiares que tiene con los papás, entra en otros vicios como es el de robar, mentir,...". (GF05: Grupo focal)

"...uno desde su propia experiencia ve que eso incide en la influencia y en el roce social de los mismos compañeros de uno, en la parte afectiva, en la parte social, e

incluso en la parte económica". (E16: entrevista hombre 48 años, propietario de cafetería)

La idea de asumir el consumidor de drogas, como un trasgresor, ubica la discusión en ese espacio de lo simbólico y lo imaginario, pues en lo simbólico, la norma establece un espacio propio de interacción de sujetos desde lo cultural, desde lo que el colectivo asume y acepta como normal; es decir, es el espacio moral y éticamente aceptado. En el campo de lo imaginario, no se presentan limitantes y todo se asume desde la perspectiva del disfrute y desde el deseo o el goce, sin la posibilidad que existan limitantes desde la norma.

"...uno desde su propia experiencia ve que eso incide en la influencia y en el roce social de los mismos compañeros de uno, en la parte afectiva, en la parte social, e incluso en la parte económica". (E16: entrevista hombre 48 años, propietario de cafetería).

Como se ve el primer y el tercer efecto ponen en escena a la persona que consume, incluso pareciera que en una dimensión contradictoria; al considerar que el individuo lo hace buscando establecer unos vínculos sociales que lo integren a un colectivo con unos imaginarios comunes, un universo de sentido. Al verlo desde el sujeto, en especial cuando éste empieza a sentir que aparecen fisuras en esas relaciones intersubjetivas que le permitían el contacto con su familia y otros espacios de socialización, el sujeto se siente aislado y se ven como un trasgresor del orden social.

Un cuarto efecto, identificado por los participantes del trabajo, es la pérdida de autocontrol, que se presenta en el momento en que ya no se

logra manejar las ansias del consumo, cuando ya no se consume para buscar el bienestar, sino para evitar la angustia que genera el no consumo; es en ese momento donde desaparece el sujeto, donde la droga se constituye en el eje de la vida, es donde empieza en dolor, la degradación, en donde todo pierde valor, incluso la vida.

"...hay un momento donde se toca fondo y el exceso es tal que ya no es goce, es dolor, pues porque levantarse un día y tener ansiedad y que te empiecen a sudar las manos por un marihuano, por un bazuco, por un gramo de cocaína, pues es algo increíble; lo digo hasta con vergüenza, que toqué fondo; pero lo comento, porque uno tiene que ubicarse en el mundo y salirse de allí". (E12: entrevista mujer, 32 años, estudiante psicología).

La desesperanza, la inminencia de un no futuro, la pérdida constante de posibilidad de interacción desde lo simbólico, llevan a que muchas de las personas, que antes veían el mundo de las drogas como un ideal, cuando sienten que no les es posible el control de su adicción, empiecen a sentir la angustia de un problema que afecta la vida y sus relaciones sociales; el sentir que el consumo que permitió establecer relaciones sociales, empieza a llevar a esos amigos al abismo y no se puede hacer nada, porque también se está cerca de ese precipicio.

"Y uno ve que se va deteriorando y muchos han salido para el manicomio y algunos suicidas". (E17: Entrevista mujer, 54 años, profesora de artes)

"...muchos amigos míos que se quedaron ahí y pasaron a la bazuca, pasaron a la cocaína y a muchas cosas y vi el infierno que vivieron y muchos se murieron, muchos los mataron,...". (E22: Entrevista hombre, 43 años, aseo).

La desfiguración de lo social desde la droga. En ese mundo de lo imaginario no hay límite, todo es permitido, ello hace que para el

consumidor, la sociedad y sus valores sean un absurdo, constituyéndose en su única alternativa de socialización la inserción en el ámbito del consumo. Pero cuando se empieza a asumir el consumo como un "problema", que ya no produce goce y piensa que se tóca fondo, que ya no tiene la posibilidad de la interacción por fuera de ese universo creado alrededor del consumo de drogas, se siente vacío y sin posibilidades.

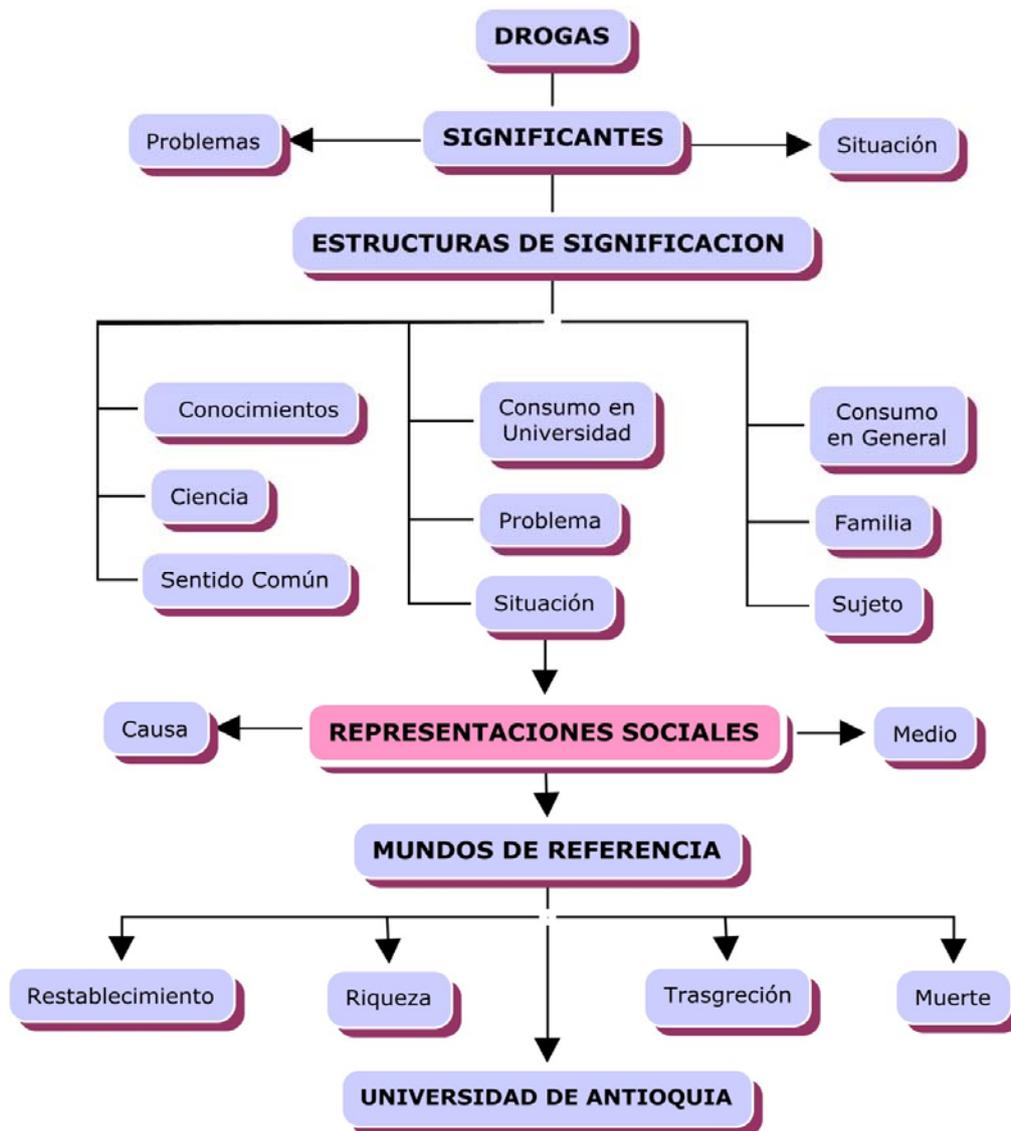
"...es una experiencia horrible, definitivamente no, nada vale la pena allí en ese mundo, por eso elegí retirarme". (E16: entrevista hombre 48 años, propietario de cafetería)

La droga: un fenómeno complejo. El mundo del consumo y, en general el de la droga, es un universo complejo en donde las diferentes aristas que lo atraviesan, permiten que desde diferentes análisis se construyan discursos, de muy diverso índole: la reivindicación del consumo, la penalización del mismo, la mirada de unos grupos emergentes como la respuesta a un orden establecido, e incluso el asumirlo como algo que permite la sensibilización de los sentidos y el contacto con un universo diferente, son discursos que se instauran como dije desde diferentes concepciones.

La idea del riesgo, desde una mirada epidemiológica, se queda corta, dada la vulnerabilidad en que entran muchos de los jóvenes que por uno u otro motivo deciden iniciarse en el consumo. No siempre por

la posibilidad de la inserción en el mundo criminal, sino más bien por esas sensaciones de angustia y desamparo que empiezan a vivir. En la construcción de sociedad, el daño no es individual, es social pues el adicto se resguarda en el mundo de lo imaginario, y no logra trascender al campo de lo simbólico, a ese universo de las relaciones intersubjetivas basadas en lo cultural.

Figura 12. Representaciones Sociales Sobre Drogas



5.2 Intervenciones

A continuación se presentan los significantes, estructuras de significación, representaciones sociales y mundos de referencia relacionados con las intervenciones (la prevención, tratamiento y rehabilitación) y control de las drogas.

5.2.1 Significantes

Al preguntar qué se entiende por intervención, se responde con cierta frecuencia que es dar solución a una situación o problemática previamente identificada.

“Intervenir es tratar el asunto, educar sobre él, meterse de lleno a trabajarle a la población, buscarlos, llamarlos, educarlos” (E26: Entrevista mujer, 35 años, estudiante salud pública)

Este concepto, ha sido apreciado desde una sola mirada de solución a un problema, siempre se remedia desde los expertos, aquello que es afuncional o que se constituye en un problema para lo establecido. Es decir, la intervención es asumida como algo externo a los individuos.

“Intervención es cuando una autoridad, o una persona con determinada investidura con una autoridad moral, con una autoridad científica, decide modificar una situación social de hecho,...” (E24: Entrevista hombre, 53 años, profesor filosofía)

“Una intervención... puede ser... un mecanismo para evitar que se siga el consumo de las drogas,...” (E05: Entrevista hombre, 53 años, profesor filosofía)

La concepción de la intervención como mecanismo de transformación e impacto sobre un colectivo o sobre una persona en

particular, debe dirigirse a la construcción de acciones entre los diversos actores y no asumir la intervención como tomar medidas, así sea educativa, para contrarrestar “un problema”.

“Tomar medidas... bien sea para el bien de toda la comunidad, o bien sea para personas en particular;...” (E16: Entrevista hombre, 48 años, propietario cafetería)

La mezcla de las diferentes percepciones del consumo de drogas conlleva a la dificultad que en lo social tienen algunos conceptos. Desde el espacio de las significaciones, se hace necesario dejar planteados una serie de elementos, que desde los significantes son utilizados para nombrar la intervención, en donde propuestas tales como: *la Acción, la Mediación y el Cambio favorecen modificaciones actitudinales en los sujetos y en la sociedad.*

Cuando se habla de *acción* se hace referencia a la necesidad de actuar. Pero con el significante *mediación* aparece la palabra autoridad, señalando que hay personas, que por sus conocimientos y experiencias se encuentran en condiciones de realizar la intervención, mediando desde la necesidad de interacción en el campo de lo intersubjetivo.

Al asimilar el concepto *intervención a mediación*, deja de lado la idea de problema como tal, pudiendo asumir que se constituye en algo que cabe dentro de espacios de concertación, lo cual favorece el dialogo y la posibilidad de negociación y cambio actitudinal, desde nuevas propuestas y miradas.

“Yo asocio la palabra intervención con mediación,...” (E22: Entrevista hombre, 43 años, aseo)

“...medidas que lleven a una solución; no intervenir por intervenir,...” (E26: Entrevista mujer, 48 años, secretaria)

Con relación al significante *cambio*, se resalta la necesidad de transformación, alteración de la situación actual, es conducir desde la dinámica propia de las realidades vividas a una perspectiva mejor y a una construcción de realidad incluyente. Es decir, desde el cambio se debe proponer la consolidación de paradigmas donde se tengan en cuenta miradas diversas, incluso de aquellos que se encuentran insertos dentro de la situación, por lo cual la problemática no sólo se debe abordar desde las autoridades y desde los expertos que se comprometen con el tema, sino desde quienes en lo cotidiano lo vivencian.

Se podría concluir que los tres significantes hacen referencia a un campo semántico según el cual la intervención es una acción de autoridades en el tema, que tienen que realizar acciones para corregir una situación disfuncional para la sociedad y/o el sujeto. Pero no, la intervención también puede y debe reclamar la participación activa de los actores insertos en la realidad vivida.

Estructuras de significación.

Para los sujetos entrevistados en la Universidad de Antioquia respecto a su entendimiento sobre la intervención en el ámbito del uso de drogas psicoactivas, cobra una importancia decisiva el paradigma prohibicionista. De hecho, estructura toda la significación, en aspectos como: cosas ilegales, conductas ilícitas, comportamientos ilegales y, por ende, delictivos. Por tanto, hay en ellos elementos tabú, zonas de oscuridad al tiempo que, para algunos, es tema de rebeldía y contestación. Los siguientes testimonios ilustran la anterior afirmación. El asumir el control de la drogadicción, por decreto, de forma autoritaria y de manera vertical, suele llevar a reacciones contrarias.

"En las rondas que yo hago veo que hay mucho consumo, o sea aún estando todavía prohibido, por ejemplo, un día como hoy viernes están todos con su bolsa..." (E22: entrevista varón 43 años, aseo)

"...yo apuesto que si usted lanza aquí un memorando firmado de todos los vigilantes, todos firman, es que el único remedio para el vicio aquí en la Universidad, es sacar a los pelaos (sic) viciosos". (GF07: Grupo focal)

"...intervención del castigo, generalmente asociada con la policía y con la misma exclusión" (GF01: Grupo focal)

La necesidad de establecer dentro de la universidad otras formas de interacción entre los sujetos, que muestren que no es necesario el consumo para las relaciones intersubjetivas, en donde los mismos consumidores sean co-constructores de espacios de encuentro, daría un elemento social y no

punitivo a la propuesta, haciendo que ella surja desde los actores y no desde las autoridades universitarias, y de forma dictatorial.

“El Rector dio una orden de acabar con el aeropuerto²³¹ y el consumo de licor y de la marihuana se está controlando mucho”. “Lo que no se ha podido controlar es la marihuana”. “...Unas comunicaciones donde se prohíbe el consumo de drogas al interior de la Institución y... sanciones a las personas que lo hacen”. (GF07: Grupo focal)

“Que hay que accionar en cuanto a eso, sí, porque esa es nuestra función como vigilantes, donde la Administración tiene cierta normatividad, y que hay que, hay que cumplirla” (GF07: Grupo focal)

La forma en que se viene manipulando el fenómeno y los discursos que se han propiciado, básicamente se dirigen a hacer cumplir la normatividad de la universidad, sin tener en cuenta concepciones de otros actores, llevando a confrontaciones con personas que comparten un espacio como la universidad; es necesario, entonces, crear formas de dialógicas desde la institución.

“Yo pienso que la prohibición casi es una forma de decirle al otro: hágalo que lo prohibido es más rico. Mire, hace poco estuve en una charla que Bienestar programó para personas consumidoras de droga y uno de los chicos decía abiertamente yo consumo y en la medida en que me digan no consuma, más consumo” (E08: entrevista mujer, 42 años, estudiante psicología)

El hecho que se identifique al paradigma prohibicionista, no significa que haya consenso sobre la ilegitimidad del consumo, pues se evidencia una tensión especialmente entre los vigilantes y los estudiantes; mientras que para los primeros la represión y exclusión es la intervención a seguir, para

²³¹ El aeropuerto es un espacio dentro de la sede principal de la Universidad, alejado relativamente de los bloques donde se desarrollan los cursos, rodeando una cancha de fútbol, aledaño a la zona deportiva, distante del edificio administrativo. Espacio de encuentro y lugar donde se consumen sustancias psicoactivas.

los estudiantes esta acción no corresponde con la misión de una universidad y con las propuestas del derecho constitucional, al libre desarrollo de la personalidad, desde los principios filosóficos de la libertad y la autonomía

“...en estos momentos...muchos vigilantes tienen ya derecho a agredirlo a uno, hasta los vigilantes tienen derecho a ser policías sin serlo, entonces ellos también dan patadas porque ellos también tienen derecho” (GF03: Grupo focal)

También se evidencia una tensión fundamental con relación a esta estructura de significación, por un lado quienes defienden la prohibición justificando el cumplimiento de la disposición legal; por el otro, aquellos que amparándose en la Constitución Política reclaman su derecho al consumo personal y el libre desarrollo de la personalidad.

“Que hay que accionar en cuanto a eso, sí, porque esa es nuestra función como vigilantes, donde la Administración tiene cierta normatividad, y que hay que, hay que cumplirla” (GF07: Grupo focal)

La falta de coherencia que en el discurso institucional, se percata en el hecho de permitir la distribución de estimulante como el cigarrillo, y limitar el consumo de otros elementos de consumo social como es el licor.

“En la Universidad prohíben el alcohol pero no prohíben el cigarrillo y dan rienda suelta a la venta de cigarrillos en las cafeterías, en toda parte. Entonces dentro del contexto universitario me parece a mí que es una contradicción”. (E22: entrevista varón 43 años, aseo)

La función de la universidad y la distribución y consumo de droga.

La mirada cambia cuando se relaciona con aspectos de características económicas, como es la venta de drogas al interior del campus, dado que se

refiere a una actividad, que además de ilegal e ilegítima, no tiene nada que ver con la misión de la universidad.

“La Universidad últimamente limpió unas zonas verdes, donde los muchachos se sentaban a tomar su trago, a utilizar su droga y esto ha ido desapareciendo de la Universidad”. (E23: entrevista varón, 56 años, propietario cafetería)

“Desalojar los comercios ilegales dentro de la Universidad y la campaña tan grande que ha hecho para el consumo del alcohol”. (E24: entrevista varón, 53 años, profesor filosofía)

La prohibición de las drogas, no tiene consenso, pues se presentan diferentes posturas, que van desde la intolerancia radical, hasta quienes la ven como una actividad natural y como un hecho que se enmarca dentro de las libertades individuales característica de un Estado de derecho; lo anterior muestra que en este tema el disenso que se presenta, debe favorecer una reflexión desde las diversas perspectivas. La poca coherencia de las normas universitarias, que permiten la distribución y consumo de cigarrillo, conociendo sus efectos adictivos, llevan a muchos miembros de la comunidad universitaria a preguntarse sobre las razones de la prohibición de las drogas al interior del campus.

Otro punto de tensión lo constituye la aplicación de las normas prohibicionistas, que revisten una especial importancia en el entorno estudiado, pues para algunos “la condición” de universidad, implica que en este contexto la norma no debería tener sólo un efecto represivo sino también educativo y de planteamiento de alternativas. Para otros, por el

contrario, esta condición no significa ninguna particularidad con relación a la aplicación de la normatividad frente a las drogas.

En síntesis el paradigma prohibicionista tiene tanta importancia como estructura de significación, para justificar las intervenciones en la Universidad, tanto por aceptación como por rechazo, dado que algunos consideran que la universidad es un centro de formación académica y no un lugar que se deba utilizar para actividades que no están acordes con su misión. En torno a este paradigma se configuran comunidades de sentido que confirman y cuestionan su vigencia.

Esta situación evidencia una pugna característica del contexto universitario; por un lado, hay quienes piensan que la Universidad es una institución "con alta valoración social", dedicada a la formación académica de manera tal que el consumo de drogas es un "Problema", se ubican en la conformación de la estructura de significación de la prohibición. Pareciera que la represión es justificada por los efectos trasgresores que producen los consumidores, lo cual los aleja del conocimiento.

Por otro lado, existe quienes piensan que la Universidad es "un espacio público" de manera tal que el consumo de drogas es algo que se propone, dentro de la apropiación e incluso la construcción de espacios socialmente

asumidos; aquí el consumo emerge como un “fenómeno”, que se ubica en el cuestionamiento de la estructura de significación de la prohibición.

La discusión empieza a girar en torno a si un espacio con la valoración social como la universidad, permite el consumo de drogas, aceptando el derecho que los individuos tienen, desde el valor del libre desarrollo de la personalidad e incluso desde la concepción, que la experiencia con drogas psicodélicas ha sido una constante en diferentes universidades del mundo.

En esa disputa, se encuentran diversas posturas e incluso matices sobre el tema, sobresaliendo los prohibicionistas, quienes rechazan el consumo de cualquier droga ilegal al interior del campus, reclamando la necesidad de eliminar por cualquier medio, el consumo de drogas de la universidad.

La universidad como espacio público. Se presenta la otra visión, que reclama el derecho al consumo, como algo propio de la vida universitaria; son ellos quienes reclaman que los individuos y sus derechos se encuentran por encima de la norma, asumiendo que la legitimidad del consumo se encuentra por encima de la norma.

Se presentan grupos que sin estar en los extremos, plantean que si bien, no se debe legalizar o legitimar el consumo en el campus, se debe

asumir cierta tolerancia, aceptando que quienes consumen, se ubican en el disenso y tienen derecho, pero que se deben tomar ciertas medidas para limitar los extremos a los que puede llegar el fenómeno.

Los otros moderados consideran necesaria cierta coerción, pero asumen que el consumo de drogas ha sido una constante en las sociedades y las universidades no han escapado a ello, cuestionan la “doble moral institucional” pues mientras reclaman el no consumo de drogas psicodélicas, si favorecen la distribución y consumo de estimulantes como el tabaco y el café, elementos que también generan adicción.

5.2.2 Representaciones sociales de las intervenciones.

Aunque se reconoce al paradigma prohibicionista como estructura de significación vigente, la mayoría de los entrevistados han construido una representación social de la intervención que ve en la *Educación*, la alternativa más válida para enfrentar el problema o comprender y trabajar sobre el fenómeno.

“A mí, personalmente, me parece muy delicado que la Universidad esté actuando de esa manera (medidas represivas), cuando la cuestión debe ser con, campañas educativas que ayuden de verdad a la gente a solucionar este problema,...” (GF03: Grupo focal)

Las medidas educativas, deben trascender la idea de población objetivo, consumidores, e incluso la concepción de factor de riesgo, debe realizarse

un trabajo más amplio, que se inicie desde la misma cualificación de las personas que manejan el tema, discutiendo desde diversos ámbitos la concepción del consumo de drogas al interior del campus, construyendo una mirada incluso metadisciplinar del hecho.

"...mirando como las personas que asisten a este tipo de actividades, uno ve perfectamente que no son los que consumen, somos más bien personas que queremos aprender sobre esto,..." (E03: Entrevista mujer 23 años, estudiante de ciencias sociales y humanas)

"...y hay deficiencia en la formación de los mismos profesionales que se han dedicado a eso". (E01: entrevista mujer, 48 años, profesora química farmacéutica).

La inserción de los jóvenes a la vida universitaria, reclama no solo, mostrarles los espacios y la reglamentación de la universidad, sino enfrentarlos a una nueva realidad que van a vivir. La vida universitaria es para muchos jóvenes, la posibilidad de ganar identidad. Se debe aprovechar esta situación para mostrar que hay otras alternativas diferentes al consumo de drogas que les permitirán ganar pares generacionales con quienes interactuar.

"...educación que no sea parcializada, que sea muy abierta y que le permita al individuo como informarse muy bien" (GF02: Grupo focal)

El consenso con relación a la intervención representada en la educación, evidencia la necesidad de transformar las intervenciones implementadas en la Universidad, pues si bien las personas que las diseñan están convencidas de su carácter educativo, quienes las reciben

tienden a interpretarlas como parte de la coacción, la obligación e incluso la represión.

“...brindarles como esa posibilidad de acompañamiento, pero ya con un trabajo profesional. Pero partir de que es necesario una cátedra en drogas y obligatoria, ni siquiera una cosa electiva, sino una cátedra obligatoria, que todo el mundo tenga que pasar por ahí y aprender” (GF04: Grupo focal)

La educación como medida de intervención. La educación como alternativa para comprender e incluso enfrentar el consumo de drogas, debe verse como una co-construcción, en la cual tienen un espacio importante aquellas personas que desde sus vivencias pueden dar cuenta del hecho en sí; para desde su experiencia construir conocimiento y permitir a otros experimentar lo que se vive en ese mundo sin necesidad de entrar en él. Trabajar sobre las representaciones sociales, sobre las estructuras, mundos y procesos que instauran las significaciones desde la visión del consumidor, favorecería la reflexión sobre la situación y permitiría, no sólo a los estudiantes, sino también a los capacitadores tener una mirada más holística, que trasciendan los análisis de los expertos.

Mundos de Referencia

La educación como proceso formativo, que trasciende el establecimiento universitario y, se ubica en diversos entornos e instituciones sociales, permite proponer un consenso en la intervención, que asuma la

representación social, no desde perspectivas peyorativas sobre los consumidores de droga, sino más bien desde una perspectiva diferente. De esta manera los jóvenes, pueden plantear desde sus vivencias, posibles alternativas de solución, permitiendo construir cambios actitudinales en ellos y en otros pares etéreos.

"...es un error que comete la Universidad cuando focaliza sus campañas, que se la bota toda a los estudiantes, y no se da cuenta que los estudiantes no son los únicos que hacen parte de la comunidad académica, que hay muchísimos profesores..." (GF02: Grupo focal)

Construir mundos de referencia, desde los conocimientos y prácticas de los jóvenes, permite que en los espacios de interacción de éstos, se pueda intervenir de manera más armónica, sin instaurar formas de coerción o agresión, con lo cual la pedagogía, se ubica por encima del castigo y el ejercicio del poder.

"...al muchacho lo llevan, lo encierran y le dicen no consuma droga porque eso le mata las neuronas, eso le produce problemas cardíacos y acaba con su familia. Mentiras, que es que la familia de él viene acabada desde hace mucho tiempo" (GF06: Grupo focal)

Las propuestas de intervención que hasta el momento se han venido desarrollando en la universidad, han restado visibilidad a los actores principales es decir a los jóvenes que sufren el problema o experimentan el fenómeno. De acuerdo con los entrevistados los efectos de las intervenciones hasta hoy realizadas se caracterizan por: *la incomunicación, la estigmatización y la exclusión.*

"...yo sé que la Universidad hace muchísimas cosas, pero sé también lo difícil que es la respuesta y sé que este grupo de consumidores, digamos de manera

constante, menos van a dar respuestas; porque entre otras cosas, se sienten señalados, sienten que los están persiguiendo, que los están estigmatizando". (E08: entrevista mujer, 42 años, estudiante psicología)

La comunicación asertiva, una propuesta para nuevas miradas.

Con relación al efecto de *incomunicación*, algunos entrevistados señalaron que en las piezas comunicativas se ha utilizado un lenguaje denigrante, que los mensajes difundidos son ineficaces y que no son tenidas en cuenta las sugerencias de otras personas que también hacen parte de la Universidad. La utilización de un lenguaje peyorativo, que incluso maltrata, debe modificarse por mensajes acordes con el contexto y las personas a quienes se dirige.

"...han utilizado propaganda, el de la zorra, de que te vas a ver mal, todas esas cosas y utilizan mucho un lenguaje muy denigrante (E04: entrevista mujer, 43 años, profesora salud pública)*

La estigmatización, y la exclusión como efecto de las intervenciones también fueron señalados por algunos entrevistados, que muestran que las propuestas donde se presenta internación de pacientes en centros psiquiátricos, no persiguen la integración del consumidor a la sociedad, sino que muestra al sujeto como un enfermo que debe ser vigilado y controlado por la institucionalidad.

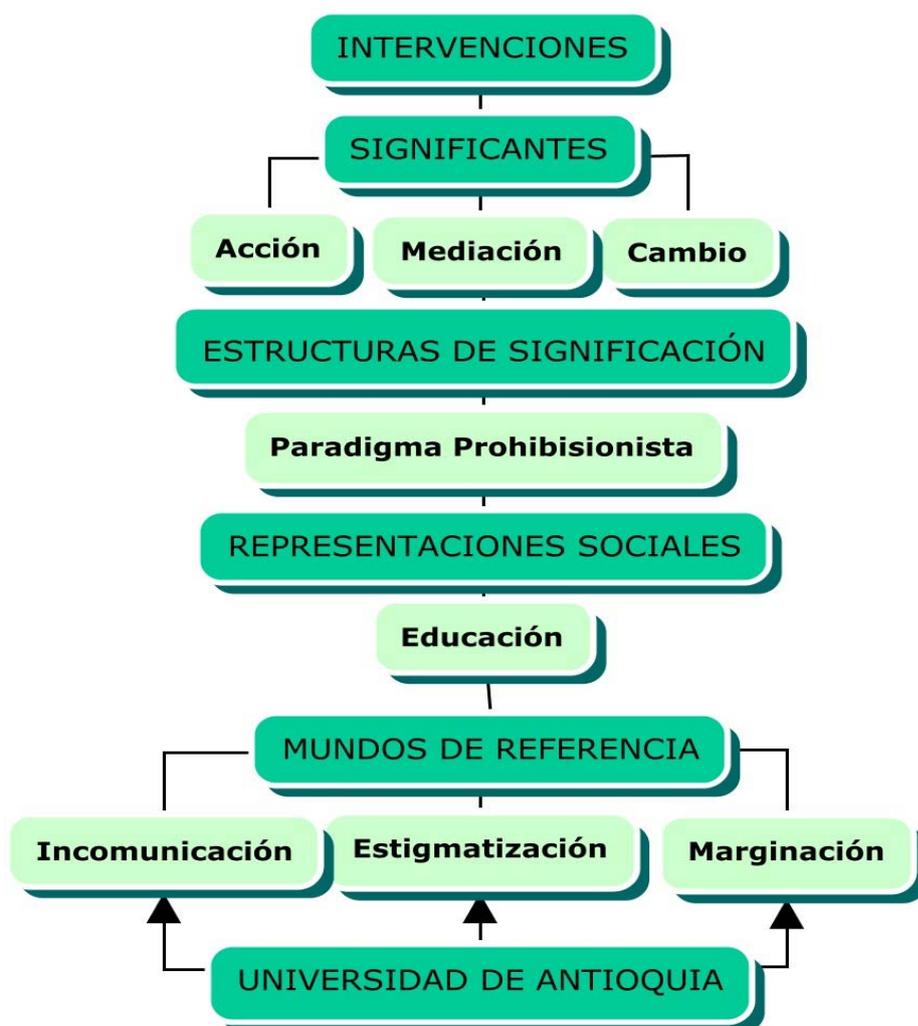
* La Zorra fue una palabra utilizada en una pieza comunicativa. El objetivo fue llamar la atención sobre si el sujeto deseaba aparecer y ser considerado como una zorra. Las connotaciones de esta expresión son variados, pero generalmente está relacionada con la calificación negativa del comportamiento femenino.

"Sí, o sea las intervenciones típicas clínicas, de reclusiones, inicialmente reclusiones de tratamientos médicos, psiquiátricos y finalmente ante el fracaso es exclusión total" (GF04: Grupo focal)

En síntesis los tres principales efectos de las intervenciones implementadas en la universitaria en el tema de drogas se caracterizan por: la incomunicación, la estigmatización y la exclusión. Por el contrario, consideran la mayoría de los entrevistados que las intervenciones al interior de la universidad deberían tomar como eje articulador el proceso educativo, de transformación de las personas en donde sus metas se constituyan en un principio formativo, que dirija desde el conocimiento, a cambios actitudinales en los cuales las prácticas cotidianas vayan más allá del estímulo al consumo.

Pareciera que las propuestas implementadas hasta el presente, son percibidas por los actores, que viven el consumo como algo más cercano al paradigma prohibicionista e incluso punitivo. Esto ha generado una visión de incomunicación, de estigmatización, y de invisibilización de los sujetos, que constituyen el eje de las intervenciones en la Universidad.

Figura 13. Representaciones Sociales sobre Intervenciones.



5.2.3 Propuestas de Intervención.

Los entrevistados afirmaron que cualquier política de intervención institucional que se formule debe incluir aspectos que se describen seguidamente. Algunos de ellos con características represivas, pero la mayoría tienen que ver con tolerancia, inclusión, atención e incorporación de los sujetos a la vida universitaria. Además aparecen una serie de concepciones que permitirían una mayor efectividad y aceptación de los procesos que sobre el fenómeno o problema de la droga se tengan en la universidad, ellas son:

La Participación de la comunidad. Motivar a los diferentes estamentos de la universidad para participar en todas las actividades programas, buscando que actividades, programas y políticas propuestas alrededor de la droga, trascienda la idea de campaña, que suena a enfrentamiento o batalla, para con una filosofía clara se logre generar aceptación e impacto y sea validada por los actores, y así contrarrestar el rechazo y/o conflicto que se ha tenido hasta hoy.

"Alguna propuesta que yo haría para trabajar con esos estudiantes habría que pensarla muy bien, porque tiene que ser algo muy impactante, que llame la atención; cualquier digamos política que se formule en ese sentido, va a chocar, va a tener sus personas que la van a apoyar y va a tener sus personas que la van a rechazar. Sería de pensarlas muy bien para no generar un conflicto. Entre las mismas facultades se puede trabajar, estimular al estudiante a que participe, infinidad actividades para que tengan su tiempo ocupado. [E19: entrevista varón, 27 años, propietario cafetería]

Multidisciplinariedad. De manera que se resignifique el término consumidor; sin recriminaciones ni condenas, abordando la situación con

acciones integrales y profesionales idóneos de todas las áreas sociales. Considerando además que por lo complejo del fenómeno, debe darse aportes desde diversas disciplinas de conocimiento, comprender la drogadicción como algo que debe asumir elementos de alteridad, por sus contrapropuestas que a veces se aproxima a lo cosmogónico, permitirá dimensionar el problema desde otras miradas.

"mirar al otro con unos ojos distintos a recriminarlo y maldecirlo y me parece que eso es muy valioso. Después como empezar a tener unas ideas de cómo tratar y cómo ayudar a la gente y cómo buscar los profesionales adecuados y los tratamientos adecuados para ayudarle a la gente". [E17: Entrevista mujer, 54 años, profesora artes]

"intervenir los que están iniciando, integral, multidisciplinaria, pero con personal bien capacitado, comprometido,...dependiendo del grado en que esté la enfermedad". [E01: Entrevista mujer, 48 años, profesora química farmacéutica]

Esa propuesta interdisciplinar, no sólo puede reclamar la presencia de aquellas áreas que se han visto como funcionales y que han trabajado sobre la temática y buscado resolverlas, sería interesante trabajar con áreas que problematicen desde el conocimiento la concepción que sobre la droga se tiene. Además, debe ser complementada por un trabajo intersectorial e interinstitucional.

"Todas esas estrategias las puede tomar la Universidad y la Universidad tiene el departamento de psicología. Otra parte que puede entrar a apoyar mucho lo de la psicología, sería educación y salud. O sea que podría hacerse entre esas facultades, programas que apoyen directamente al que tiene el problema y fuera de eso al que no lo tiene, le permitan, digamos, no caer en ese problema"...[E07:Entrevista mujer, 51 años, profesora salud pública]

"...acompañamiento particular que la Universidad, si puede estar en capacidad de brindar a quien lo necesite, pues, tanto a la persona que considere que tiene un

problema, que quiera pues, de alguna forma afrontarlo, ya sea desintoxicándose o rehabilitándose. [E10]

La investigación. Realizar estudios sobre los diferentes tópicos del consumo para definir políticas de intervención acordes a la realidad universitaria, se constituye en una necesidad actual que debe ser satisfecha, desde diferentes enfoques.

“hacer un estudio de cuál es la probabilidad de que una persona de un barrio subnormal consuma más drogas que en un barrio normal, sería más alto para mí, no sé. Aunque entonces mirando eso, la Universidad debería adoptar programas en esos barrios y... [E13: Entrevista varón, 25 años, estudiantes tecnología administración de salud]

“estamos en hora de hacer una investigación exhaustiva, sobre ¿qué es lo que puede hacer una intervención? [E04: Entrevista mujer, 43 años, profesora salud pública]

Las investigaciones que se realicen si bien deben tener en cuenta las áreas de conocimiento, que trabajan sobre factores de riesgo y bajo la concepción de enfermedad– epidemiología-, pero también deben permitir que otras ciencias se hagan preguntas diferentes sobre el fenómeno, pues se requiere analizarlo como un hecho social, que se encuentra por encima de los sujetos.

“hacer un estudio, no sé si sería epidemiológico, sobre qué tipo de, o sea sobre cuál es el número de personas que están con ese problema actualmente y ofrecer como un programa de rehabilitación, o psicológico para que se sometan a él los que están consumiendo; [E13: Entrevista varón, 25 años, estudiantes tecnología administración de salud]

Sensibilidad. La oficina de seguridad y vigilancia de la Universidad requiere de un equipo interdisciplinario, que sensibilice y oriente a sus

funcionarios encargados de la seguridad de la universidad que favorezca la convivencia, para que aprendan a tratar a las personas consumidoras de droga, desde sus especificidades y no las perciban como delincuentes, que habitan la universidad con el fin de favorecer la convivencia al interior de la institución.

“para manejar este tipo de situaciones tiene que ser un grupo de profesionales idóneos. La misma oficina de seguridad de la universidad necesitaría un grupo de profesionales, en todas las ramas. De pronto se podrían especificar la rama de la psicología, la rama de los pedagogos, es decir, un grupo de orden profesional, necesariamente sería el orientador de la seguridad en la Universidad. Los profesionales, podrían ser, diría yo, desde mi punto de vista: uno o dos profesionales de derecho, uno o dos profesionales de psicoorientación, uno o dos profesionales de trabajo social, uno o dos profesionales de educación, uno o dos profesionales de economía. Además, dar una orientación, desde el punto de vista político, económico y desde el punto de vista social, a la oficina de Seguridad Industrial de la Universidad” [E16: entrevista varón, 48 años, propietario de cafetería]

Solidaridad. Que permita el acompañamiento institucional para ayudar a la familia del consumidor en el proceso de comprensión de que el consumidor es un sujeto con valores, que se encuentra a travesando una situación, que se puede asumir como un problema o como un fenómeno, que desde la interacción subjetiva se puede manejar.

“el problema es complejo y si es complejo tiene que tener el apoyo de toda la familia y de todo su entorno interno y externo. La que se haga desde el núcleo familiar”, [E01: Entrevista mujer, 48 años, profesora química farmacéutica]

“la propuesta de trabajo es empezar de una vez a trabajar en el núcleo familiar. Que desde la familia se empiecen a atacar esas cosas. No recriminándoles a ellos, porque eso es lo que hace la mayoría de las familias, se dan cuenta de que tienen un hijo drogadicto y lo que empiezan es a recriminarlo, a atacarlo. En este caso lo que tienen que hacer es apoyarlo y mostrarles otras opciones y siempre y cuando lo entiendan y le brinden esa comprensión que él necesita en ese momento”. [E19: entrevista varón, 27 años, propietario cafetería]

Dialógica. De manera que se garantice el acercamiento y diálogo entre las diferentes comunidades de sentido que conviven en la Universidad, entendiendo que es mediante la palabra, con el intercambio simbólico, que logramos la comprensión de la realidad que viven los otros y los sentires que se generan en ellos.

"sería bueno acercarme y saber qué pasa ahí, qué es lo que siente, qué le genera, por qué le gusta, por qué lo hace". [E09: Entrevista mujer, 23 años, estudiante psicología]

"mi sugerencia sería también ofrecer, escuchar, qué opciones presentan, qué quieren, pero creo que eso es muy complejo". [E08: Entrevista mujer, 48 años, estudiante psicología]

Propositivas. Implementar terapias grupales e individuales de acuerdo a las necesidades de cada persona o grupo, donde puedan dialogar libremente sobre el tema, respetando el derecho a la confidencialidad. Así como también el fortalecimiento de las acciones preventivas menos represivas.

"como un acercamiento menos agresivo a los consumidores, a través de otras personas que no sean generalmente los vigilantes, que ya de por sí tienen una figura muy fuerte, sino a través de un grupos de personas que colaboren con ellos. Podría incrementarse, por ejemplo, como se hacen grupos de investigación, hacer un grupo de estudiantes, puede ser de consumidores y no consumidores, para que focalicen a estas personas y las empiecen como a orientar hacia los objetivos que quieran llevar. No sólo tener en cuenta los no consumidores, sino qué se va a hacer con el que está consumiendo, tanto la fase del que está empezando a consumir, del que está pues ya llevado, que la droga lo tiene ya es dominado a él, que ya por ejemplo es el que está alcoholizado, el que está ya muy drogado, que ya está casi en fases de destrucción, que está cercano a morirse. [E06: entrevista varón, 26 años, estudiante antropología]

Las posibilidades de interacción, en el campo de lo dialógico se da de manera más efectiva, entre pares, dado que entre ellos se identifican aspectos que tocan con sus mundos de sentido y se logra una interacción

más positiva, pues desde las similitudes que se generan entre pares es posible individualizar las razones por las que se consume.

“puede ser tu par, o puede ser simplemente alguien con quien has compartido y llega a involucrarte de su historia, ahí puedes coadyuvar porque te están autorizando... la posibilidad de charlar con estos grupos de jóvenes, conocer como qué piensan, conocer intereses, entrar un poco más en el sujeto” [E08:Entrevista mujer, 42 años, estudiantes psicología]

“individualizar el problema. ¿Por qué? Cada persona tiene una problemática distinta, es de un grupo de edad diferente y puede que esté consumiendo sustancias diferentes. Pienso que al paciente hay que mirarlo... de una manera individual y si ya tiene similitudes con otro, pues practicar terapia de grupo”. [E11: Entrevista varón, 47 años, profesora salud pública]

Las intervenciones no deben restringirse al campo individual, es necesario asumir que el consumo es un evento que se ve permeado por eventos de grupo, es un evento que se da de forma colectiva, algunos lo consideran hasta un ritual, es el encuentro con aquellos seres que efectivamente nos identifican, por ello se requiere que se den trabajos colectivos, grupales y no sólo terapias individuales.

“para el colectivo, tiene que existir un trabajo de tipo muy social, donde la gente pueda hablar libremente sobre la adicción....muchas terapias grupales. Para la persona una terapia individual [E04: Entrevista mujer, 43 años, profesora psicología]

“sería muy importante, si existe alguna intervención que lleven a las personas que tienen estos problemas de drogadicción; eso sería muy importante hacerlo a nivel universitario y que se guarde mucho el principio, que nadie más lo sepa, pues confidencialidad,” [E05: entrevista mujer, 35 años, estudiante sistemas de información en salud]

La necesidad de trabajar en lo individual y colectivo, aspectos como el autoestima, sentido de pertenencia, autoimagen, es decir, con satisfactores, que suelen proteger a las personas de diferentes

patologías sociales y, los lleva a que se asuman como seres que tienen un valor en sí mismo, se constituiría en un una buena respuesta al fenómeno o al problema de la droga.

“hacer sentir a la otra persona, que no necesita de ese medicamento para ser lo que es;” [E14: entrevista varón, 19 años, estudiantes química farmacéutica]

“poner más interés en el trabajador o en el empleado y brindar una ayuda personalizada, sí, y ponerle como más interés, que el trabajador se sienta importante en ese sentido y no con miedo, con temor, porque el trabajador o el empleado está tan metido ahí que así con temor de un proceso disciplinario... [E22: Entrevista varón, 43 años, aseo]

De acompañamiento. *Es importante para todos los seres humanos sentir que se cuenta con el otro, con el respaldo institucional en el momento en que se requiere; por ello, el personal de la universidad y los padres de familia, deben constituirse en las fortalezas, pues deben aprender a comprender la situación que afronta quien consume y, a partir de su contexto familiar y social poder brindar la compañía que los sujetos necesitan desde su niñez, y así evitar factores de riesgo.*

“es muy importante el acompañamiento del papá y la mamá, hablando del grupo familiar si todavía se conserva hoy en día, más el acompañamiento del maestro y el profesor de la secundaria. A nivel universitario sería más como de acompañamiento. La verdadera campaña, para este tipo de cosas, hasta donde uno sabe y ha escuchado, hay que iniciarla es con el niño, en la familia y en el colegio. Es muy importante esa unidad: hogar, colegio. [E11: Entrevista varón, 47 años, profesora salud pública]

“... la cuestión no es como castigar al individuo, sino como ayudarlo y acompañarlo, para que él entienda como su situación, porque lo represivo es limpiarse las manos y dejar ya el individuo con su problema aparte, incluso eso puede convertirse en un agravante para la persona. Acompañamiento a la persona durante su proceso. [E06: Entrevista varón, 26 años, estudiante antropología]

Psicosocial. Para favorecer la toma de decisiones frente a un fenómeno como el consumo de drogas y, hacerlo de manera responsable, es necesario fortalecer la autonomía, la autoestima y otros valores que tienen que ver con el sujeto, para que en el momento de asumir el consumo o no, se tenga la fortaleza social y psicológica, para sopesar la decisión con respecto a las consecuencias.

“tiene que ser una cuestión donde se trabaje mucho el afecto, la responsabilidad del individuo [E04: entrevista mujer, 43 años, profesora salud pública]

“Para mí sería más importante trabajar al individuo en su psique, cierto, un individuo capaz de tomar decisiones, seguro y eso le va a propiciar a él unos factores protectores, para él enfrentarse a ese mundo y saber decir no”. [E15: Entrevista mujer, 45 años, jefa bienestar universitario]

El trabajo que realiza la universidad, se presenta dirigido básicamente al trabajo psicológico, no hay un trabajo social, colectivo, donde se asuma que en la interacción entre las personas, se presenta otra alternativa para enfrentar el fenómeno de la droga; la respuesta que siempre se ha dado es psicológica.

“la forma más fácil de llegar a una persona que no es consumidora podría ser lo que se ha venido utilizando hasta ahora, una intervención psicológica pienso yo, conferencias, charlas, hacer como más énfasis en eso”. [E14: entrevista varón, 19 años, estudiante química farmacéutica]

“la Universidad podría intervenir ahí en esa parte dando asesorías psicológicas”, [E19: varón 27 años, propietario cafetería]

Educativas. Que parta de ese sentido amplio de la formación, en el cual el sujeto asume un proceso de enseñanza-aprendizaje, en espacios diversos donde transcurre su cotidianidad, desde esta perspectiva se entiende la educación como una actividad en la cual se encuentran

presentes diferentes actores en una interacción constante, que reclama un espíritu constructivista y dinámico.

“Tendría que empezar con la familia y educar desde la gestación y es un proceso muy lento porque ya es buscar una transformación de actitud” [E01: entrevista mujer, 48 años, profesora química farmacéutica]

Entre más temprano se haga esa educación o esas campañas, yo estoy seguro surten mayores efectos. [E25]

“...hacer una buena campaña con los muchachos que entran de primer semestre en todas las facultades, darles como una inducción o una claridad acerca de este fenómeno de las drogas,...” (GF05: Grupo focal)

“...hacer una intervención educativa para en realidad, proporcionarle al individuo las herramientas suficientes para que él sepa y pueda ser autónomo en su decisión” (GF04: Grupo focal)

Pedagógica. Que promueva una educación para el consumo responsable y ofrezca labores y actividades de interés, que impliquen compromiso y congreguen a todas las comunidades de sentido de la Universidad, en los espacios regularmente utilizados para el uso de drogas.

“La inversión que se está haciendo en represión, hacerla en educación”. [E22: entrevista varón, 43 años, aseedor]

“Entonces lo que debe hacer es que haya una orientación, más que represión; porque cuando se prohíben las cosas, con más ganas las hacen los muchachos. Entonces es darles más educación a la gente, informarles de los productos, de los daños que puede generar en la persona, cierto, en su comportamiento social y esos programas que no es de ahorita, de un momento, sino que tienen que ser seguido” [E07: entrevista mujer, 51 años, profesora salud pública]

Integral. A través del departamento de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la Dirección de de Bienestar Universitario y con la participación de los profesionales de las facultades de psicología y psiquiatría, enfrentar la problemática del consumo en la universidad a través

de las diferentes estrategias con actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

“desde el momento de la inducción a la vida universitaria, debía tratar de brindarle confianza a ese muchacho. Es decir, que llegó a una entidad, que se dice que tiene en un cierto grado de libertad, y que tiene además de su formación, tiene servicios de apoyo universitario y tiene servicio médico”. [E11]

“aquí hay un departamento de sicología y psiquiatría, pues, que tienen que tener una participación muy adecuada y de hecho, todos, todos tienen que hacer ahí un aporte grande y un aporte es mirar responsablemente qué es lo que nos está pasando con la drogadicción”. [E04:]

Primero identificando a los consumidores y buscar un acercamiento e intervenirlos de forma humanizada, con una temporalidad de acuerdo a las necesidades de cada persona, informando las posibilidades de intervención que brinda la institución a los estudiantes que ingresan a la universidad. Igualmente realizar la evaluación respectiva a los consumidores, con el fin de determinar las causas o motivos de consumo.

“la Universidad con esos profesionales con los que cuenta, debería como, adelantar campañas con las posibles personas que van a entrar a estudiar a la Universidad, a las personas que entran inmediatamente, que pasen el examen, una encuesta y si sale que tienen el problema, pues hacer un trabajo psicológico en esas personas. [E13]

“para enfrentar el problema de las drogas, hay que intervenir desde muchos puntos de vista. Desde el punto de vista, pues, normativo o punitivo; desde el punto de vista, como ya dije preventivo, de promoción para que la gente trate de no llegar a ellas, haciéndola consciente de los daños que puedan causarle, o si ya están en ellas de rehabilitación, con lo que la institución o el sistema de salud pueda ofrecer”. [E25: Entrevista varón, 50 años, directivo]

“intentar evaluar las problemáticas de por qué consume la gente, qué es lo que ellos están buscando”. [E06]

En un primer momento, las personas reclaman campañas contra el consumo de drogas en la universidad, y desde la lógica de las campañas se reclama, como es la erradicación del problema o el desplazar a quienes lo

causan, es necesario comprender que en este caso, se debe trabajar con otras lógicas.

“hacer un diagnóstico, tratar de identificar cuáles serían las principales causas o actitudes” [E01]

“Prevención, para aquellas personas que no son drogadictas, o corregir, o rehabilitar a las personas que ya lo son”. [E14]

“algún tratamiento dentro de la misma Universidad” [E26: Entrevista mujer, 48 años, secretaria administración]

Desde lo pedagógico, no se puede asumir realizar campañas que se dirijan a la erradicación del consumo de drogas en la universidad, porque se ha podido observar que dichas campañas, suelen tener efectos a veces contradictorios, muchas veces como una respuesta al manejo del discurso que se da desde las campañas; por ello hoy se debe trabajar sobre estrategias que trasciendan y, se instalen en el campo estructural, en ámbitos que superan la universidad y se ubican en contextos más amplios de formación integral de los sujetos, con principios de autonomía, libertad y responsabilidad social. Es decir, educar para un consumo responsable.

“Entonces hay que atacar esos puntos, en los que las personas los llevan a consumir drogas en cualquier momento”. [E13]

“Tiene que hacerse una estrategia de larga duración con diferentes actividades”. [E07]

Yo creo que eso debe partir de todas las instituciones educativas; es decir, no prohibir las drogas, sino como mostrar qué puede hacer una persona y hasta dónde puede llegar. Si se toma esa opción de que la gente lo va a consumir, entonces decirle bueno, ya que usted va a consumir, esto es lo que le va a suceder. Manejar la otra pauta, como decirle bueno está bien consume, pero regule, contrólese usted mismo. Sería como una educación para el consumo. Aquí se hace educación es para no consumir; si a una persona le dicen: usted puede consumir alcohol hasta cierta etapa, mostrarle cómo va todo el proceso y ya es decisión suya si quiere degenerarse o únicamente quedarse como en el disfrute, como en el placer. Como mostrarle las etapas, [E06: entrevista varón, 26 años, estudiantes antropología]

“aquí hay un departamento de psicología y psiquiatría, pues, que tienen que tener una participación muy adecuada y de hecho, todos, todos tienen que hacer ahí un aporte

grande y un aporte es mirar responsablemente qué es lo que nos está pasando con la drogadicción”. [E04:]

“Daría toda la fortaleza a la promoción y prevención, en campañas”. [E25]

“darse un tratamiento más humanizado” [E04: entrevista mujer, 43 años, profesora salud pública]

Normalización. Algunos entrevistados propusieron continuar aplicando las actuales medidas sancionatorias, que éstas se den de manera progresiva, haciéndolo como señal de autoridad. El cumplimiento de las normas, es algo a lo que la institución no puede renunciar, el control de la entrada y salida de vehículos y personas de la universidad, se ve como una norma indiscutible. Sin embargo, es una norma que se queda en eso en la prohibición, sin entrar a considerar otros aspectos de mayor relevancia como son los trabajos y actividades de promoción y prevención, que podría llevar a que esas medidas restrictivas llegaran a ser innecesarias.

“Primero sería un llamado de atención, segundo un llamado de atención a la hoja de vida y el tercero si la persona realmente no se ha concientizado de que se está haciendo un daño, pues entonces que se lo haga él solito, pero que se lo haga afuera, que respete al menos las otras personas que están alrededor de él y que respete las otras personas de la institución. Y si ya incurre en una tercera vez, es una persona que está demostrando que no está apta para convivir, para trabajar o para compartir un espacio dentro de esa institución; que se vaya”. [E19]

“Como política, antes de aplicar la norma disciplinaria, es, es brindar la ayuda de corrección al problema”. [E22]

“Hay que especificar qué libertades hay en la Universidad y hacerlo sin dictadura, pero especificar qué libertades no hay en la Universidad”. [E24]

Quienes observan el consumo de drogas como un problema, plantean que la alternativa para el manejo es mantener las medidas punitivas e incluso intensificarlas, pues el hacer cumplir las normas es

la forma en que se puede hacer que el consumo desaparezca o al menos se reduzca en el campus.

“...la Universidad no es sitio pa (sic) consumo y debería de decir aquí no se debe, pero no así a manera general, eso debería ser muy controlado, en cada unidad académica”. [E01]

“En la parte punitiva, pues, sostener las medidas, porque como autoridad de la Universidad, pues, tengo que cumplir y hacer cumplir las normas; desde el punto de vista normativo, sancionar a las personas que, distribuyen, o la consumen al interior de la Universidad” [E25]

“No sé. Pues, sí sería bueno que, como una medida como de disminuir la incidencia de consumidores que hagan más control por parte de la Universidad en ese aspecto de estar fiscalizando la entrada y la salida de drogas y también la gente que consume por ahí, que pongan vigilantes o algo para que no se dé mucho”... [E13]

“Hay muchas cosas por hacer, vigilar por ejemplo, vigilar la entrada de vehículos que no pertenecen aquí a la Universidad, de gente que ni trabaja, ni estudia” . [E23]

“Si debe haber lineamientos restrictivos para el consumo de drogas dentro de la Universidad... pienso que de pronto a veces sí hay necesidad de restringir”. [E19]

“Una vigilancia estricta sobre los lugares como el aeropuerto, etc.” [E24]

Otras medidas alternativas

Es frecuente encontrar personas que plantean diversas alternativas, para enfrentar el consumo de drogas al interior del campus; algunos proponen considerar el recuperar espacios destinados hoy para el consumo, mediante actividades lúdicas que acerquen a otras personas a estos lugares, construyendo así espacios de encuentro que no afrenten por su ocupación.

“A mí me parece que es un problema que habría que buscarle soluciones, alternativas”. [E07]

“Por qué no se coge ese espacio (el aeropuerto) y se hacen programas, conversatorios, tertulias, donde se proponga algo, es decir, hagamos algo en común que congregue y no solamente la droga”. [E12]

Con respecto a otros espacios y desde otros actores la idea es la opuesta, es hacer de espacios que fueron creados para la recreación, lugares libres de normas y, que se les permita el consumo de licor de manera moderada.

“Crear ciertos lugares o espacios dentro de la Universidad. Ah, o ciertas actividades que permitan como un desfogue de pronto de esa necesidad que les genera. Manejar como espacios a nivel de lo que es el teatro al aire libre, ahí se podrían como niveles de tertulia, que se permita un consumo de alcohol moderado. Pues son cosas como ir a tomar un café allí o algo así”. [E06]

Lo complejo del fenómeno, lleva incluso a planteamientos, como el considerar la universidad como ese espacio de la ciudad, donde el consumo es algo permitido.

“En lo personal, yo optaría por considerar la Universidad como ese espacio público que no te brinda el resto de la Ciudad”. [E20]

La otra propuesta que trasciende la idea de espacios, es pensar en otras alternativas de adición, de crear mundos alternos, de llevar a estados de conciencia diferentes, y una de ellas es la literatura; incluso ofrecerle la posibilidad de ocupar su tiempo libre en actividades afines con la academia.

“¿Por qué no le ofrecemos otra adicción? Para mí fue un libro. Es ofrecerle algo a ese sujeto, pero no algo material, ¿me entiende?, sino ofrecerle algo a ese sujeto, ofrecerle la oportunidad de que se comprometa con él mismo. Ofrecerle algo, ve así sea guardando libros en la biblioteca, pero ocupando el tiempo” [E12]

Resiliencia. La resiliencia es asumida como aquella propiedad, que permite que cuando alguien es sometida a presiones extremas, esta persona tenga la capacidad de superar la situación y salir fortalecido de

ella; para algunos, los consumidores pueden constituirse en personas que aporten al análisis del fenómeno, desde sus vivencias; sin embargo, otros piensan que el adicto siempre va a ser una persona que tiende a recaer en el consumo. Por ello, es difícil hablar de resiliencia en este caso como se propone en la siguiente cita:

“Uno tiene que tener en cuenta que la persona que es drogadicta siempre es propensa en volver a retomar ese vicio, entonces es mejor hacer como algo de prevención, aprender a manejar los problemas y saber sobrellevar las dificultades”. [E13]

Legalización de la droga. Para algunos, la manera de acabar con el problema de la drogas, no sólo dentro de la universidad, sino en todos los espacios de la ciudad y en muchos países del mundo es su legalización; el fenómeno droga responde a diversos y complejos aspectos socio-culturales, pero el problema droga, parece estar más en el espacio de lo económico; las diversas patologías sociales que acompañan a la droga, se dan dentro de los espacios de distribución y monopolio de mercado.

“Hagamos de la droga un negocio menos rentable (legalización) y seguramente se van a desbaratar lo demás, como castillos”. [E21]

Respeto por la autodeterminación. Propende por el cumplimiento de los derechos fundamentales consagrados en la constitución política, como la autonomía, entendida como la posibilidad de la autodeterminación y el libre desarrollo de la personalidad, pero con responsabilidad informada.

“Es respetar de pronto el libre desarrollo de la personalidad y eso implicaría que el que consume marihuana lo haga y teniendo en claro los límites, dosis de pronto personales, consumos en qué lugares, qué días. Las charlas permanentes, bueno, llegando a concientizar a la gente de que por cierta autonomía ya ellos decidan, bueno en la Universidad no voy a hacerlo, yo veré dónde. O si lo hace en la Universidad, bueno, qué espacio voy a asignar para esto”. [E20]

“si va a consumir, consuma, pero regulado y que tengan como sus objetivos, para que no se dejen llevar por las drogas. O sea que el individuo tenga como conciencia de poder controlar eso. [E06]

6. Discusión.

En este capítulo se controvierten los hallazgos sobre las dimensiones emergidas de la percepción que los entrevistados perciben de las drogas y sus intervenciones en la universidad de Antioquia.

6.1 EL TÉRMINO "DROGAS" COMO SIGNIFICANTE

La acepción de un concepto, es el elemento que le brinda la significación a una palabra, el uso cotidiano de este permite asumir la idea más difundida del mismo; por ello, se entiende regularmente como la noción social más aceptada. En este caso el precepto droga, es entendido como ese mecanismo que permite obtener bienestar. Es así como el significante parte desde la idea de un medicamento utilizado como un elemento para restablecer la salud, hasta las sustancias psicoactivas utilizadas para entrar en estados alterados de conciencia, las cuales algunas veces son manejadas por la medicina como una alternativa terapéutica.

La Universidad de Antioquia, como un contexto local se caracteriza porque las comunidades de sentido que la conforman han construido principalmente dos significantes para referirse al consumo de drogas: *Problema y fenómeno*, ambos significantes se forman en la interacción entre historia personal y contexto sociocultural, la que incide en el tipo de

experiencias que vive el sujeto y en consecuencia en los significantes que él construye.

Respecto al hallazgo sobre los antecedentes de inicio de consumo de drogas, percibido por la mayoría de los entrevistados, provenientes de la época escolar, movidos la mayoría de veces por la curiosidad y por la promesa de un cambio en su estado de ánimo, es confirmado en la investigación realizada por la Red para la investigación, formación y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el escenario universitario (RED UNIR), en 11 universidades públicas y privadas de Medellín. En ésta se encuentra que la procedencia escolar amplía el panorama de comprensión de la relación del consumo de drogas y la construcción de identidad en la vivencia universitaria, puesto que permite profundizar en las formas de relacionamiento que el sujeto ha construido en su historia y sus antecedentes escolares. Por lo tanto, el consumo de drogas no se desprende directamente por la condición de universitario como lo han manifestado algunos observadores de las instituciones de educación superior públicas. Son muchos los entornos y ambientes que favorecen su inicio en edades cada vez más tempranas; no obstante quienes ingresan con el consumo, encuentran en el entramado de ofertas y nuevas relaciones, el espacio propicio para continuar con el consumo. También la referencia de la vida universitaria como un espacio de libertades, de diversión y de

crecimiento incide para aquellos que por primera vez experimentan las drogas en la universidad²³².

En este sentido, Amando Vega evidencia la importancia de analizar los diferentes factores culturales, políticos y económicos, que envuelven tanto a las sustancias como a las personas que las consumen, para comprender el fenómeno de las drogas en toda su complejidad. Además señala que la perspectiva individualista lleva a un callejón sin salida puesto que pone toda la responsabilidad en el consumidor, teniendo en cuenta que éste es una víctima de condicionamientos sociopolíticos, sin negar su responsabilidad. El mismo autor insiste en encontrar repuestas coherentes a una política internacional alejada de los verdaderos problemas del consumo de drogas²³³.

La percepción de Vega no se alejan de los aspectos observados por Gamella, donde a través de sus diferentes estudios ofrece una visión pluridimensional en relación con las topologías de uso de las drogas, que van desde las formas de uso “experimentales” hasta las formas ocasionales y “sociales”, refiriendo que es muy frecuente el uso recreativo de algunas

²³² Red para la Investigación. La formación y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el escenario universitario (Red Unir). La vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas. Medellín: Fundación Universitaria Luís Amigó; 2009. p. 57

²³³ Vega A. Drogas: Qué política para qué prevención. Bilbao: Gobierno Vasco. Dirección de drogodependencia. 2002.p.15

drogas como el café, el alcohol y el tabaco, frecuentemente usadas en reuniones sociales y aún, en celebraciones o festejos de carácter religioso.

La conocida relación entre diversión y consumo de psicoactivos es confirmada en estudios realizados por Gallego, Hofstadt, Estévez, López y Castillo en 2001, y a la representación que tienen los jóvenes de las drogas, al asemejarlas a las relaciones sociales cuyo común denominador son las actividades lúdicas como bailar e ir a discotecas. Esta relación también es confirmada en estudios de Alarcao en 2000 y López en 2007.

Igualmente se evidencia en el estudio realizado por la Red Unir en 11 universidades de Medellín, que el contexto histórico, cultural, social y lingüístico y los vínculos con las demás personas son los determinantes en las expresiones, las acciones del ser universitario. En ellas las identidades se construyen a partir de los colectivos que valoran su diferencia a la vez que se sienten protegidos por ella con algunas singularidades, dependiendo la naturaleza jurídica de las instituciones de educación superior (pública, privada). En la universidad privada la construcción de identidad se basa en valores relacionados con estilos de vida y en maneras de ser y estar. En cambio, en las universidades públicas la diferencia asume un carácter enriquecedor, se describe lo diferente de manera próxima y cercana. En las instituciones privadas el reconocimiento a la diferencia se expresa de

manera funcional; es decir, la convivencia obligada con el diferente se resuelve neutralizando cualquier tipo de contacto²³⁴.

Sin embargo, estos hallazgos, contrastan con el análisis realizado a los estudios sobre consumo de drogas, basados en la teoría de representaciones sociales en países latinoamericanos, donde en el proceso de construcción de éstas, no enmarcan el proceso mayor de cambio cultural que hoy se vive y afecta particularmente el mundo de los jóvenes²³⁵.

Droga como problema. Los juicios morales del sujeto están relacionados con variables sociales y económicas; juicios que le permiten esgrimir argumentos científicos, liberales y judiciales para construir los dos significantes señalados. Cuando se define a la droga como problema, el sujeto se instala en la posición de juez; si se refiere a las “drogas” como fenómenos, su lugar es el de observador.

Estas dos enfoques evidenciados en los hallazgos del presente estudio, contrastan con la perspectiva para abordar el tema de “problema de drogas” en el estudio sobre el estado del arte de toxicomanía en los países de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, realizado por el centro

²³⁴Red Unir.op.cit.p.41

²³⁵Drogas en América Latina. Estado del arte de estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia Chile y Ecuador. Santiago de Chile: Jorge Baeza Correa; 2008.p. 219

coordinador de la Federación Internacional de Universidades Católicas. En este estudio se presenta la tendencia a homogeneizar el “problema de las drogas” como si fuera un mismo fenómeno universal, atemporal y ahistórico, cuando se trata de un fenómeno plural con variadas manifestaciones según el momento histórico, la cultura, el modelo económico y la situación particular de cada país; la realidad es que los diversos significados que le asignan los sujetos y sus diferencias entre las sustancias, obedecen precisamente a lo temporal e histórico. Esta mirada es ratificada con estudios financiados generalmente por los Estado, donde la tendencia es mirar las drogas como una sustancia prohibida y su uso como una conducta desviada. En algunos casos justificada por una línea policiaca y en otros, una línea terapéutica²³⁶.

Drogas como fenómeno

En la presente investigación se refiere a las explicaciones que los entrevistados sugieren sobre la interacción del sujeto y las drogas, de cierta manera aceptando su permanencia con ciertas características del lugar. Es decir se asocia a un contexto socio-cultural que reclama desde los espacios acordes con el entorno, respetando las libertades individuales.

²³⁶Drogas en América Latina. Op.cit. p.210.

Este hallazgo se confirma en el estudio de la Red Unir, donde el sujeto se configura desde dimensiones que le dan contenido: la palabra, otorgando una dimensión lingüística; la cultura, aportando una lugar de pertinencia y su condición antropológica; la dimensión social en la que el sujeto ejerce sus roles y creencias; la histórica y geográfica que lo ubica en un espacio determinado²³⁷.

Respecto a las posturas liberales frente al consumo de drogas durante la vida universitaria, en el estudio anteriormente citado se relativizan la percepción de acuerdo con las condiciones y criterios que se tengan dentro del espacio universitario; es decir, su uso se admite de acuerdo con el tipo de sustancias consumida en tanto entrañen mayor o menor peligrosidad, daño físico o social. Por ejemplo, se censura el consumo de heroína, el crack, el bazuco por considerarlas altamente adictivas por su elaboración química, mientras que el uso del alcohol, marihuana y la cocaína por no presentar en el imaginario de ellos, una amenaza es aceptado por su condición de “natural”. La diferencia en la aceptación radica en la característica de ser sustancia química o natural.

²³⁷ Red Unir. op cit.p.41.

Estructuras de significación de las drogas

En relación con las tres principales estructuras de significación presentes en los significantes reconocidos en la presente investigación: *Conocimiento*, *Causas del Consumo en la Universidad* y *Causas del Consumo en General*, muestra que las referidas al conocimiento provienen de la ciencia y el sentido común; es paradójico que en un espacio universitario, como lo es la Universidad de Antioquia, prevalezcan las estructuras del sentido común que las provenientes de la ciencia.

Sobre las causas del consumo en la Universidad se observa que las estructuras de significación se arraigan en la vigencia del significante problema o fenómeno. El consumo en general, fue explicado a través del énfasis en la "disfunción" de la *Familia* o del *Sujeto*. Estos hallazgos se confirman en los estudios analizados por la Fundación internacional de Universidades Católicas en el que presenta un conocimiento existente de un conjunto amplio y complejo de factores protectores y de riesgo frente a un posible consumo de drogas. Dentro de ellos, se cita el entorno social, donde el joven constituye una variable central, por lo que se exige hacer diferencias entre distintas realidades juveniles. Por lo tanto, se presentan jóvenes con suficiente red de apoyo; y otros, se encuentran en situación de total desprotección, puesto que se encuentran inmersos en situaciones de riesgo personal, relacional y social. Se acepta, sin embargo, que estos

factores de riesgo no son estrictamente las causas de consumo de drogas sino que constituyen variables predictivas²³⁸.

Sujeto con autonomía. En el presente estudio se describe por algunas personas al “consumidor” como un sujeto que puede actuar responsablemente de acuerdo a su autodeterminación y por lo tanto, se propone permitir el consumo de dosis personal de ciertas sustancias al interior de la universidad. Este hallazgo confirma las consideraciones realizadas por la Corte Constitucional Colombiana en la sentencia C-122 de 1994, que defiende los principios: del libre desarrollo de la personalidad y la autonomía de los individuos para tomar sus propias decisiones, establecidos en la constitución Política Colombiana y por ello despenaliza el consumo de la dosis personal.

Igualmente, en el estudio realizado en 11 universidades de Medellín, las posturas liberales frente al consumo de drogas en el marco de la vida universitaria, relativizan la percepción de acuerdo con las condiciones y criterios que tengan dentro del espacio universitario. Es decir, el uso será admitido dependiendo del tipo de la sustancia consumida en tanto entrañen menos y mayor peligrosidad, daño físico y social²³⁹.

²³⁸Drogas en América Latina. Op.cit.p.212-213.

²³⁹Red Unir. Op.cit.p.95.

En este estudio llama la atención las referencias sobre el proceso de autonomía y la relación con los consumos, que hacen las diferentes instituciones consultadas. Se cree en el individuo libre pero se sugiere restringir la libertad; se piensa en la independencia, pero se buscan los grupos de amigos para sentirse protegido; se apela a la diferencia pero se busca un grupo con el cual uniformarse²⁴⁰.

Una de las conclusiones del estudio en cita, considera que en el contexto universitario, en el que confluyen entidades, diversidades, estatus y percepciones relacionadas con el relajamiento y la diversión, el consumo de drogas cobra un sentido especial, la "conquista" de la autonomía, entendida como la pérdida de controles familiares y la apropiación de actividades y actitudes adultas.

Efectos de las drogas. Con relación al consumo de drogas se identifican principalmente cuatro efectos: *Restablecimiento*, *Riqueza*, *Trasgresión* y *Muerte*. Contrasta este hallazgo con el estudio latinoamericano de drogas cuando se considera que el consumo de "drogas" es un efecto directo de distintos factores, siendo los de carácter psicológico e individual los de mayor relevancia; muy pocos estudios se interrogan y/o reconocen que pueden existir factores socioculturales o familiares generadores de de

²⁴⁰ Red Unir, Grisales C, Toro J. La vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas. Medellín: Red Unir; 2009.p.102

conductas de uso, consumo o adicciones a las drogas. Sin embargo, al indagar sobre los efectos o *consecuencias de uso de drogas*, se visualiza la *preocupación por los daños personales y sociales del consumo*^{241, 242}.

De otra parte, en un estudio de representaciones “positivas” y “negativas” sobre consumo de éxtasis, se evidencia que el consumo de esta sustancia también puede presentar riesgos, superando las ventajas a los inconvenientes²⁴³. Este resultado también es ratificado por estudios de Anderson y sus colaboradores/as realizado en el año 2007, al mostrar el equilibrio que establecen los jóvenes sobre las ventajas y desventajas de consumir drogas.

En el estudio de la Red Unir también se encontraron percepciones de carácter negativo acerca de consumo de drogas ilegales, aversiones profundadas donde se transfiere al consumidor la conducta delictiva que se asigna a quien trafica, ubicando al consumidor en el lugar de delincuente. En el estudio en cita, también se identificaron juicios contradictorios frente al consumo de drogas ilegales, criticando el acto de consumo, puesto que esta práctica según ellos, merece sanción social, pero sin tener una posición clara

²⁴¹Drogas en América Latina. Op cit.p. 216.

²⁴²Gómez Moya J, Valderrama Zurian JC, Girva Camares T, Tortajada Navarro S, Guillot Mosteri J. Mujeres dependientes de alcohol o cocaína: un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa. conclusiones. Rev Adicciones 2008, 20(3): 237-244.

²⁴³Méndez JF, Lombana L. Representaciones “positivas y negativas” sobre el éxtasis en un grupo de consumidores en Coimbra, Portugal. Rev Adicciones 2008, 20(1):86-87

a la hora de relacionarse con los consumidores. Para algunos, lo censurable no tiene que ver con la frecuencia del consumo, pues la sola experimentación desdibuja al sujeto como persona respetable, representándolo socialmente como un “vicioso”.

6.2 Representaciones sociales de las drogas

Se identificaron representaciones sociales de las drogas: primero, las drogas como medio, que tienen que ver con el aspecto socializante, cuando se resalta la sociedad; segundo, las drogas como búsqueda de sentido de la vida, que pone en escena al sujeto. Ambas representaciones se unifican en torno a la importancia de la propia vida y la colectividad.

En el estudio de la Red Unir se relaciona el consumo de drogas con la necesidad de interacción social, dentro y fuera de la institución y su vinculación con las actividades recreativas o lúdicas. Por tal razón, se denominan así mismos consumidores sociales, justificando el consumo como algo normal²⁴⁴.

En el mismo estudio se enfatiza el peso de la socialización como la finalidad de la búsqueda de consumo; esto se refuerza incluso por jóvenes o consumidores. Los amigos y los espacios construidos cobran mayor

²⁴⁴Red Uir.op cit.p.119

importancia. En algunos casos es muy visible la necesidad de imitar a los demás, como forma de alcanzar aceptación y pertenencia. En la universidad, el espacio social está por conquistar y tiene mayor influencia en el sujeto.

Igualmente, se demuestra que las fiestas, en sus diferentes formas, se constituyen en escenario de socialización como expresión de vivencia universitaria; los negocios de diversión en los que la música y el baile ocupan el centro, son espacios también vinculados mediante tiempos de consumo continuo y colectivo. Por ejemplo, la rumba electrónica convoca a un grupo particular de estudiantes; ésta es la más asociada con el consumo abierto de drogas como el popper, el perico (cocaína) y el éxtasis, su uso es considerado normal. De igual manera, en las rumbas o fiesta “alternativas” donde se escuchan ritmos antillanos, como el reggae, además de rock, la marihuana es la sustancia de mayor consumo, por su valoración de elemento natural, aunque en círculos cerrados se consume perico. Para los denominados “alternativos” consumir o no, es un asunto que no es visto como problema²⁴⁵.

De la misma manera, esta percepción es confirmada en otro estudio sobre representaciones sociales realizado por Páez, en jóvenes de Bilbao, donde se evidencia que el consumo de psicoactivos se convierte a menudo

²⁴⁵ Red para la investigación, formación y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el escenario universitario (RED UNIR). La vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas. Medellín: Fundación Universitaria Luís Amigó., 2009, p. 49-50.

en un des-inhibidor social que provoca relaciones sociales asertivas, intensificando el placer físico y social y posibilitando la adhesión al grupo social²⁴⁶.

Resulta importante resaltar que el territorio es una forma dinámica de adscripción al espacio donde se relaciona sujeto-objeto y vida social. Sobre el consumo de drogas, los estamentos universitarios reconocen algunos espacios específicos a su interior para el consumo de drogas: Son algunos de ellos, el “aeropuerto”, los alrededores de la facultad artes, el teatro al aire libre etc.

Este hallazgo es confirmado por el estudio de Red Unir, en el que evidencia algunos espacios internos y externos de las universidades de la ciudad, en función de la socialización para el consumo de drogas lícitas e ilícitas, que dotan de sentido las maneras de habitar, de entender y vivir su paso por la universidad. Para muchos profesores, empleados y estudiantes entrevistados en la investigación referida, la universidad está cargada de emociones derivadas de las experiencias y sentimientos que propicia la permanencia en este espacio, que representa para ellos “su segunda casa”; esta vivencia para algunos se relaciona con la sensación de seguridad que les genera la pertenencia a la institución.

²⁴⁶Basabe N; Páez D. Los jóvenes y el consumo de alcohol. Representaciones sociales. Bilbao: Ayuntamiento de Bilbao. Servicios de salud y consumo. (SDF).

Frente a estos espacios como el “aeropuerto”, el estudio anteriormente citado evidencia también, otras percepciones polémicas y contradictorias, asociadas con los excesos, la indecencia y la peligrosidad, características que según algunos, no es compatible con el hacer de la universidad, es decir, con la academia. En las universidades públicas y privadas con amplias zonas al aire libre – espacios verdes, escenarios deportivos y grandes bloques- facilitan el aislamiento y el consumo; estos espacios resguardados permiten el tránsito de personas y de vigilantes. Caso contrario ocurre en las universidades pequeñas, carentes de este tipo de espacios que solo permiten el uso de sustancias que no delatan por el olor; por ejemplo, el popper, las pepas –anfetaminas, benzodiacepinas y ansiolíticos-, sustancias que se consumen generalmente, en espacios cerrados.

6.3 Mundos de referencia de las drogas

Como efectos de consumo se reconocieron: *el restablecimiento*, relacionado con el hecho de que el consumo altera el estado de conciencia del sujeto y lo hace más jovial; *la acumulación de riqueza*, vinculada al narcotráfico, bien sea por el cultivo, producción y/o comercio de las drogas;

la trasgresión, en el sentido que el sujeto se aleja del modelo socialmente ideal; y *la muerte*, se relaciona con el desenlace final, es decir, cuando el consumidor desborda su consumo.

La acumulación de riqueza. Se refiere a la importancia perceptiva que se concede a la riqueza vinculada al narcotráfico, con sus efectos negativos sobre el conjunto social; este hallazgo es evidenciado en un estudio realizado en universitarios de la ciudad de Madrid, España, donde muestra que las representaciones sociales sobre las drogas están asociadas a las problemáticas más profundas y estructurales definidas como situaciones económicas, que inciden en el ámbito de lo social, no sólo en lo local, sino en lo internacional, en donde este elemento económico se articula con el terrorismo, la comercialización y tráfico de drogas²⁴⁷.

Con respecto al comercio de drogas al interior de la universidad, la red Unir también puso de manifiesto la presencia de estructuras oscuras dentro de la universidad que definen esquemas de comercialización, dada la presencia de redes urbanas que acompañan el propio conflicto de la ciudad. Este hallazgo confirma la percepción que tienen algunos entrevistados del presente estudio sobre la venta de drogas al interior de la institución. Las drogas vistas como un negocio es una perspectiva analizada y discutida en

²⁴⁷Ruidiaz C. Universidad y drogas. Madrid: Comunidad de Madrid, Agencia Antidroga, 1998. P.17–20.

la universidad de Antioquia, mientras que en otras universidades de la ciudad, este tema no se encuentra en la agenda de discusión.

La muerte. Este efecto se presenta como consecuencia fatal cuando el problema se agrava por el consumo excesivo, presentando cuadros de adicción o dependencia. La muerte se presenta como auto-infligida (suicidio) o bien ocasionada por terceros (homicidio). Este efecto es considerado como una consecuencia grave, en el estudio sobre actitudes y representaciones sociales de las drogas en España, donde se destaca la estrecha relación del consumo de las drogas con situaciones problemáticas para la salud, donde finalmente el consumidor compulsivo, puede llegar morir a causa -directa o indirecta- de su propio uso de las drogas²⁴⁸.

6.4 El termino intervención como significativo.

Con relación a las intervenciones se identifican tres significantes principales: *la acción*, referida a la necesidad de actuar; *la mediación*, entendida como la autoridad administrativa, técnica o científica que están en condiciones de intervenir; y *el Cambio*, resalta la necesidad de corrección o modificación.

²⁴⁸Páez D. Actitudes y representaciones sociales. op Cit.p.18–20.

Los tres significantes tienen en común, que reconocen la necesidad de la participación en las intervenciones de personas con otras miradas disciplinares, con autoridad técnica y científica que reconozcan y potencien el sentido cultural y social de la práctica y maten la legalidad e ilegalidad y demás tensiones que surgen al momento de tratar el tema. Por lo tanto, en la universidad es urgente empezar a dimensionar el concepto con una mirada diferente, desde una perspectiva más humanística, donde se asuma lo humano, lo social y lo ontológico en el consumo de drogas.

Es importante retomar en el tema de las intervenciones en un contexto universitario, el hallazgo más significativo del estudio de la Red Unir en el sentido que el consumo de sustancias psicoactivas en la mayoría de las universidades objeto de estudio, ocupa el nivel de uso social y representa para ellos un medio y no un fin en sí mismo. Esto conduce a la universidad a elaborar y ejecutar intervención más coherente con la realidad universitaria.

6.5 Estructuras de significación de la intervención

Cuando se indaga sobre las estructuras de significación presentes en la construcción de los significantes propuestos se encuentra principalmente el *Paradigma Prohibicionista* que estructura significaciones de objetos y

conductas ilegales y hasta delictivas que merecen recriminación y sanción, incluso, de manera autoritaria.

En la universidad no existe consenso en la legitimidad del régimen prohibicionista y por eso existen tensiones entre los miembros de las comunidades de sentido existentes. Quienes están de acuerdo con este paradigma, presentan la Universidad como un espacio con una “valoración social” del conocimiento, en la cual el consumo de todo tipo de sustancias adictivas, no tienen razón de ser. Para las personas que apoyan este enfoque es necesario limitar la distribución y consumo de drogas dentro de este espacio, pues si se desea consumir se debe realizar en lugares diferentes al campus. Ante esta percepción es necesario tener presente que los universitarios de la ciudad, conciben espacios para el consumo de drogas, adentro y afuera del campus

La concepción del – paradigma prohibicionista – muestra la idea de concebir el consumo de drogas como un acto delincuencia, es la propuesta de criminalizar a todos aquellos que por diferentes razones consumen drogas ilegales al interior del campus. Esa criminalización lleva necesariamente a asumir una respuesta punitiva, es decir, que los consumidores sean sancionados socialmente, castigados y tratados coercitivamente. Este enfoque represivo, es confirmado con la posición que se observa en la

mayoría de estudios analizados en la investigación latinoamericana sobre las drogas, especialmente cuando los estudios son financiados por los Estados²⁴⁹.

Sin embargo, quienes asumen que la universidad es un espacio público, además de constituirse en un lugar plural, defienden el consumo de drogas al interior de ella e incluso lo reclaman como un lugar de libertad. Estas comunidades de sentido, no ven el consumo como un problema, sino como un fenómeno que se encuentra en la sociedad y permea las diferentes instituciones entre ellas la universidad. Consideran que los problemas sociales ligados al fenómeno de la droga, se deben básicamente a la no legalización de la misma.

Además, el derecho al consumo se encuentra enmarcado en el régimen de libertades; por ello, en una institución estatal de características laicas, no se debe permitir la persecución contra los consumidores. El libre desarrollo de la personalidad, acompañado de los principios morales de autonomía e independencia, se constituyen en los argumentos por naturaleza de quienes defienden el consumo de drogas al interior del campus.

²⁴⁹Federación Internacional de Universidades Católicas. op cit.p.210.

Pero también contrasta con la posición de todos aquellos autores que han ido constando que la guerra contra las drogas es un rotundo fracaso, no solamente sanitario y humanitario, sino en lo que respecta al control del consumo y la provisión. El hecho de haberla criminalizado, ha generado mayores costos humanos y materiales, superiores a los costos asociados con el consumo de drogas²⁵⁰.

En este sentido, Vega expresa que los modelos orientados hacia el control y el tratamiento no han sido capaces de solucionar los conflictos generados con las drogas y las drogodependencias. Por ende es necesario desde lo complejo del fenómeno, plantear otros abordajes que provean alternativas, que lleven a comprender desde los jóvenes y su necesidad de adaptarse a los entornos las razones para el consumo de drogas dentro del campus.

Los condicionales negativas como el rechazo, la prohibición y la exigencia de la abstinencia no parecen dar solución, dado que la prohibición a las sustancias no propone a las personas elementos, que son básicos en la construcción de nuevas representaciones como los espacios de comunicación. Posibilitar la construcción de identidad o de adaptarse a

²⁵⁰De Remetería I. El fracaso humanitario y humano de la guerra contra las drogas: las externalidades negativas. En: La guerra de las drogas: cien años de crueldad y fracasos sanitarios. [Sitio en Internet]. Rev Nueva Sociedad [Consultado agosto 24 de 2009]. julio-agosto 2009, 222.p. 76. Disponible en: <http://www.nuso.org>.

nuevos entornos, permite crear estructuras y procesos en los colectivos que se contrapongan al consumo de drogas desde las funciones que se le asignan a éstas, en la construcción de las representaciones sociales.

La prohibición emerge casi siempre desde la costumbre sin permitir que en ella se inserten representaciones del discurso, que favorezcan la ubicación de la comunicación, como sustento del saber, la identidad como un aspecto que favorece la constitución de pares generacionales y la adaptación al entorno como un elemento que crea espacios socializantes de encuentro o confluencia.

El no confrontar las drogas centradas en “las funciones” que desde las representaciones sociales se crean, lleva inobjetablemente a que el consumo de drogas se convierta en un problema creciente, permitiendo que espacios de la universidad se conviertan en sumideros; es decir, sitios de dominio de unos determinados grupos, utilizados exclusivamente para el consumo. La prohibición sólo deja la opción de control de algunas de ellas, con la clandestinización e ilegalidad de su producción, distribución y consumo²⁵¹. Al considerarse el consumo como un problema, la opción desde la norma es la sanción desde lo punitivo y lo social, lo cual lleva a la exclusión del sujeto de determinados espacios y su relegación a aquellos lugares “clandestinos”.

²⁵¹Vega A. op cit.p.20

En sentido contrario, Montero afirma que en otros ámbitos, la normatividad tiende a ser “más humana”, buscando resocializar en lugar de castigar. Al respecto, un estudio sobre la normatividad legal y la normatividad social en la Unión Europea, señala la suspensión condicional de las penas, con la posibilidad de suspender la pena privativa de la libertad de hasta cinco años a quienes hayan cometido el delito merced de su dependencia a las drogas tóxicas y sigan un tratamiento rehabilitador²⁵². Una propuesta que se aparte de la intransigencia y el fanatismo como es visto el fenómeno o problema de las drogas en la universidad, reclama un pensamiento liberal sobre el tema.

En la actualidad y en unas universidades más que en otras, el tema de la legalidad e ilegalidad del consumo de estas sustancias, restringe el argumento al campo de la jurisprudencia, percatándose que la nocividad o benignidad de la sustancia como criterio para definir su condición jurídica, debe debatirse en el marco de la academia.

6.6 Representación social de la intervención.

La intervención sobre el fenómeno o problemática droga, se enmarca en la perspectiva de las funciones que las representaciones sociales tienen,

²⁵²Montero Juanes, Francisco Javier. Normatividad legal y normatividad social, la situación en la UE. En: Rev Adicciones septiembre 2006; 18(supl adicional).

dado que es desde ellas, se da el proceso y la justificación del consumo; dichas funciones deben ser asumidas por la educación, como forma de respuesta de intervención; la educación es desde esta perspectiva, algo que trasciende la formación en experticias, para insertarse en el ámbito del saber, como una manera de comunicar y construir mundos, dado que la palabra es el símbolo por excelencia. La otra función toca con la identidad; es decir, crear desde la formación elementos identitarios en los sujetos en términos de satisfactores sinérgicos.

Con relación a la representación social sobre intervención en el presente estudio muestra consenso, al identificar *la Educación*, como una alternativa válida para enfrentar el problema o comprender el fenómeno. Este hallazgo sobre la importancia de la educación como política de intervención universitaria, se adoptó en la universidad a partir del 2003. Para hacerla efectiva, se institucionalizó la cátedra sobre drogas y sus intervenciones para todos los estudiantes que ingresan por primera vez a la universidad.

Este hallazgo es confirmado en el análisis de los estudios sobre drogas realizados en países latinoamericanos con financiación de ONGs., en los que se proponen intervenciones orientadas a disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas, donde la educación y la asistencia, se basa en

una jerarquía de objetivos de corto, mediano y largo alcance. En este contexto, la política no se centra en el control de la oferta sino en el control de la demanda.

Debilidad de las políticas de intervención. La debilidad y la poca prioridad en las políticas de prevención se confirman también en los resultados del estudio realizado Jiménez y otros, con estudiantes españoles universitarios en el que se afirma que a pesar de los avances de las políticas de prevención del tabaquismo, el consumo de drogas supone en la actualidad una asignatura pendiente que requiere de importantes medidas de prevención que contribuyan a modificar la percepción del riesgo social con el fin de lograr la disminución del consumo en jóvenes²⁵³.

Esta misma debilidad se refleja en el estudio realizado en varias universidades públicas y privadas de Medellín, donde se menciona que en la mayoría de estas instituciones no se asume posiciones claras, comprometidas y proactivas frente a la situación de consumo de la población universitaria, representada en las pocas acciones de intervención propuestas generalmente desde las oficinas de bienestar universitario de cada dependencia²⁵⁴.

²⁵³Jiménez A. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. En: Rev Adicciones 2009; 21(1):21.

²⁵⁴Res Unir.op cit.p. 147

6.7 Mundos de referencia de las intervenciones.

De acuerdo con los entrevistados las intervenciones implementadas en la Universidad, han generado principalmente tres mundos de referencia que se traducen en: *la incomunicación*, que se manifiesta en utilizar un lenguaje o medios inadecuados de comunicación; *la estigmatización*, entendida como marca impuesta a una persona, por el hecho de ser consumidor de drogas; *la exclusión*, concebida como poner a una persona o grupo en condiciones de marginalidad.

La incomunicación. En alguna oportunidad se programó en la universidad una actividad puntual de educación sobre el problema de drogas, que aparece como una campaña "educativa", que utilizó, según algunos entrevistados un lenguaje peyorativo, generándose desde los informantes un disenso, sobre estas formas de entender la intervención educativa. Por supuesto, estos mensajes han sido modificados por otras formas de intervención más dialógica.

La estigmatización. Esta percepción es confirmada por representación social asociada a la clase social que configuran las universidades públicas en el estudio de la Res Unir sobre el consumo en universidades de Medellín, en la que la vida universitaria se asimila con el consumo de drogas, creando

imaginarios y estigmatizaciones por los vecinos y personas que circulan por sus alrededores. Incluso algunos consumidores se autodenominan “viciosos”.

En el mismo estudio reconocen que la estigmatización de los consumidores de drogas ilegales como delincuentes, igualándolos a la condición de traficantes, no es útil para su intervención y enfatizan que son dos fenómenos y circunstancias de diferente naturaleza para el orden social, con distintas consecuencias para el medio²⁵⁵.

La exclusión. Esta es asumida por los entrevistados como la forma de aislar a los consumidores en una clínica para recibir la atención médica, puesto que el consumidor es considerado como un enfermo que requiere vigilancia y control institucional.

Estos tres mundos de referencia que aparecen en las intervenciones de la universidad, pareciera ser coherentes con la política nacional prohibicionista, pero que con los hallazgos de la presente investigación y con los de la última investigación de la Red Unir sobre vivencias y consumos en 11 universidades de Medellín, se pretende dar un viraje a las políticas de intervención de consumo de psicoactivos de la institución.

²⁵⁵Red Unir. Op cit. p. 93

6.8 Propuestas de intervención

Finalmente, los entrevistados señalan aspectos fundamentales que debe caracterizar cualquier propuesta de intervención universitaria, que se relacione con el consumo de drogas, así: *participativa*, es decir que incluya todos los estamentos de la universidad; *multidisciplinaria*, que participen miradas diversas desde las diferentes disciplina del saber; *integral*, que incluya al sujeto, su familia y el contexto; *sensible*, que participen profesional idóneo para el manejo de consumo de drogas; *dialógica*, que no se imponga una pauta comportamental determinada; *propositiva*, que se evalúe permanentemente; *psicosocial*, que tenga en cuenta el individuo y su ámbito social; *pedagógica*, que se intervenga de acuerdo a herramientas y reflexiones teóricas adecuadas para el tema; *fundamentada en la investigación*. Que se intervenga de acuerdo a los resultados y hallazgos provenientes de estudios empíricos; *educativa*, a través de procesos social que trasmite valores a los sujetos; y *normativa*, proponiendo y ejecutando disposiciones reguladoras que se adecuen a la realidad universitaria.

De otra parte, para Moran Iglesias toda política de prevención debe contener, entre otras consideraciones, las siguientes: análisis de debilidades y fortalezas de las políticas ensayadas, promover políticas en función de modelos lógicos de planificación, hace un especial énfasis en diseñar

estrategia educativa, e incluir la investigación como política preventiva²⁵⁶. Así mismo, en países europeos, como España, se desarrollan propuestas de intervención con gran acogida y exitosas, generalmente centradas en la reducción del riesgo.

En este sentido, en el estudio de la Red Unir, estudiantes y profesores de las universidades públicas de Antioquia y Nacional señalan la necesidad plantear el tema de los consumos de drogas como un asunto de libertades donde los consumidores sean escuchados y se consideren sus construcciones, sentidos y argumentos, insumos valiosos a tener en cuenta al momento de generar las políticas de intervención de la universidad, como un hecho consecuente con la formación y el respeto por la diferencia²⁵⁷.

Sobre el particular, en las acciones, programas e intervenciones formuladas en los últimos años en la universidad, se han considerado varios hallazgos de la presente investigación, dado que fueron comunicados en diversos espacios, a los funcionarios de Bienestar Universitario, oficina encargada de formular las propuestas dirigidas a la promoción y prevención del consumo de psicoactivos en la comunidad universitaria.

²⁵⁶Moran Iglesias J. Mejora continua de la intervención preventiva: la propuesta del plan de Galicia sobre drogas. En: XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Coruña del 10 al 12 de abril de 2008. Coruña: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.p.74

²⁵⁷Red Unir. Op cit.p.87

Algunas de estas propuestas son confirmadas en las XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol realizadas en España, donde se acota que la prevención es uno de los pilares fundamentales en los planes de drogas. Se enfatiza en la necesidad de que los programas de prevención deben estar apoyados en la investigación, la posible relación entre ideología y prevención, la calificación de los profesionales, la exigencia de que exista coordinación entre los distintos ámbitos donde se aplican los programas preventivos y la eficacia y efectividad de los mismos²⁵⁸.

Otra ponencia expuesta en las jornadas antes citadas, sobre el trabajo en equipo en drogodependencias muestra sus beneficios pero también sus dificultades de entendimiento entre profesionales que poseen diferente formación, e inclusive aluden la diferencia en el lenguaje técnico utilizado para describir el diagnóstico de cada situación, los condicionantes, que inciden sobre los sujetos que se atienden: nivel social, familiar, individual etc., las directrices que determina la misma institución y las características del personal profesional²⁵⁹.

²⁵⁸¿Cuál es el estado de la prevención de las drogodependencias en España?. En: XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Coruña del 10 al 12 de abril de 2008. Coruña: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.p.56.

²⁵⁹Ferro Mora S. Interdisciplinariedad y drogodependencias. En: XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Coruña del 10 al 12 de abril de 2008. Coruña: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.p.59.

En este mismo sentido, desde el 2006, la universidad de Santiago de Compostela, en España ha puesto en marcha una campaña, con resultados positivos, con el fin de impulsar el abandono del tabaco entre las personas que conforman la comunidad universitaria. Dentro de las actividades, se cuenta con la asistencia a los fumadores por el departamento de psicología clínica y psicobiología. Es el caso del personal de la universidad el servicio médico lo asume la empresa medica de la misma universidad²⁶⁰.

Otro estudio sobre de evolución de la prevalencia del consumo de tabaco en España, evidenció que aunque a nivel global la prevalencia de consumo es similar al de hace 10 años, se observa un cambio en el perfil de fumadores, que se traduce a una menor dependencia a la nicotina y en un descenso importante en el porcentaje de fumadores diarios, en especial en las mujeres²⁶¹.

Respecto a la propuesta de tratamiento y rehabilitación en el contexto universitario, la institución en la actualidad atiende, especialmente las acciones de promoción y prevención y deja la asistencia y rehabilitación en

²⁶⁰Becoña Iglesias E. Implantación y seguimiento de un programa para dejar de fumar en medio universitario. En: XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Coruña del 10 al 12 de abril de 2008. Coruña: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.p.118.

²⁶¹Miguez MC, Becoña E. 10 años de evolución de la prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de psicología. En: XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Coruña del 10 al 12 de abril de 2008. Coruña: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. p.208.

manos del sistema de salud colombiano, que por cierto, en asuntos relacionados con la salud mental es bastante deficiente.

En este sentido Jaime Manclares plantea que para controlar el uso de sustancias psicoactivas el Estado debe emitir un estatuto orgánico sobre prevención e información en términos de un conjunto de acciones coherentes en tres niveles: prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (identificación, intervención o tratamiento adecuado) y prevención terciaria (rehabilitación del paciente complicado restableciendo la funcionalidad afectada). Frente a la información afirma que conviene ser preventiva estimulando la reflexión y la crítica sobre el fenómeno del consumo de drogas dentro de una visión integral y desmitificadora del problema, desterrando las estrategias de terror, de estigmatización, condenatorio y vejatorio. Esta debe sujetarse a patrones de científicidad y objetividad, sobre la base de un análisis del fenómeno sin prejuicios ni tabúes, dentro de un abordaje de salud, preservación y valoración de la vida²⁶².

Sobre los tratamientos este mismo autor opina que algunos no son más que programas de control, disfrazados de terapia. Programas que no discriminan el abordaje para los diferentes tipos de consumidores. La

²⁶²Manclares J. Estrategias político jurídicas frente a la droga. En: La legalización de la droga. Bogotá: Jurídica Radar; 1999.p.255

inadecuada e insuficientes incorporación de la familia y de la comunidad en el proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, contribuye a hacerlos ineficaces.

Este análisis, nos lleva a concluir que la formulación de una propuesta de intervención en el campus universitario sobre el tema de consumo de drogas, debe fundamentarse en las representaciones sociales que emergen en esas relaciones con las drogas, como objeto de conocimiento, que integra concepciones individuales a discursos colectivos, desde los elementos simbólicos y sociales que se construyen dentro de una comunidad de sentido como son los consumidores. Por fuera de un análisis como este, no es posible comprender los elementos textuales y relacionales que se dan alrededor del consumo para poder asumir propuestas eficaces y validas social y culturalmente sobre el fenómeno o problema de la droga en el campus de la universidad de Antioquia.

Otras medidas alternativas. También se plantea como medida de intervención local y global para combatir el problema de las drogas, su legalización dado que las diversas problemáticas sociales que la acompañan emergen del aspecto económico desde su cultivo, producción, comercio y consumo. Este hallazgo es confirmado por Ricardo Sánchez cuando plantea la necesidad de un acuerdo internacional bajo la modalidad de una convención internacional respecto al tema de las drogas. Propone establecer

una nueva política criminal que contenga distintas opciones jurídicas, económicas, culturales, gradualista en materia de legalización y combinada con el fortalecimiento a la justicia²⁶³

²⁶³Sánchez R. Droga: Legalidad y política. En: La legalización de la droga. Bogotá: Jurídica Radar; 1999.p. 115

7. Conclusiones

Sobre las drogas y su consumo

En la conceptualización de las drogas en el contexto de la universidad de Antioquia, se advierten tres dimensiones de análisis: el significante, el significado y la experiencia personal o familiar de los sujetos con incidencia en la historia particular y el contexto sociocultural de los informantes.

Respecto a los significantes de las drogas, subyacen una serie de elementos simbólicos y sociales, que permiten la construcción de comunidad de sentido. En ellas aparecen formas de conocimiento socialmente construidas que generan desde las funciones de las representaciones sociales, satisfactores que permiten a partir de la comunicación, la construcción de lenguajes que forjan identidad dentro del grupo y beneficia la adaptación al entorno social universitario.

El significante fenómeno se asocia al contexto sociocultural, donde el sujeto asume la libertad de consumir o no, teniendo en cuenta el respeto por las libertades individuales. Hace relación a la identificación de una situación, o a la apropiación de una conducta manifestada cotidianamente.

En el significativo problema se instalan juicios morales afectados por variables sociales y económicas que se traslapan en argumentos científicos y judiciales. Se asocia como flagelo social, que afecta a los sujetos dentro de un espacio individual o colectivo, estableciendo patologías sociales, que enfatizan el deterioro del sujeto y la moral pública. Este significativo, emerge desde los sujetos que se ubican en el rol de observador o de juez.

En la configuración de significantes y significados, los preceptos sobre las drogas pesan más sobre las estructuras de significación configuradas por el sentido común, que por lo científico. En este sentido se observa que el consumo se rige preferentemente por asuntos de creencias y prácticas desde lo cotidiano, que por el conocimiento que se tiene del objeto.

La vida universitaria se construye al interior y fuera del campus. Es así como algunos espacios de sus alrededores, son utilizados como sitios de entretenimiento, de interacción social y consumo de sustancias psicoactivas por parte de actores de la misma, buscando diversión, relajación, nuevas experiencias e identidades.

La permanencia, o hacer parte de la comunidad universitaria no se considera factor de riesgo para el consumo de drogas, puesto que se identifican espacios o contextos donde se asume el consumo de manera

diferente. En consideración con lo anterior, no se puede plantear tajantemente que la vida universitaria se constituye en el factor de riesgo preponderante para el consumo, dado que buena parte de los consumidores ingresan a la universidad con la experiencia del consumo.

La universidad como institución está permeada por movimientos sociales y culturales propios del contexto colombiano. Por lo tanto, se convierte en un escenario micro donde se presenta la mayoría de prácticas sociales de la población en general. En este contexto se exhibe el consumo de drogas muy relacionado con el concepto de libertad y autonomía, rehusando a los controles institucionales, que resulta nuevo para algunos, y atractivo e intimidante para otros.

La extensión de las lógicas del mercado, propicia una cierta naturalización del uso de sustancias legales e ilegales que favorecen su consumo al interior del campus, el desarrollo de la comercialización de diversas sustancias que crean adicción. Por ejemplo, la marihuana, cocaína, alcohol, tabaco y el café, entre otras.

Sobre las causas del consumo se identifican dos tendencias: Una que reconoce como estructura de significación presentes en el consumo, la familia, el contexto social y el individuo. Otra, que identifica al sujeto, el

contexto institucional y la relación de autoridad y poder que se ejemplifica en la interacción que se presenta entre los consumidores y los representantes del mando institucional de la universidad.

En relación con el poder-autoridad, se identifican varias discontinuidades, que generan discursos contrarios sobre la forma como debe entenderse y vivirse el consumo de drogas al interior de la universidad; mientras algunos piensan que el carácter universitario no exime al escenario de la forma como el resto de la sociedad acata esta relación, otros, por el contrario, aseveran que el consumo en el campus tiene una connotación socio-cultural específica, un espacio democrático y plural; por lo tanto, el consumo lo asumen como algo natural que no debe conllevar estigmatizaciones, sanciones o exclusión a los consumidores.

Se presenta otra tensión entre las percepciones sobre el concepto de universidad, donde algunos la definen como espacio académico con una alta "valoración social"; mientras para otros, es sólo un "espacio público". Quienes defienden la universidad como centro de conocimiento, asumen una lógica doxástica, que se atrincheran en torno a los lugares prohibidos-tabú. Quienes la describen como espacio público lo asocian a lo colectivo, actúan bajo la lógica del sentir; la universidad es un espacio plural, democrático que está en relación al uso que los sujetos asuman darles.

Se identifican dos comunidades de sentido, respecto al paradigma prohibicionista. Una que asume la droga como un problema, que afecta y/o destruye los valores propios de una sociedad, por lo que se considera inadmisiblesu consumo al interior del campus. La otra, que la percibe como un fenómeno, por lo que el consumo de drogas se ubica dentro del régimen de las libertades individuales.

En relación con las representaciones sociales de las drogas, una comunidad de sentido la propone como medio, anclada en el sentido común, cuyo entendimiento forma parte de un conocimiento no necesariamente ilustrado. Una segunda, la representa como causa que hace parte del conocimiento científico, propia de una comunidad de sentido en la que prevalece un campo semántico biomédico.

Se identifican comunidades de sentido, en torno a los mundos de referencia que se construyen con relación al consumo de drogas. Una primera, habla de un efecto reestablecedor, que tiene como función hacer que las personas recreen vínculos sociales. La segunda, se refiere a la acumulación de riqueza producto del comercio de drogas que tratan de brindar bienestar a un limitado número de personas. La tercera, representa la trasgresión del sujeto que se aprecia en el proceso en el cual las personas no respetan el establecimiento ni sus representantes. Una última, que

reseña la muerte, no sólo del orden social y simbólico cuando la persona se siente excluida, sino física por eventos asociados al consumo.

Sobre las intervenciones

Se descubren significantes del concepto intervención en el contexto universitario: *la acción*, referida a la necesidad de actuar; *la mediación*, entendida como la autoridad administrativa, técnica o científica que están en condiciones de intervenir; y el *cambio*, resalta la necesidad de corrección o modificación.

Se avista un mediano conocimiento de las múltiples dimensiones que conlleva el consumo de drogas en la población universitaria; ello se refleja en el desenfoque y poca pertinencia de las acciones de prevención que resultan desarticuladas con los procesos de formación y capacitación de la comunidad universitaria. Sin embargo, en los últimos años se presenta avance significativo en las intervenciones, expresadas en la formas de comunicación, procesos educativos y en la atención psicosocial de carácter individual.

Se conciben algunas intervenciones inapropiadas y contraproducentes, por estimarlas represivas y antipedagógicas. Así mismo, se percibe como medida de control un enfoque represivo fundamentado el paradigma

prohibicionista, que aprecia el consumo como un acto delictivo. Esa criminalización lleva necesariamente a asumir una respuesta punitiva, donde los consumidores son sancionados social y coercitivamente. Sin embargo, también se observan acciones preventivas que se inscriben en el enfoque médico salubrista con una mirada patológica del consumo y del consumidor, reduciendo las posibilidades de comprensión del objeto.

En torno a la reacción ante la autoridad-poder se identifican dos comunidades de sentido; una generalmente formada por no consumidores que aceptan la autoridad-poder de manera in cuestionada; y otra compuesta por consumidores y no, quienes piensan que la relación no se impone, sino que corresponde al resultado de una construcción en la interacción de los sujetos en los diferentes espacios.

Se aprecia consenso al considerar la educación como la representación social más relevante en cuanto a intervención se refiere; y por tanto, como alternativa válida para enfrentar el problema o comprender el fenómeno. Se asume que la educación como proceso formativo continuo, provee en las personas elementos necesarios para contrarrestar la búsqueda de pseudo-satisfactores que produce la droga.

Se descubren como mundos de referencia: *la incomunicación*, que se manifiesta en utilizar un lenguaje o medios inadecuados de comunicación; *la estigmatización*, entendida como marca impuesta a una persona por el hecho de consumir drogas; y *la exclusión*, concebida como la manera de poner a una persona o grupo en condiciones de marginalidad.

Se indican elementos fundamentales que debe caracterizar una propuesta de intervención universitaria que se relacione con el consumo de drogas así: *participativa*, es decir que incluya todos los estamentos de la universidad; *multidisciplinaria*, que participen miradas diversas desde las diferentes disciplina del saber; *integral*, que incluya al sujeto, su familia y el contexto; *sensible*, que participen profesional idóneo para el manejo de consumo de drogas; *dialógica*, que no se imponga una pauta comportamental determinada; *propositiva*, que se evalúe permanentemente; *psicosocial*, que tenga en cuenta el individuo y su ámbito social; *pedagógica*, que se intervenga de acuerdo a herramientas y reflexiones teóricas adecuadas para el tema; fundamentada *en la investigación*. Que la intervención se fundamente en evidencia empírica; *educativa*, a través de procesos social que trasmite valores a los sujetos; y *normativa*, proponiendo y ejecutando disposiciones reguladoras que se adecuen a la realidad universitaria.

Finalmente se plantea la legalización y despenalización de las drogas como una manera de intervención global y por ende local, para combatir el problema de las drogas, dado que las problemáticas sociales que la acompañan, surgen de aspectos económicos a partir de su cultivo, producción, comercio y consumo.

Como se puede evidenciarse en la presente investigación el consumo de drogas y las intervenciones en la Universidad de Antioquia, no tienen un significado único. Por lo tanto, la universidad tiene un compromiso ético, político y social para abordar estos temas rebasando posturas ambiguas. La institución está en mora de ofrecer respuestas diversas y articuladas con el grado de acercamientos con las drogas, los niveles de convivencia universitaria, a la magnitud del problema, considerando, por supuesto, la comercialización a su interior.

8. Recomendaciones.

Para formular una política pública coherente y consistente sobre las intervenciones relacionadas con el consumo de drogas y sus intervenciones, la universidad debe fundamentarse en evidencia empírica que surjan de los diferentes grupos de investigación existentes en la universidad.

Indagar acerca de cómo la universidad puede ser espacio público de saber y un espacio de saber público, ello contribuiría a democratizar los conocimientos y a fomentar la aplicación de lógicas epistémicas propias del conocimiento científico; en este caso, en torno a las drogas, su consumo y las intervenciones.

Evaluar la efectividad de las intervenciones teniendo en cuenta las tensiones que se presentan en el presente estudio, definiendo como objeto de indagación, no solo al consumidor sino también al sujeto que diseña y aplica las intervenciones. Igualmente, considerando variables sociológicas como la generación y los principios éticos y morales.

Evidenciar el entramado sociocultural presente en el consumo de drogas, el cual contribuirá a comprender mejor en el contexto universitario.

Ampliar el abordaje investigativo del tema del consumo de drogas y sus intervenciones con una perspectiva interdisciplinaria.

Incidir en las políticas tanto locales como nacionales considerando al sujeto más allá de la perspectiva clínica. Es necesario tener en cuenta la subjetividad (su significación), la dimensión colectiva y la capacidad de resiliencia, al momento de abordar y conceptualizar al sujeto.

Buscar la manera de aproximarse a las concepciones que los consumidores tienen sobre el consumo y con ellos evaluar las posibilidades reales para un trabajo que impacte y se mantenga dentro del espacio universitario. No se trata sólo de dialogo de saberes sobre la droga, es más bien un acercamiento desde las ignorancias a un fenómeno o problema que vivencia la universidad y, que sólo se supera con la interacción de los sujetos, desde una perspectiva de dialogo de seres.

Desde lo plural de la universidad, entrar a construir alternativas socializantes entre los diversos actores que la conforman como institución y comunidad, buscando consolidar comunidades de sentido desde otros campos, el deporte el arte, entre otros, que permitan que los procesos de

integración y el intercambio simbólico se gesten en dinámicas propias de todos los actores.

Anexos

Anexo 1. Aviso para convocar participantes en la investigación fijado en carteleras de todas las facultades de la universidad.

**EL ÁREA DE COMPORTAMIENTO HUMANO Y SALUD Y
EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA
DE LA FACULTADA NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA**

Invita a todos los estamentos de la universidad a participar activamente en el proyecto de investigación sobre "Representaciones sociales de las drogas y las intervenciones en un contexto universitario".

Las personas que voluntariamente quieran participar serán entrevistadas por las investigadoras, a partir del 12 de agosto.

Favor contactarse con la profesora Silvia Henao Henao, en el teléfono 5106842- 5106840

Anexo 2. Invitación para la participación en la investigación, enviado por Internet.

INVITACION A VOLUNTARIOS PARA PARTICIPAR

EN INVESTIGACION

El grupo de Investigación en Salud Mental de la Facultad Nacional de Salud Pública convoca a los estudiantes, profesores y empleados que deseen colaborar con la investigación sobre:

"REPRESENTACIONES DEL CONSUMO DE LAS DROGAS Y LAS INTERVENCIONES EN UN CONTEXTO UNIVERSITARIO"

Interesados contactar a las profesoras Vilma Restrepo, teléfonos: 5106826 – 5106820 y la profesora Silvia Henao Henao , teléfonos: 5106840-5106842, para entrevistas durante los meses de agosto y septiembre

Citas bibliográficas y documentales

1. Alcaldía de Medellín, Universidad CES. Salud mental del adolescente: Alcaldía de Medellín; 2006.
2. Almeida M. Fumigación aérea con glifosato es una locura. Disponible en: <http://622D1CE.CCD3A8.aspx>. Consulta 19 de agosto de 2009.
3. Amnistía internacional. Informe 2009: El informe de los derechos humanos en el mundo. London: Amnistía internacional.
4. Amnistía internacional. Informe 2000. Disponible en: <http://www.es.amnesty.org/com/2000/default.shtm>. Consulta 8 de octubre de 2009.
5. Ander Egg E. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Mexico: El Ateneo; 1986.
6. Augoustinos M, Walter I. Social Cognition. An Integred Introduction. London Sage Publications1995.
7. Banchs M. A. Efectos del contacto con la cultura francesa sobre la representación social del venezolano. *Interamerican Journal of Psychology*; 2: 111-20.
8. Basabe N, Páez D. Los jóvenes y el consumo de alcohol. Representaciones sociales. Bibao: Ayuntamiento de Bilbao. Servicios de salud y consumo. (SDF).
9. Becoña Iglesias E. Implantación y seguimiento de un programa para dejar de fumar en medio universitario. En: XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Coruña: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
10. Bischof G, Rumpf H. J, Hapke U, Meyer C, John U. Maintenance factors of recovery from alcohol dependence in treated and untreated individuals.: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*; 2000.
11. Boville B. La guerra de la cocaína, Debate Madrid, 2000. En: Drogas. Qué política para qué prevención. Barcelona: Gobierno Vasco, Dirección de Drogodependencia; 2002.
12. Castro M. R. Informe General de factores de riesgo psicosocial en el trabajo y salud mental de los funcionarios de la Universidad de Antioquia. Medellín: Dirección de Bienestar Universitario-División de Salud.
13. Centros de Atención en Drogadicción. Diagnóstico Situacional. Medellín 2001.
14. Colombia. Encuesta nacional de consumo de psicoactivos en jóvenes escolarizados 12-17 años. Colombia: El Ministerio de la Protección Social.
15. Colombia. Dirección Nacional de Estupefacientes. El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 1992 y 1996. Bogotá: La Dirección; 1996.
16. Colombia. Línea de Orientación sobre Alcohol y Drogas. Informe noviembre 1999 y agosto 2000. Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes; 2000.

17. Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2003.
18. Colombia. Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes de 12 a 17 años. Bogotá: El Ministerio de la Protección Social; 2004.
19. Colombia. Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Resumen ejecutivo. Bogotá: El Ministerio de la Protección Social; 2007.
20. Colombia. Estudio Nacional de consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2008.
21. Colombia, Congreso de la República, Gobierno Nacional, Ministerio del Interior y de Justicia. Proyecto de acto legislativo No. 20 de 2009: reforma a la justicia. Bogotá: Congreso de la Republica; 2009.
22. Colombia. Congreso de la Republica. Estatuto de estupefacientes Ley 30 de 1986. Reglamentada por el Decreto Nacional 3788 de 1986. Bogotá: El Congreso 1986.
23. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso1993.
24. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia No. C-221 de 1994: Despenalización del consumo de la dosis personal. Bogotá: Corte Constitucional 1994.
25. Colombia. Ministerio de Interior y Justicia. Dirección Nacional de Estupefacientes. Decreto Reglamentario 3788 de 1986, Art. 4. Bogotá: El Ministerio1986.
26. Colombia. Ministerio de Interior y Justicia. Dirección Nacional de Estupefacientes. Dirección Nacional de Estupefacientes. Decreto Reglamentario 3788 de 1986, Art. 40. Bogotá: El Ministerio1986.
27. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: El Ministerio; 2007.
28. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 8430 de 1993. Por medio de la cual se establecen normas científico técnicas y administrativas para la investigación. Bogotá: El Ministerio1993.
29. Colombia. Presidencia de la Republica. Ley 30 de 1986: Estatuto Nacional de Estupefaciente, Art. 33. Bogotá. Bogotá: Congreso de Colombia1986.
30. Colombia. Presidencia de la Republica. Ley 30 de 1986: Estatuto Nacional de Estupefaciente, Art. 9. Bogotá: Congreso de Colombia1986.
31. Colombia. Presidencia de la Republica. Ley 30 de 1986: Estatuto Nacional de Estupefaciente, Art. 12. Bogotá: Congreso de Colombia1986.
32. Cooley C. H. Biografías y vidas. Disponible en:
<http://www.biografiasyvidas.com/biografia/c/cooley.htm>. Consulta 5 de octubre 2009.

33. De Remetería I. El fracaso humanitario y humano de la guerra contra las drogas: las externalidades negativas. En: La guerra de las drogas: cien años de crueldad y fracasos sanitarios. Disponible en: <http://www.nuso.org>. Consulta 24 de agosto de 2009.
34. Díaz A. El estudio de las drogas en distintas sociedades. Problemas metodológicos. Trabajo Social y Salud 2001.
35. Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio nacional de sustancias psicoactivas en población general 12- 60 años 1996.
36. Drogas en América Latina. Estado del arte de estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia Chile y Ecuador. Santiago de Chile: Jorge Baeza Correa; 2008.
37. Edwards G, Arif A. Los problemas de la droga en el contexto socio-cultural. Una base para la formulación de políticas y la planificación de programas. Ginebra: OMS; 1981.
38. Embajada de los Estados Unidos en Colombia. Plan Colombia. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://usembassy.state.gov-colombia-wwwplan.html>.
39. Escohotado A. Las drogas, de los orígenes a la prohibición. Madrid: Alianza; 1994.
40. Escohotado, A. Historia general de las drogas. Madrid: Alianza. Tres volúmenes. 1989.
41. Farr R. M. Las representaciones sociales. En: Mora, M. la teoría de las representaciones sociales de Moscovici. Mexico 2002.
42. Ferro Mora S. Interdisciplinariedad y drogodependencias. En: XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Coruña: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
43. Francey C. Theories of drug and alcohol misuse and intervention, introduction. London: Imperial College of Science, Technology and Medicine: University of London; 1998.
44. Fundación Rumbos. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población juvenil entre 10-24 años.
45. Fundación Rumbos. Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia 2001.
46. Gamela J. F, Álvarez, A. Drogas de síntesis en España: patrones y tendencias de adquisición y consumo. Madrid: Ministerio de Interior; 1997.
47. Gamella J. F. Modernidad y problematización del uso de drogas. Temas para el debate. España: Universidad de Granada; 1997.
48. Gamella J. F. Encuentros Intercentros, VOL III. PPD (Programa de Prevención de Drogodependencias). Madrid: Ministerio de la Cultura; 1998.
49. Gawin F. H. Cocaine Addiction: Psychology and Neurophysiology. 1991.
50. Geertz C. The Interpretation of Cultures. Chicago: Universidad de Chicago; 1973.

51. Gerstein D.R, Green L.W. Preventing Drug Abuse: What do we know? Washington: National Academy Press; 1993.
52. Giraldo H, Dennis R, Solarte I, Jurado A, Molina D, Vera A. Prevalencia de tabaquismo y sus factores asociados en adolescentes escolarizados de siete ciudades colombianas. Colombia2005-2006.
53. Giraldo H, Dennis R, Solarte I, Jurado A, Molina D, y Vera A. Resumen ejecutivo sobre la Prevalencia de tabaquismo y sus factores asociados en adolescentes escolarizados de siete ciudades colombianas 2005-2006. Bogotá: El Ministerio de la Protección Social; 2006.
54. Gómez Moya J, Valderrama Zurian J C, Girva Camares T, Tortajada Navarro S, Guillot Mosteri J. Mujeres dependientes de alcohol o cocaína: un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa: Rev Adicciones; 2008.
55. González C. aspectos legislativos. En: Contextos, Sujetos y drogas: Aspectos legislativos. Madrid: Dykinson; 2000.
56. Jiménez A. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso: Rev Adicciones; 2009.
57. Jodelet D. La representación social: fenómenos, conceptos y teorías. En: Mora, M. la teoría de las representaciones sociales de Moscovici. Mexico2002.
58. Manchs M. A. Condiciones de emergencia de una representación social. En: Mora, M. La teoría de las representaciones sociales de Moscovici: Athnea digital 2002.
59. Manclares J. Estrategias político jurídicas frente a la droga. En: La legalizaron de la droga. Bogotá: Jurídica Radar; 1999.
60. Markez I, Póo M. Discursos y políticas de intervención sobre drogas y drogodependencias. En: Drogas. Qué política, para qué prevención: Gobierno Vasco-Dirección de drogodependencia; 2002.
61. Martin Baro I. Acción e ideología. San salvador: Universidad Centroamérica; 1985.
62. Martin M. Definición del concepto de representación social. En: La teoría de las de representaciones sociales de Serge Moscovici. Mexico2002.
63. Mascovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires Huemul; 1979.
64. Mead G. H. Encyclopedia Microsoft Encarta Online Disponible en: <http://es.encarta.msn.com>. Consulta 3 de octubre de 2009
65. Megías E, Comas Arnau D, Elzo Imaz J, Navarro Botella J, Romaní O. La percepción social de los problemas de drogas en España. Principales conclusiones. Fundación de ayuda contra la Drogadicción. Madrid: FAD; 2000.
66. Mejia I. E, Perez A. Multi-city study on Injecting Drug Use and Health Risk Behaviors. Bogota2001-2003.
67. Méndez E. L. Antropología del alcoholismo en México: los límites culturales de la economía política (1930-1979). México: Casa Chata; 1991.

-
68. Méndez J. F, Lombana L. Representaciones "positivas y negativas" sobre el éxtasis en un grupo de consumidores en Coimbra. Portugal: Rev Adicciones 2008.
69. Míguez M. C, Becoña E. 10 años de evolución de la prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de psicología. En: XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Coruña: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
70. Ministerio de Sanidad y Consumo. ¿Cuál es el estado de la prevención de las drogodependencias en España?. En: XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Coruña 2008.
71. Montero Juanes, Francisco Javier. Normatividad legal y normatividad social, la situación en la UE: Rev Adicciones; 2006.
72. Montoya Vásquez E M. Patrón de consumo percibido en los pares y uso de drogas en estudiantes universitarios entre 18 y 24 años de segundo y tercer año de cuatro facultades de salud de la Universidad de Antioquia. Medellín 2007-2008.
73. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici: Athnea digital; 2002.
74. Moran Iglesias J. Mejora continua de la intervención preventiva: la propuesta del plan de Galicia sobre drogas. En: XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Coruña del 10 al 12 de abril de 2008. Coruña: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
75. Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul; 1979.
76. Municipio de Medellín. Representaciones sociales sobre el consumidor y el consumo de sustancias psicoactivas, 2000: Municipio de Medellín; 2000.
77. Naciones Unidas. Resumen ejecutivo del Informe Mundial de las Drogas 2009. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf. Consulta 9 de septiembre de 2009.
78. Naciones Unidas. Oficina contra las drogas y el delito. Resumen informe mundial sobre las drogas. New York: Naciones Unidas; 2009.
79. Oficina de Naciones Unidas. Contra la droga y el delito: Informe mundial de droga. Washington: Naciones Unidas; 2009.
80. Ola de despenalización (comentarios). Semana. Ed; 1426. Disponible en: <http://www.semana.com/noticias-mundo/ola-despenalizaciones/127939.aspx>. Consulta 12 de septiembre de 2009.
81. OMS. Clasificación Internacional de enfermedades OMS: Códigos, diagnósticos, salud. Suiza: OMS; 1996.
82. Organización de Estados Americanos. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Jóvenes y Drogas en Países Sudamericano: un Desafío para las Política Publicas. Primer Estudio Comparativo Sobre Uso de Drogas en Población Escolar Secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil,

Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Lima: Naciones Unidas; 2006.

83. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS; 2002.

84. Páez D. Características, funciones y procesos de formación de las representaciones sociales. En: Mora, M. la teoría de las representaciones sociales de Moscovici Mexico2002.

85. Pearce W. Más allá de las polaridades. Universidad Pontificia Bolivariana. Dirección general de investigaciones. Medellín: UPB; 1999.

86. Peele S. Diseasing of America. Addiction Treatment Out of Control. Boston: Houghton Mifflin; 1989.

87. Pérez Gómez, A. Scoppetta O. Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia, 2008. Nuevos Rumbos. Investigación y asesoría para prevenir el consumo de drogas. Bogotá: Disponible en: http://www.nuevosrumbos.org/documentos/col08_alcohol.pdf. Consulta 29 de octubre de 2009.

88. Pérez Jaramillo E, Vásquez R. C. Función del consumo de sustancias Psicoactivas en la estructuración psíquica del adolescente [Especialización en psicología clínica]. Barranquilla: Universidad del Norte; 2000.

89. Pichot P. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. DSM IV. España: Masso1995.

90. Ralet O. Condicionantes políticos y económicos. Barcelona: FAD, Ayuntamiento de Barcelona; 2000.

91. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Real Academia Española; 1996.

92. Red para la investigación, la formación y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el escenario universitario. La vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas. Medellín: Fundación universitaria Luis Amigó; 2009.

93. Red Unir, Grisales C, Toro J. La vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas. Medellín: Red Unir; 2009.

94. Régimen Penal Colombiano. Ley 30 de 1986, Art. 2. Bogotá: Legis 2006.

95. Rivillas J A, Uribe LG. La salud mental en el Bienestar Universitario. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; 1997.

96. Rudgley R. The archaic use of hallucinogens in Europe: an archaeology of altered states: Addiction 1995.

97. Ruidiaz C. Universidad y drogas. Madrid: Comunidad de Madrid, Agencia Antidroga; 1998.

98. Ruiz Granada A, et al. Recursos y resultados de los programas de tratamiento para problemas asociados con el uso de psicoactivos en programas ubicados en el Valle de Aburra. Medellín. Colombia2001.

-
99. Ruiz J, Aigner M. Imágenes de Identidad, Integración y Conflicto entre la comunidad estudiantil de la U. de A. Medellín: CEO, Departamento de Sociología Universidad de Antioquia; 1991.
100. Ruiz López A, Angulo Bamba V, Serrano C. Narcotráfico en Colombia. Cali: Universidad del Valle; 2007.
101. Sánchez R. Droga: Legalidad y política. En: La legalización de la droga. Bogotá: Jurídica Radar; 1999.
102. Scoppetta O, Peña P. La juventud y las drogas. Bogotá: Algaomega. Libros de cambio; 2002.
103. Secretaria de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológico sobre consumo de psicoactivos (Vespa Universitario) Medellín 1998 -1999.
104. Siegel R, K. Intoxication. Life in Pursuit of Artificial Paradise. New York: E.P Dutton 1989.
105. Sissa G. El Placer y el Mal: filosofía de las drogas. Buenos Aires: Manantial; 1997.
106. Stimson G CK. Global perspectives on Drug Injecting 1998.
107. SURGIR. Corporación Colombiana para la Prevención del Alcoholismo y la Farmacodependencia. Entrevista a: Margarita Sánchez, directora, 2007.
108. Thoumi F E. El problema de las políticas contra las drogas En: El imperio de las drogas. Bogotá: Planeta; 2000.
109. Thoumi F. E. ¿el "problema" del control de drogas es institucional o de política?. Disponible en:
http://www.mamacoca.org/FSMT_sept_2003/es/doc/thoumi_francisco_control_asunto_institucional_o_pol_es.htm. Consulta el 5 de octubre de 2009.
110. Tobón FA. Evaluación de sustancias psicoactivas en la población de la Universidad de Antioquia en 1998. Quinto congreso Internacional de Toxicología y Protección del Medio Ambiente: Universidad de Antioquia; 1998.
111. Tocora F. La Droga: entre la narcocracia y la legalización. Bogotá: Forum Pacis; 1993.
112. Torres Y. Estudio de Salud Mental de Antioquia, 1999. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 1999.
113. Universidad de Antioquia. Estatuto General. Acuerdo Superior 1 de 1994. Medellín: Universidad de Antioquia 1994.
114. Universidad de Antioquia. Comunicado 049 de mayo 21 de 2001. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001.
115. Universidad de Antioquia. Servicio de Prevención de Adicciones. Presentación del Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
116. Universidad de Antioquia. Dirección de Bienestar Universitario. Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Campaña de argumentos con sentido. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005.

117. Universidad de Antioquia, Dirección de Bienestar Universitario. Campaña Argumentos con Sentido, Entrevista E. Pérez, E. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005.
118. Universidad de Antioquia. Dirección de Bienestar Universitario. Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Servicio de Prevención de Adicciones. Proyecto campaña de prevención. Tercera fase. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006.
119. Universidad de Antioquia. Vicerrectoría de investigación. Grupos de investigación, Disponible en: http://siu.udea.edu.co/investigacion/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=75 Consulta 1 de diciembre de 2009.
120. Universidad de Antioquia. Departamento de promoción de la salud y prevención de la enfermedad Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.
121. Universidad de Antioquia. Informe de convenios vigentes con América dirección de relaciones internacionales. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.
122. Universidad de Antioquia. Dirección de Relaciones Internacionales. Informe de convenios con Europa, Asia, África y Oceanía. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.
123. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud pública. Debate sobre los proyectos de ley en relación con el porte y consumo de psicoactivos, sus intervenciones e implicaciones en salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.
124. Universidad de Antioquia Vicerrectoría de investigación. Balance social Disponible en: http://siu.udea.edu.co/investigacion/index.php?option=com_content&task=view&id=131&Itemid=438. Consulta 2 de noviembre de 2009.
125. Vega A. El fenómeno de las drogas como cuestión política. En: Vega A, Arana X, Blanco I, Burkahart G, De La Cuesta J, Del Olmo R, et al. Drogas: Qué política para qué prevención. Bilbao: Gobierno Vasco. Dirección de drogodependencia; 2002.
126. Vega A. Drogas: Qué política para qué prevención Bilbao: Gobierno Vasco. Dirección de drogodependencia; 2002.
127. Vega A. Promoción de la salud: Reto Europeo para el siglo XXI. 2008.
128. Velásquez F. La droga. En: Fernando Tocora. La Droga: entre la narcocracia y la legalización. Medellín: Colegas; 1989.
129. VESPA, Secretaria de Salud Medellín, Fundación Universitaria Luis Amigo. Sistema de Vigilancia Epidemiológico en Universidades, Medellín. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín, Fundación Universitaria Luís Amigó; 1998.
130. Wikipedia. Biografía de Wilhelm Maximilian Wundt. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Wilhelm_Wundt#Principales_obras. Consulta 6 de octubre de 2009.
131. Wikipedia. Robert Ezra Park. Disponible en:

http://es.wikipedia.org/wiki/Robert_Ezra_Park Consulta 30 de octubre de 2009.

132. Wikipedia. Biografía Herbert Blumer. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Herbert_Blumer. Consulta 16 de octubre de 2009.

133. Zinberg NE. The Basis for Controlled Intoxicant Use. New Haven: Yale University Press 1984.