

**ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE ACTORES SOCIALES: FUNCIONARIOS  
PUBLICOS, LA ACADEMIA, EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, LOS  
MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LA POBLACIÓN EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ  
SOBRE LA PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**

**Juan Felipe León Ángel**

**Universidad El Bosque  
Facultad de Medicina  
Bogotá D. C., Julio 2018**

**ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE ACTORES SOCIALES: FUNCIONARIOS  
PUBLICOS, LA ACADEMIA, EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, LOS  
MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LA POBLACIÓN EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ  
SOBRE LA PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**

**Trabajo de investigación  
Presentado para optar al título de Magíster en Salud Pública  
Facultad de Medicina  
Universidad El Bosque**

**Presentado por:  
Juan Felipe León Ángel**

**Dirigido por:  
Dra. Diana Carolina Rubio**

**Bogotá, D.C., Julio 2018**

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>RESUMEN</b>	4
<b>JUSTIFICACION</b>	5
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	8
<b>PREVENCION</b>	9
<b>POLITICA PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PAÍS</b>	12
<b>LA PREVENCIÓN EN EL MARCO DE LA POLITICA PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	14
<b>PERCEPCIÓN.</b>	16
<b>REVISION DE ANTECEDENTES Y PROBLEMATIZACION</b>	18
<b>OBJETIVOS</b>	25
<b>METODO</b>	26
<b>DISEÑO.</b>	26
<b>TECNICA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</b>	30
<b>PROCEDIMIENTO.</b>	35
<b>RESULTADOS</b>	36
<b>DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</b>	73
<b>BIBLIOGRAFIA.</b>	79

## **RESUMEN**

De acuerdo con el aumento de la prevalencia en consumo de sustancias psicoactivas en Colombia en los últimos años, se busca por medio de la presente investigación, tener una aproximación a la realidad de este fenómeno y explorar la manera como se está entendiendo la prevención por parte de los diferentes actores involucrados.

La investigación está concebida y planeada con el propósito de dar una mirada diferente al fenómeno del consumo de psicoactivos, teniendo en cuenta que en Colombia se han desarrollado planes nacionales para la reducción, prevención y atención del consumo, pero éstos no han permitido alcanzar el objetivo primordial de la reducción del consumo. La mirada diferente consiste en un abordaje a partir del análisis de la percepción que se tiene actualmente de la prevención y la manera como esta percepción impacta hoy en día el curso que lleva el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas.

## JUSTIFICACION

Quiero considerar desde el ámbito de la salud pública dos aspectos relevantes, a saber:

Primero: que en la población se encuentran actores consumidores y otros que no son consumidores, y que sus interacciones dentro del entorno del consumo no siempre son entendidas como situaciones problemáticas o generadoras de daño físico, social o colectivo. Cuando hay consumo e interacciones entre los actores se pueden presentar diversas situaciones que no es correcto generalizar para toda la población. Me refiero con esto a que existen casos en los que los consumidores realizan esta actividad con una racionalidad entendida como recreacional, sin una evidente percepción de daño biológico tanto a sí mismos como a otros individuos.

Segundo: Es importante también tener en cuenta que en la interacción de individuos dentro del fenómeno del consumo se ha asociado a lesiones, homicidios y diversas formas de violencia. En este sentido, algunos estudios reportan que las sustancias psicoactivas y sus formas de consumo provocan un impacto en el individuo en términos de deterioro cognitivo, propagación de infecciones como hepatitis y VIH, muerte por sobredosis y suicidio. (Ocampo, 2009; Miguel-Arias, 2011). Estos eventos han suscitado en los Estados, las sociedades e incluso en la investigación académica, la necesidad de explorar la manera de tomar acciones frente a estos fenómenos.

De acuerdo con registros encontrados a nivel mundial en el año 2012, se estima que entre 162 y 324 millones de personas consumieron una sustancia de uso ilícito, principalmente sustancias del grupo del Cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico, con un rango de edad entre 15 y 64 años. Se reportan alrededor de 16 a 39 millones de consumidores problemáticos, lo que equivale al 0,6 % de la población adulta mundial (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

En el 2011, el número de muertes en el mundo relacionadas con el consumo de drogas se estimó en 211 000. La mayoría se produjo entre la población más joven de consumidores y en gran medida estas muertes podían haberse prevenido (Calderón y Cáliz, 2015)

Para el caso de Colombia, el mayor consumo de sustancias ilícitas en el año 2013 se presentó en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 8.7%, seguido por los adolescentes con una tasa del 4.8% y las personas de 25 a 34 años, con una tasa del 4.3% para dicho periodo (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En el año 2007, se promulgó la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (Ministerio de la Protección Social, 2007). La Política estableció cuatro ejes: el de prevención del consumo, con el cual intenta disminuir el número de personas que consumen; el de mitigación, con el cual se busca reducir riesgos y daños; el eje de superación, que busca enfoques referentes al tratamiento a problemas ocasionados por el consumo; y un eje dirigido al fortalecimiento de la respuesta institucional. Para hacer operativa la Política, se diseñó en el año 2008 el Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010; cuya versión actual es el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014),

Uno de los inconvenientes en cuanto a los resultados limitados en la reducción del consumo de sustancias psicoactivas guarda relación con el enfoque de la política pública basada en el control de la oferta de drogas, es decir, políticas que la califican como una actividad delictiva y que por ende llevan al consumidor a permanecer a ocultarse y a no participar en las acciones de salud pública dirigidas a la prevención del consumo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

A pesar de la previa formulación de una política pública en Colombia con relación al consumo de sustancias psicoactivas y teniendo en cuenta la puesta en marcha de los planes nacionales para la atención y reducción de consumo, el fenómeno de consumo ha venido en aumento en la población colombiana. Según el Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, el comportamiento del fenómeno del consumo en Colombia, hay que resaltar que en la ejecución del programa de reducción de consumo de sustancias psicoactivas, ha habido avances en el sentido de disminuir la prevalencia en el consumo de tabaco en el periodo comprendido entre el año 2008 y 2013. Sin embargo, continúa en aumento la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales como marihuana, cocaína, heroína, así como el consumo de alcohol. La prevalencia para consumo global de sustancias ilícitas en Colombia pasó de 8.8% en el 2008 a 12.2% en el 2013 (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Dado lo anterior, en el campo de la salud pública es de gran importancia prestar especial atención a la forma como la prevención está siendo entendida por parte de las personas que conforman distintos sectores de la sociedad colombiana, no solo por quienes consumen alguna sustancia psicoactiva considerada ilícita. Más allá de una definición

teórica, resulta importante la identificación de las percepciones que se tienen sobre la prevención, en específico sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. En tal sentido, este trabajo se sustenta en el hecho de realizar un abordaje diferente del fenómeno, no desde la manera como tradicionalmente se ha construido el concepto de prevención en el ámbito académico y en el lenguaje propio de los acuerdos planteados entre diferentes Estados. Por el contrario, se busca identificar las percepciones que tienen las personas acerca de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Es de gran relevancia generar una oportunidad para dar una mirada diferente a la situación del consumo de estas sustancias ya que la política pública en Colombia sustenta su accionar en el concepto de prevención y de riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas. En este punto es importante comprender lo que representa para las personas aquello que la política pública concibe como riesgo.

## **MARCO CONCEPTUAL**

Con el fin de contextualizar la presente investigación, se desarrolló la respectiva identificación de conceptos teóricos soportados en la literatura abarcando las categorías centrales de este trabajo como son: consumo de sustancias psicoactivas, prevención, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la política pública vigente en Colombia en relación con el consumo de sustancias psicoactivas y el concepto de percepción.

### **CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

El consumo de sustancias psicoactivas hace referencia a la incorporación al organismo de sustancias químicas con características farmacológicas que actúan sobre todo a nivel psicotrópico, pero cuyas consecuencias, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas (Romaní, 2008).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga psicoactiva es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores. 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 en algunos casos abuso y adicción (Henao, 2013).

El uso de sustancias psicoactivas se remonta al comienzo mismo de la humanidad. Casi en la totalidad de los más antiguos grupos y tribus de cazadores y recolectores, y en diferentes lugares del planeta, los científicos han descubierto el uso de algún tipo de sustancia psicoactiva acompañando cultos mágico-religiosos y actividades médico-terapéuticas. Cabe aclarar que para muchos pueblos, medicina, magia y religión eran en un principio prácticas casi insolubles; en ellas se utilizaban numerosas variedades de hierbas, hongos y plantas que contenían múltiples principios psicoactivos. Dichas prácticas se encontraban estrechamente vinculadas a la concepción misma de enfermedad: sinónimo de castigo divino y de impureza, requería como correlato prácticas terapéuticas asociadas a la magia y la religión. Es decir, el consumo de sustancias psicoactivas estaba íntimamente ligado a factores culturales, a la vez condicionados por

las particularidades de las respectivas cosmovisiones. Asimismo se ha demostrado el uso de sustancias psicoactivas en diversas ceremonias de iniciación y en rituales de pasaje a la adultez, en numerosos grupos humanos (Slapak, 2006).

Como práctica ancestral de la humanidad, el consumo de sustancias ha tenido dimensiones sociales e históricas asociadas a la satisfacción de las necesidades del ocio o como parte de la medicina tradicional de algunas comunidades, así mismo ha sido entendida como el medio para transitar al plano espiritual (Calderón-Romero, Cáliz-Romero, 2015).

## **PREVENCION**

En cuanto al concepto que se ha desarrollado de prevención, es importante considerar las diferentes reflexiones en la historia que han sido referentes para ello:

El líder estadounidense de la salud pública Winslow, en la primera mitad del siglo XX, se refirió a los problemas estructurales de la sociedad y su relación con la salud de la población. Afirmaba que en salud pública eran necesarios los esfuerzos de la comunidad organizada para favorecer un medio ambiente saludable y el desarrollo de mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para preservar la salud.

En 1945 Henry Sigerist define las cuatro funciones de la medicina y la salud pública: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, corrección y rehabilitación; también Sigerist relaciona la promoción de la salud con un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación (Franco-Giraldo, 2012).

Leavell y Clark en 1965 plantearon un enfoque organizado en tres niveles: la prevención primaria, que comprende acciones de promoción de la salud y protección específica contra agentes; la prevención secundaria, que abarca las actividades encaminadas a obtener un diagnóstico precoz y a definir un tratamiento oportuno; y la prevención terciaria, que incluye acciones de rehabilitación tendientes a disminuir las discapacidades o complicaciones debidas a la enfermedad previamente establecida (Franco-Giraldo, 2012).

En el mismo sentido, el informe del Ministro Lalonde del gobierno de Canadá en 1974, formuló una declaración comprensiva del campo de la salud pública en cuatro dimensiones: biología humana, estilos de vida, medio ambiente y servicios de salud. De forma similar, el informe de 1979 del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos,

diferenció la promoción de la salud de la prevención de la enfermedad, al tiempo que hizo especial énfasis en los estilos de vida como factor primordial para optimizar y mantener la salud (Franco-Giraldo, 2012).

La conferencia de Alma Ata en 1978 hizo un señalamiento fundamental al reconocer la salud como un objetivo social prioritario que demanda la acción de actores sociales, políticos y económicos para superar las inaceptables desigualdades sanitarias existentes entre países y dentro de ellos. Allí se reclamó la necesidad de establecer un nuevo orden económico internacional para proteger la salud, contribuir a una mejor calidad de vida, reducir las desigualdades y alcanzar el desarrollo económico y social. Sus contenidos sociales, económicos, éticos y políticos propendían por una transformación de las estructuras sociales que no solo garantizaran la salud para todos, sino también adecuadas condiciones de vida garantizando la atención integral en salud, educación en salud, adecuada alimentación y nutrición, agua potable y saneamiento básico, participación comunitaria en salud y la concurrencia de otros sectores del desarrollo social.

En la conferencia de Ottawa en 1986, se afirmó que para alcanzar adecuadas condiciones de salud y bienestar físico, mental y social, los individuos y los grupos deben ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente. Allí, la salud fue concebida como fuente de riqueza y el mejor recurso para el progreso personal, económico y social. La educación, la vivienda, la alimentación, la renta, la justicia social, la equidad, un ecosistema estable y la paz, fueron considerados requisitos y determinantes fundamentales para proteger la salud y llevar una vida digna (Mejía, 2013).

Posteriormente se impulsó una nueva estrategia denominada “prevención primordial”, cuyo objetivo es evitar la consolidación de factores que contribuyan a aumentar el riesgo de enfermedad en toda una población. Es entendida también como cualquier intervención dirigida a evitar el incremento de la prevalencia de los hábitos o factores de riesgo antes que éstos se produzcan, como por ejemplo evitar el inicio del consumo de tabaco (Castro-Jiménez, 2009).

En este ámbito la Organización Mundial de la Salud considera la importancia de las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS, 1998).

En el marco anteriormente presentado, la prevención de la enfermedad se vincula principalmente a la epidemiología tradicional, que desde la perspectiva de la causalidad, ha posicionado con fuerza lo relacionado con la identificación y control de factores de riesgo de individuos o grupos específicos, los resultados en el corto y mediano plazo y el fomento de estilos de vida saludables (Díaz-Mosquera, Rodríguez-Villamil, Valencia-González, 2015).

Los estilos de vida saludables, ejes fundamentales de intervención desde esta concepción de la prevención, se han asociado a la idea de riesgo para la salud. En la teoría social del riesgo, Ulrich Beck propone una reflexión de fenómenos sociales como éste, a partir de comprender la modernidad en dos momentos históricos diferentes: una modernidad que él prefiere llamar una “primera modernidad industrial”, y posteriormente la sociedad del riesgo global o segunda modernidad reflexiva. Con esta transición, Beck describe al riesgo de la siguiente manera:

*“Los riesgos no se refieren a los daños producidos. No son lo mismo que destrucción. El concepto de riesgo caracteriza un peculiar estado intermedio entre la seguridad y la destrucción, en el que la percepción de los riesgos que nos amenazan determinan el pensamiento y la acción”* (Beck, 2002).

En cuanto a la elaboración colectiva del concepto de los riesgos, el mismo autor afirma que es pertinente analizar el status de realidad de los riesgos con un enfoque que implique tanto el realismo como el constructivismo, ya que ambos se pueden complementar mutuamente. Beck concluye que en la sociedad del riesgo global la política y subpolítica de la definición de riesgo se hace extremadamente importante ya que los riesgos se han convertido en una de las principales fuerzas de movilización política, sustituyendo muchas veces, por ejemplo, a las referencias de las desigualdades asociadas a la clase, la raza y el género (Beck, 2002).

Por su parte, desde la perspectiva teórica de la antropología médica, para trabajar en los objetivos de la prevención, Romaní sugiere actuar de dos maneras. La primera, basándose en lo que podría llamarse la sabiduría de las instituciones, que existe pero es siempre parcial, pues está basada en discursos que requieren unas ciertas condiciones de producción: científica, legal, administrativa, etc.; y la segunda, creando diferentes vías de interlocución entre las instituciones, las opiniones y saberes de las poblaciones con las que se trabaja. Se trataría de desarrollar las intervenciones, o bien a partir del modelo prescriptivo, o del modelo participativo. El primero es aquel en que el profesional, legitimado por un saber que le confiere cierto poder social, indica la forma como se debe

proceder. El autor describe que desde este modelo la población asume una actitud en la que su quehacer se reduce a seguir los lineamientos prescritos por el especialista. En el modelo participativo, en cambio, se propone incorporar el conjunto de necesidades de la población e identificar con la comunidad los problemas y criterios de abordaje. El eje del trabajo de este modelo es la educación integral a través de los canales de socialización habituales, desarrollando lo que se ha venido a denominar como metodologías dialógicas (Romaní, 2008).

A propósito del consumo de sustancias psicoactivas, tema central de este estudio, a nivel global la prevención del consumo 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. Se plantean cuatro tipos básicos de estrategias: informativas, educativas, alternativas (tratamiento o situación de riesgo) e intervención (de tratamiento propiamente dicho). Su implementación no se limita a una sola de ellas, ya que existe la posibilidad de ser complementadas (Henao, 2013).

## **POLITICA PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PAÍS**

Desde el año 2007 en Colombia se diseñó la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (Ministerio de la Protección Social, 2007), con el fin de reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad. Su objetivo general es ofrecer una respuesta integrada, participativa, corresponsable, efectiva y eficaz frente al consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir de un marco común de referencia ético, filosófico, conceptual, operativo y de gestión (Henao, 2013).

Dicha Política se justifica como sigue:

*“El escenario actual de la protección social en Colombia, su reciente institucionalidad, su marco conceptual y las estrategias en curso para la superación de temas de pobreza y desigualdad, ofrecen una oportunidad excepcional para hacer un manejo conjunto y complementario que vaya más allá de los sectores y permita trabajar los factores de riesgo y de protección desde una mirada más amplia del riesgo y la vulnerabilidad. La expansión y fortalecimiento de las redes de protección social será fundamental para el logro de los objetivos de esta Política y para alcanzar las metas de desarrollo humano que el país se ha propuesto. La política pública en el área del consumo de sustancias*

*psicoactivas, además de mejorar las condiciones de salud física y mental de quienes están ya están involucrados, debe propender por aliviar el sufrimiento asociado y desarrollar condiciones que permitan ejercer control sobre los factores que ponen en riesgo las opciones de vida, el desarrollo de capacidades, la salud y el bienestar. Esto supone trascender el enfoque de la prestación de servicios e involucrarse en el debate global de la agenda de desarrollo del país. Una agenda que prioriza la búsqueda de condiciones para la paz, la seguridad y la superación de la pobreza y la desigualdad” (Ministerio de la Protección Social, 2007) .*

Los tres objetivos estratégicos de la Política son:

- Intervención sobre un mayor número de condiciones y factores macrosociales, microsociales y personales que incrementan la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas.
- Contar con medios para que personas, hogares y comunidades encuentren respuestas oportunas e integrales a sus necesidades frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Capacidad de integración, así como con capacidad de respuesta técnica, institucional y financiera ante las demandas del consumo de sustancias psicoactivas.

Para alcanzar sus objetivos, la Política define cuatro ejes operativos:

Prevención: evitar/prevenir el inicio y uso indebido de sustancias psicoactivas en cualquier momento del ciclo vital. Reducir la prevalencia de consumo y mitigar los impactos negativos en las personas y la sociedad.

Mitigación y Superación: evitar/prevenir que quienes ya se han iniciado en el consumo transiten a patrones de uso problema o a la dependencia (prevalencia); evitar que quienes ya se han iniciado en el consumo, corran riesgos continuados, vean afectada su salud física, mental, emocional, familiar y social; y que por efectos de su consumo pongan en riesgo a terceros (impacto); y evitar que quienes hayan superado su condición de consumidores activos por voluntad y hayan mantenido un estilo de vida libre de “drogas”, retornen a él (prevalencia).

Construir capacidad de respuesta: movilizar esfuerzos para el logro de todos los objetivos estratégicos y en particular el de superación (Ministerio de la Protección Social, 2007).

La Política también define los componentes o medios dirigidos a mejorar la gestión de los riesgos y a reducir las condiciones de vulnerabilidad:

- La promoción de la salud y sus sub-componentes (prevención, educación en salud y protección de la salud) para prevenir y mitigar los riesgos asociados al consumo de alcohol y otras sustancias.

-La asistencia y la atención para mitigar y reducir los riesgos del consumo activo y continuado y los daños ya provocados

-La inclusión social como herramienta para prevenir, mitigar y ante todo superar o hacer frente a las “secuelas” de haber tenido un compromiso activo con el alcohol u otras sustancias (Ministerio de la Protección Social, 2007).

## **LA PREVENCIÓN EN EL MARCO DE LA POLÍTICA PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

La prevención en esta política pública es planteada como una estrategia para manejar o gestionar más efectivamente el riesgo social. Se pone en marcha antes de que el riesgo se manifieste y busca reducir la probabilidad de que un choque adverso afecte la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas, los hogares y las comunidades. En este caso, los “choques” hacen referencia a los factores de riesgo que operan en los niveles macrosociales, microsociales y personales, que hacen parte del escenario vital de todos los que participan en la sociedad y cuya manifestación refleja la concurrencia de diversidad de condiciones y circunstancias más o menos probables, según el grado de vulnerabilidad del sujeto, grupo o comunidad (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Las estrategias que se proponen para este eje se centran en los conceptos de desarrollo, redes e integración/inclusión. Con ello se busca operacionalizar de manera estratégica las actividades en función del trabajo en las capacidades, en lo promocional y en la creación y acumulación de activos humanos y sociales (Ministerio de la Protección Social, 2007).

En el nivel macrosocial se propone llevar a cabo acciones de desarrollo social, deconstrucción normativa, cultural y regulación, control y responsabilidad social. Se reconoce que este es uno de los niveles en los que se enfrentan los mayores retos, por tratarse en muchos casos de aspectos de tipo estructural frente a los cuales es difícil ejercer control. La Política reconoce que uno de los factores con mayor poder protector es la oportunidad de desarrollarse en un entorno “pro-social”, lo suficientemente motivante, que provea medios y recursos para el desarrollo, que ofrezca una normativa cultural y formal protectora que desestime la demanda de sustancias psicoactivas y proteja frente a los efectos nocivos.

El nivel microsocia la Política propone trabajar en factores de riesgo y de protección desde ámbitos de socialización fundamentales para el individuo: la familia, la escuela, el grupo social de referencia (pares) y la comunidad en general. Las estrategias hacen

referencia al desarrollo y fortalecimiento de la familia, fundamental no sólo por ser medio socializador por excelencia, sino porque en su interior se recrean las crisis exógenas, lo cual refleja las condiciones de riesgo y vulnerabilidad del entorno y debilita sus capacidades socializadoras. Otras estrategias hacen referencia a la construcción de redes de apoyo en todos los ámbitos vitales de desarrollo de los sujetos. La Política reconoce que son escenarios ideales para desarrollar la prevención, pero también insta a revisar la mirada que limita, por ejemplo, a la escuela a ser terreno “ideal” para la prevención, para retomar su rol esencial como ámbito socializador y como parte constitutiva de la red de apoyo social de niños, niñas, adolescentes, familias y comunidades.

En relación con lo anterior, la estrategia de integración y reconocimiento social juvenil propuesta por la Política busca atender aspectos de exclusión de los jóvenes de las redes sociales y hacerlos partícipes de las discusiones que comprometen su futuro y bienestar.

El nivel personal es el área de trabajo por excelencia en prevención según lo establecido en la Política. Las estrategias propuestas hacen referencia a la promoción del desarrollo personal y la resiliencia, así como a la creación de redes sociales, de información y servicios, priorizando la protección social a niños, niñas, adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad. La creación de estos espacios busca crear entornos de soporte y proveer medios concretos para una mejor gestión de riesgos, libres de barreras de acceso para los grupos con mayor necesidad.

Según lo establece la Política, para que las estrategias y acciones del eje operativo de prevención consoliden el cumplimiento de la meta se debe: 1) conocer la realidad a transformar, 2) involucrar a los interesados en todas las fases del proceso, 3) actuar sobre las variables predictoras, promover el desarrollo, las redes y la integración, 4) diversificar y llegar a todos los grupos en condición vulnerable, 5) actuar continua y sostenidamente en el tiempo (Ministerio de la Protección Social, 2007).

A pesar de la clara propuesta de esta política pública para implementar acciones a nivel colectivo en la sociedad, su diseño confiere gran importancia a la prevención del riesgo individual asociado al consumo de sustancias psicoactivas.

Las acciones que se han propuesto adoptar en Colombia hacia este fenómeno se encuentran evidentemente fundamentadas en el tradicional concepto de prevención y de modelos de salud que se enfocan en el individuo y unos agentes causales o factores de riesgo los cuales desencadenan una serie de eventos en la salud de las personas. De allí

que los programas de atención que se derivan de estas lógicas de abordaje promuevan sostener toda su estrategia en los tradicionales estilos de vida saludables.

Esta situación está definida en el componente número 3 del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), el cual relata lo siguiente:

*“Prevención del consumo de sustancias psicoactivas: Acciones y programas basados en la evidencia encaminados a reducir la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas (lícitas - ilícitas), interviniendo de manera integral los factores más predictivos del consumo, mediante la creación y fortalecimiento de las condiciones que promuevan estilos de vida y conductas saludables”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Los estilos de vida saludables son entonces vistos como un contrapeso que se debe implementar para que las personas actúen de manera que reduzcan la posibilidad de articular su forma de vida con los factores de riesgos latentes.

## **PERCEPCIÓN.**

Es posible encontrar diferentes conceptos de percepción de acuerdo con la disciplina que busque hacer su abordaje teórico. Dentro de los planteamientos que hace la psicología, se encuentra que la percepción ha sido entendida como un proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos como el aprendizaje y la memoria (Vargas, 1994).

Merleau-Ponty describe que dentro de la percepción hay procesos cambiantes, donde hay un observador que no aprecia en su totalidad el entorno debido a la variabilidad de perspectivas y situaciones en las que son experimentadas las sensaciones. Es un proceso de construcción de significados que sigue su curso de manera dinámica sin llegar a ser una agregación lineal de experiencias (Merleau-Ponty, 1994)

A partir de la perspectiva antropológica, Luz Vargas Melgarejo plantea que la percepción:

*“...es entendida como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata de las personas para la producción de símbolos. A través de la vivencia la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del*

*entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos contruidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad” (Vargas , 1994)*

Por lo anterior, resulta relevante explorar las percepciones de distintos grupos de personas sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas con el fin de contrastar estas percepciones con lo establecido sobre la prevención en el documento de la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (Ministerio de la Protección Social, 2007).

## REVISION DE ANTECEDENTES Y PROBLEMATIZACION

Para el desarrollo de la presente investigación se realizó una búsqueda documental a partir de la cual fue posible rastrear y hallar artículos científicos teniendo en cuenta como criterio de búsqueda que fueran estudios iberoamericanos recientes que abordaran las categorías: sustancias psicoactivas, prevención, políticas públicas y percepción. En la revisión de la literatura fue posible encontrar el abordaje del fenómeno de consumo de sustancias psicoactivas en distintas perspectivas y con objetivos diferentes.

Dado que en este estudio se tiene como referente una política pública en salud, es importante señalar como punto de inicio el trabajo de Subirats (2001) quien presenta elementos interesantes a incluir en el análisis de la construcción de políticas públicas en el ámbito de la salud. El autor, reconoce que los verdaderos intereses públicos no están siendo rastreados y tenidos en cuenta, ya que predominan criterios de compromiso por parte de los tomadores de decisiones en el ejercicio de gobernar. Por lo tanto concluye que en el debate público lo más relevante y con potencial decisorio en el ámbito de las políticas en salud es la capacidad de persuasión, ya que en la agenda política la prioridad en problemáticas no siempre corresponde con la situación de mayor complejidad o relevancia. Señala que hay una tradición democrática relativamente débil con la cual se dificulta trasladar desde la sociedad civil lo que ésta concibe como una situación problemática; aspecto que es este estudio es central pues se tuvo como objetivo explorar las percepciones de un grupo de personas sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Como aporte final, el autor resalta la importancia de desarrollar iniciativas desde la sociedad civil para que se alcancen políticas con mejores resultados en salud (Subirats, 2001).

Respecto del rol de los integrantes de una sociedad en cuanto a las problemáticas que provocan el diseño de políticas públicas en salud dirigidas a la prevención del consumo, Calderón y Cáliz (2015) subrayan que el sujeto joven universitario está dispuesto al debate reflexivo acerca del consumo, en la medida en que dichos espacios de discusión no impliquen prejuicios de tipo moral. Su objetivo fue la comprensión de los motivos que llevaron a un grupo de jóvenes universitarios a optar por el consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal. Concluyen que se debe buscar fortalecer la autonomía y capacidad de toma de decisiones en las personas, y por el contrario evitar toda forma de medidas prohibicionistas, punitivas y moralistas. Además, señalaron que, en cuanto a las motivaciones hacia el consumo, existe una relación importante con el ámbito familiar,

académico, la relación entre pares, la decisión personal, el microtráfico de sustancias de uso ilegal y el comercio de sustancias legales.

En cuanto a los jóvenes y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, Recalde (2015) señala que es de gran importancia implementar programas en medios estudiantiles en donde el abordaje de la salud se realice en un entorno democrático, estimulante, y conectado a las familias de los alumnos y a la comunidad. El autor argumenta que la familia y la institución escolar deben jugar un papel de redes sociales de prevención. Afirma que el propósito es lograr que la prevención y rehabilitación sean procesos armónicos para las personas, y esto redunde en buenos resultados. Se destaca que el autor, formula un concepto de prevención que guarda estrecha relación con el enfoque de reducción de riesgo ya que prioriza al consumidor como un sujeto que no debe ser marginalizado, penalizado, sino más bien debe ser incluido en sus redes sociales de prevención (escuela y familia) y en la sociedad misma la cual debe adoptar una posición de no discriminación.

Oriol Romaní, catedrático en antropología social en España y pionero en el uso de metodología biográfica, así como en el estudio de grupos juveniles y de los usos de sustancias psicoactivas y estudios sobre salud y drogas, ha adelantado estudios desde un enfoque antropológico y de la salud, los cuales respaldan también un modelo participativo de cara a la reducción del riesgo y la prevención, argumentando que el paradigma prohibicionista no es efectivo en su intento de erradicación de sustancias psicoactivas. El objetivo debe ser minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo, así como disminuir la marginalidad, los riesgos de infecciones como VIH, y la mortalidad. En cuanto a América Latina, destaca la puesta en marcha de estos programas en países como México, Argentina y Brasil, donde ha habido una importante participación de instituciones políticas y de la sociedad civil en aras de estas propuestas para ser implementadas en políticas públicas. Un gran énfasis de esta postura es dar al individuo consumidor un lugar visible y socializado, además de un papel protagónico como interlocutor y gestor de su problemática con una amplia acción participativa (Romaní, 2008).

Teniendo en cuenta entonces los beneficios de la participación de la persona con consumo de sustancias psicoactivas, al ser escuchada y tomar parte en la interlocución de programas, hay estudios como el de Sánchez y Ortiz en 2014, en el que claramente se busca conocer opiniones y actitudes de ciudadanos en diferentes ciudades de Latinoamérica frente al consumo y las políticas antidrogas. Las edades promedio de inicio

de consumo encontradas fueron de 17 años para marihuana y 19 años para cocaína. Es interesante encontrar que a estas personas se les preguntó si consumirían más marihuana en el evento de que esta droga fuera despenalizada y cerca del 80% de los participantes respondieron que no lo harían. Esto motiva la reflexión acerca de si uno de los ejes principales de las políticas públicas debe estar enfocado en esta materia. Los ciudadanos relatan que el mayor problema con el consumo de estas sustancias es el poder adictivo de las mismas y su vinculación con actividad delictiva (Sánchez y Ortiz, 2014).

El más reciente estudio nacional en Colombia para evaluar consumo de sustancias psicoactivas corresponde al realizado en el año 2013. Con él se buscó medir las prevalencias de consumo para sustancias legales e ilegales en población entre los 12 y 65 años de edad. Así mismo se definieron algunos grupos poblacionales como prioritarios y vulnerables. Se consideran relevantes algunas consideraciones para este estudio como son: no incluir establecimientos penitenciarios, centros de tratamiento y rehabilitación, habitantes de calle.

En sus conclusiones, el estudio describe que su metodología estuvo enmarcada en estudios y visitas de hogares.

A continuación, se presentan los datos comparativos de los estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia correspondientes a los años 2008 y 2013, en donde se manifiestan los resultados que hacen referencia a un aumento en la prevalencia de los consumos para estas sustancias:

**Prevalencia de uso de cocaína de los estudios 2008 y 2013.**

Prevalencia	Año Estudio	
	2008	2013
Vida	2.47 %	3.23% *
Ultimo Año	0.71 %	0.70%
Último Mes	0.45 %	0.40%

Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013.

**Prevalencia de uso de marihuana de los estudios 2008 y 2013.**

Prevalencia	Año Estudio	
	2008	2013
Vida	7.91 %	11.48 %*
Ultimo Año	2.12 %	3.27% *
Último Mes	1.52 %	2.18%*

Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013.

### Prevalencia de uso de alcohol de los estudios 2008 y 2013.

Prevalencia	Año Estudio	
	2008	2013
Vida	86.31 %	87.07%
Ultimo Año	60.23 %	58.78%
Último Mes	33.78 %	35.77%*

Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013.

### Prevalencia de uso de alguna sustancia ilícita de los estudios 2008 y 2013.

Prevalencia	Año Estudio	
	2008	2013
Vida	8.76%	12.17 %*
Ultimo Año	2.57%	3.57%*
Último Mes	1.74%	2.33%*

Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013.

En un estudio realizado por Quintero en 2013 alrededor de estrategias políticas, se concluyó que en Colombia se han propuesto dos posturas diferentes frente a la problemática de comercialización y consumo: por un lado existe el argumento de erradicación, prohibición, penalización y no tolerancia de sustancias psicoactivas desde el enfoque de la salud pública. Esta ha sido la columna vertebral del plan Colombia. De otra parte se encuentra la propuesta para el tratamiento social y cultural que apunta a medidas como disminución del daño, consumo responsable y regulaciones del mercado que promueven la libertad del individuo y su capacidad de tomar decisiones responsablemente. Las experiencias de países como Holanda, Suiza y Portugal hablan de reducción del daño sin marginalizar ni estigmatizar al individuo, con políticas menos enfocadas en las drogas y más concentradas en las personas. No hay un propósito único de erradicación de sustancias ya que existe una gran diversidad de sustancias sintéticas que representan alternativas permanentes para el consumidor. Han propendido más por opciones pedagógicas frente al daño y la salud (Quintero, 2013).

Finalmente, es importante señalar en el ámbito el estudio realizado por Henao (2013) donde se identificaron y caracterizaron las representaciones sociales de las intervenciones para el consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad de Medellín. Utilizando como metodología un modelo teórico fundamentado en el interaccionismo simbólico, la etnografía representativa y el análisis textual, se identificó que la educación es la representación social y alternativa más válida para intervenir el consumo de sustancias psicoactivas, y que la solución a un problema es la intervención. Además, el paradigma prohibicionista toma importancia como estructura de significación. Se concluye que dicha intervención debe incluir: la participación, la multidisciplinariedad, la integralidad, la sensibilidad, el diálogo propositivo, lo psicosocial, la pedagogía, la investigación, la educación y la normatividad (Henao, 2013)

Esta revisión de antecedentes lleva a una reflexión en torno a los planteamientos que exponen los diferentes autores a explorar una participación incluyente de la sociedad de cara a:

- Evidenciar prioridades y verdaderas situaciones problemáticas sociales.
- Desarrollar estrategias de prevención en donde se visibilice y priorice a la persona implicada en el asunto a prevenir, otorgando a esa persona validez en sus criterios y participación.

-Llevar estos hallazgos a la formulación de políticas de salud que agrupen intereses propios de los colectivos.

A pesar de haber rastreado estudios que dan cuenta de la percepción y de las representaciones sociales del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, en esta búsqueda y revisión no se encontraron referencias de estudios concernientes a la percepción específica de la prevención del consumo.

Es por ello que con esta investigación se buscó analizar la percepción que tienen algunos actores sociales en la ciudad de Bogotá acerca de la prevención en el consumo de sustancias psicoactivas.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Identificar en la ciudad de Bogotá las percepciones que tienen algunos actores sociales como son: funcionarios públicos, la academia, el prestador de servicios de salud, los medios de comunicación y la población, sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Comparar las percepciones que tienen algunos actores sociales sobre la prevención de consumo de sustancias psicoactivas evaluando similitudes y contrastes.

Comparar las percepciones de los actores sociales seleccionados, con el planteamiento de prevención de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, 2007.

Proponer recomendaciones a la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto 2007.

## METODO

### DISEÑO.

Se realizó un estudio cualitativo de tipo interpretativo (Tabla 1) con el propósito de identificar y analizar las percepciones acerca de la prevención de consumo de sustancias psicoactivas. De acuerdo con Ulin, para los estudios cualitativos con aplicación en salud pública:

*“El mundo social está constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de los seres humanos. La realidad es subjetiva y múltiple, vista desde distintas perspectivas. Los significados se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con contextos sociales.”* (Ulin, 2006)

**Tabla 1. METODO**

Objetivo	Técnica	Fuentes de información	Instrumento	Análisis
<p><b>1. Comparar las percepciones</b> que tienen algunos actores sociales sobre la prevención de consumo de sustancias psicoactivas evaluando similitudes y contrastes.</p>	<p>Entrevista semiestructurada.</p>	<p>Actores sociales que hagan parte de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estado (Cantidad:1) Funcionario ministerio de salud</li> <li>-Academia (Cantidad: 4) Salud pública Psicología Derecho Ciencias sociales</li> <li>-Prestador de servicios de salud (Cantidad: 1) Promoción y prevención Medicina general</li> <li>-Población (Cantidad: 3) 3 hombres entre 18-40 años de edad, cualquier estrato socioeconómico y nivel educativo.</li> <li>-Medios de comunicación (Cantidad: 2) Periodistas vinculados al medio de la televisión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuestionario sociodemográfico y de historia de consumo.</li> <li>-Guía de preguntas de entrevista semiestructurada.</li> </ul> <p><u>Categoría 1:</u> Prevención</p> <p>Subcategorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Origen de la prevención.</li> <li>-Finalidad de la prevención.</li> </ul> <p><u>Categoría 2:</u> Consumo de sustancias psicoactivas</p> <p>Subcategorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sustancias psicoactivas.</li> <li>-Individuos que consumen.</li> <li>-Consumo como problema.</li> </ul> <p><u>Categoría 3:</u> Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>Subcategorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Experiencias de prevención.</li> <li>-Alcances de la prevención.</li> <li>-Importancia de la prevención</li> <li>-Factores de riesgo.</li> <li>-Vulnerabilidad.</li> <li>-Propuesta de prevención.</li> </ul>	<p>Análisis de contenido (Ulin,2006 Hernández, 2010)</p> <p>Codificación abierta, axial. (Hernandez,2010)</p>

Objetivo	Técnica	Fuentes de información	Instrumento	Análisis
<p><b>2.</b> Comparar las percepciones de los actores sociales seleccionados con el planteamiento de prevención de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, 2007.</p>	<p>Revisión fuente secundaria política pública 2007 para: Definición de la prevención contenida en la política pública.</p> <p>Comparación de las ideas de prevención propias de la política pública con las percepciones de los actores sociales.</p>	<p>Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto 2007.</p> <p>Percepciones acerca de prevención por parte de los actores sociales según el análisis realizado en el objetivo 1.</p>	<p>-Cuestionario sociodemográfico y de historia de consumo. -Guía de preguntas de entrevista semiestructurada.</p>	<p>Análisis de contenido (Hernandez, 2010), comparando la propuesta de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, 2007, y las percepciones de los actores sociales.</p>
<p><b>3.</b> Proponer recomendaciones a la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto 2007.</p>	<p>Recomendaciones a partir de análisis de contenido de las percepciones encontradas en los actores sociales y la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas.</p>	<p>Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto 2007.</p> <p>Percepciones acerca de prevención por parte de los actores sociales, según el análisis realizado en los objetivos 1 y 2.</p>		<p>Formulación de recomendaciones.</p>

## **PARTICIPANTES**

De acuerdo con Hernández, la muestra para un estudio cualitativo se define en cantidad de acuerdo con aspectos importantes inherentes al proceso de investigación como son: la saturación de categorías, la naturaleza del fenómeno a estudiar, el entendimiento del fenómeno y la capacidad de recolección y análisis. Sin embargo, no hay un parámetro definido para seleccionar un número determinado a considerar dentro de la muestra. El tamaño de la muestra no se debe determinar arbitrariamente antes de la recolección de los datos, sino más bien se debe establecer una unidad de análisis con un número de casos propicios para el objetivo del estudio. La decisión de dicho número de casos que participarán en la muestra es del investigador. La muestra final podrá ser apreciada en la medida que los casos que van adicionándose no constituyen un aporte relevante y novedoso, a lo cual se denomina: saturación de categorías. El mismo autor menciona que en la investigación cualitativa, el muestreo puede abordar criterios o categorías dentro de las que se incluyen: muestra de sujetos voluntarios y muestra de expertos, entre otros (Hernández, 2010).

De acuerdo con estos conceptos y teniendo en cuenta la capacidad para la recolección y análisis de la información en un tiempo previamente definido para la ejecución y entrega de este trabajo de investigación, se seleccionó en la ciudad de Bogotá a un total de 11 personas identificados como actores sociales, 3 de los cuales corresponden a población general: allí se buscó la participación de hombres y mujeres con edades entre los 18 y 40 años, sin distinción de estrato socioeconómico ni de nivel educativo.

Para el caso de la academia se incluyeron 4 profesionales en las áreas de salud pública, psicología, derecho y ciencias sociales. El prestador de servicios de salud correspondió a un médico general que presta atención en el servicio de consulta externa en una IPS de la ciudad de Bogotá. Los otros participantes fueron 2 periodistas presentadores de noticias en un canal de televisión privado, y un funcionario público del Ministerio de Salud experto en el área de salud mental y sustancias psicoactivas.

No se definió de primera mano un criterio de selección para personas con consumo activo de estas sustancias, pero se realizó dentro de las entrevistas una indagación de experiencias personales de consumo lo cual permitió evidenciar que la muestra seleccionada incluyó personas con historia de consumo de sustancias psicoactivas.

## **TECNICA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

A los participantes que conformaron la muestra para esta investigación se les realizó de manera individual una entrevista semiestructurada, previo consentimiento informado verbal para el desarrollo de las mismas. Las categorías de este estudio que estructuran las entrevistas fueron construidas a partir de la revisión de antecedentes y teniendo en cuenta los objetivos específicos del trabajo de investigación.

A continuación se presentan las categorías incluidas en la guía de entrevista semiestructurada (Tabla 2):

**Tabla 2. CATEGORIAS Y GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Definición</b>	<b>Preguntas</b>
		Información sociodemográfica.	Edad Sexo Ocupación Procedencia Nivel educativo Estrato socioeconómico
		Antecedentes de consumo.	¿Ha consumido sustancias psicoactivas? ¿Ha tenido algún familiar que haya consumido sustancias psicoactivas?
1. Prevención.	Origen de la prevención.  Finalidad de la prevención.	Conocer de qué manera se está entendiendo el concepto de prevención, y cómo se entiende el punto de partida para iniciar acciones de prevención  Hacia qué aspectos está orientada la prevención y la forma como debe implementarse.	Para usted, ¿qué significa la palabra prevención? Mencione ejemplos de algo que sea necesario prevenir. ¿De dónde nace la idea de la prevención? ¿Cómo fue que se empezó a pensar en prevención?  Dentro de la salud, ¿qué sería importante prevenir? ¿Por qué es necesario prevenirlo(s)? ¿Quién o quiénes deberían estar a cargo de realizar esta prevención? ¿Cómo cree usted que esta(s) persona(s) debería(n) hacer esa prevención?
2. Consumo de sustancias psicoactivas.	Sustancias psicoactivas.  Individuos que consumen.  Consumo como	Qué conocimiento se tiene acerca de las sustancias psicoactivas.  Qué personas son entendidas como consumidoras y el propósito que tiene este acto.	¿Ha escuchado el término sustancia psicoactiva? ¿A qué cree que se refiere? ¿Qué sustancias psicoactivas conoce? ¿En dónde ha escuchado acerca de esas sustancias? ¿Cuáles cree usted que son las que más se consumen? ¿Quiénes las consumen? ¿Por qué cree usted que las consumen? ¿Usted cree que la persona que consume sustancias psicoactivas puede llegar a tener alguna situación de salud por el hecho de consumir? ¿Considera usted que el consumo de estas sustancias representa un problema?

	problema.	Registrar si para el consumidor hay situaciones desfavorables como resultado del consumo. Impacto del consumo en las diferentes áreas de la vida del consumidor.	En caso afirmativo, ¿para quién representaría un problema? ¿Por qué sería un problema? ¿De qué forma se manifiesta ese problema? ¿Cuál sería el impacto o alcance de ese problema? ¿Qué diferencias encuentra usted en el consumo de sustancias psicoactivas en la población colombiana frente a otros países del mundo?
3. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.	Experiencias de prevención.	Conocimientos aprendidos acerca de la prevención y nivel de relevancia de los mismos.	¿Alguna vez ha recibido información acerca de la prevención de consumo de sustancias psicoactivas? En caso afirmativo: Describa como fue esa situación. En caso afirmativo: ¿Qué le pareció importante de esta información? ¿Considera que faltó incluir algo más que podría ser importante?
	Alcances de la prevención.	Relación de la prevención con otras dimensiones de la vida del individuo diferentes a la salud.	¿Usted cree que, en cuanto a las sustancias psicoactivas, la prevención tiene que ver con otros aspectos de la vida de la persona diferentes a la salud? ¿Cuáles aspectos, y por qué? ¿Piensa usted que este consumo no debería prevenirse, sino más bien plantearle al consumidor formas de prevención orientadas a otro tipo de actos que no sean impedir el consumo?
	Importancia de la prevención en Colombia.	Balance de los resultados de la prevención en Colombia. Cuáles son las acciones identificadas como propias de prevención de consumo en Colombia.	Para usted, ¿qué tan importante es el tema de la prevención de sustancias psicoactivas en Colombia? ¿Qué acciones de prevención ve usted que se han realizado en Colombia hacia el consumo de sustancias psicoactivas? ¿Le parece a usted que la prevención en Colombia ha funcionado? ¿Por qué? ¿Qué pasaría si la prevención actual en Colombia dejara de implementarse, es decir, se suspendiera?
	Factores de riesgo.	Relación entre consumo y la situación social, económica y laboral del consumidor.	¿Usted cree que tiene algo que ver el acceso o la falta de acceso a la educación, con que una persona consuma sustancias psicoactivas? ¿Usted cree que tiene algo que ver la oportunidad o la falta de oportunidad de trabajo, con que una persona consuma sustancias psicoactivas? ¿Usted cree que tiene algo que ver el acceso o no acceso a servicios de salud con que una persona consuma sustancias psicoactivas? ¿Si todas las sustancias psicoactivas

	Vulnerabilidad .	<p>Cómo se entiende el concepto de vulnerabilidad y si ésta tiene alguna relación con el consumo.</p>	<p>fueran lícitas sería más fácil prevenir su consumo? ¿Por qué?  ¿Para usted qué significa la vulnerabilidad?  ¿Qué piensa usted que hace que una persona sea vulnerable?  ¿Y usted cree que esas condiciones o situaciones son las que hacen que las personas consuman sustancias psicoactivas?</p>
	Propuesta de prevención.	<p>Forma de pensamiento reflexivo y propio del participante acerca de la manera de realizar prevención del consumo.</p>	<p>Considerando que hay personas que consumen sustancias psicoactivas y otras que no lo hacen, ¿a quienes debería estar dirigida la prevención?  Según estas reflexiones, ¿Quiénes entonces deben participar en la prevención?  ¿De qué manera lo deberían hacer?  Describa: ¿cuál sería su propia propuesta de prevención?</p>

## **PLAN DE ANÁLISIS.**

De acuerdo con lo descrito por Hernández, en el análisis de la investigación cualitativa se desarrolla una codificación de los datos para lograr una descripción más completa de estos y generar un mayor entendimiento del material analizado. De esta manera se procede con una identificación de unidades de significado o segmentos de contenidos que deben ser categorizados y asignados con códigos. Las categorías entonces, son conceptos, experiencias, ideas, hechos relevantes, los cuales tienen un significado (Hernández, 2010).

### **Objetivo específico 1:**

En la presente investigación, una vez transcritas todas las entrevistas, se realizó la codificación abierta con el objetivo de identificar las percepciones de los participantes sobre la prevención de consumo de sustancias psicoactivas según las categorías y subcategorías establecidas, derivadas de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto 2007. A cada segmento de cada entrevista le fue asignado un código correspondiente a la categoría y a la subcategoría a la cual pertenecían.

Seguidamente, se realizó la codificación axial. A partir de los segmentos de las entrevistas, codificados como se describió previamente, se efectuó la agrupación según subcategorías, es decir, cada segmento de la entrevista fue recortado y asignado a un sobre, cada uno de los cuales correspondió a una subcategoría. Posteriormente se procedió al análisis conjunto de las subcategorías, de manera que se pudiera llegar a la comprensión de cada una de las categorías de estudio de acuerdo con los significados allí implícitos.

### **Objetivo específico 2:**

Una vez constituidas las categorías de análisis se procedió a comparar las percepciones de los participantes, entre sí y con el planteamiento de prevención de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto 2007. A partir del análisis de contenido (Hernández, 2010) realizado, se identificaron similitudes y diferencias entre lo dicho por los participantes y los contenidos propuestos por el documento de la política pública en mención.

## **PROCEDIMIENTO.**

Inicialmente se hizo el diseño de la guía de entrevista semiestructurada a partir de las categorías definidas de los planteamientos de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto 2007.

Posteriormente, se efectuó la aplicación piloto de la guía de entrevista con su respectiva transcripción. Una vez completado este paso, se procedió al análisis de la entrevista piloto con la finalidad de hacer ajustes al instrumento, y afinar la técnica de codificación (abierto y axial) con acompañamiento de la directora de tesis.

Se dio inicio entonces al proceso de contactar a los participantes y consecuentemente, a la realización de las entrevistas semiestructuradas. Las transcripciones fueron realizadas por el investigador principal.

Se implementó luego a cargo del investigador, la sistematización de la información con el proceso de codificación ya descrito. En este punto se hizo la respectiva asesoría y comentarios por parte de la directora de tesis.

La siguiente instancia fue el análisis y escritura del documento final.

## RESULTADOS

Los objetivos planteados inicialmente para esta investigación fueron:

Comparar las percepciones que tienen algunos actores sociales sobre la prevención de consumo de sustancias psicoactivas evaluando similitudes y contrastes.

Comparar las percepciones de los actores sociales seleccionados, con el planteamiento de prevención de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, 2007.

Proponer recomendaciones a la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto 2007.

A continuación se van a presentar los resultados de estos objetivos específicos los cuales fueron articulados por medio de los siguientes apartados en donde se recogieron las categorías incluidas en las entrevistas. Estos apartados surgen como una propuesta que da cuerpo y proporciona una secuencialidad a la descripción que se construyó a partir de lo analizado en las entrevistas.

Los apartados son:

- Concepto de prevención.
- Sustancias psicoactivas.
- Consumo y consecuencias de salud.
- El consumo como problema.
- Consumo comparado entre países.
- Experiencias de prevención.
- Formas de prevención.
- Importancia de la prevención.
- Acciones de prevención.
- Resultados de la prevención en Colombia.
- Ambitos para abordar la prevención.
- Consumo y acceso a educación, trabajo y servicios de salud.
- Prevención y sustancias lícitas.
- Vulnerabilidad.
- Política Nacional de la reducción de consumo de sustancias psicoactivas.

## CONCEPTO DE PREVENCIÓN.

El análisis de las percepciones de los diferentes actores sociales ha permitido encontrar que la prevención como concepto está siendo entendida en términos de acciones como evitar y anticiparse, y que estas acciones apuntan a unas situaciones, condiciones, cosas o estados indeseables o peligrosos en los cuales hay afectaciones.

Por tanto la prevención representa un trabajo que debe ser realizado para adquirir conocimientos y replicarlos alrededor de un ejercicio educativo y de información teniendo referencia de condiciones asociadas a riesgos que pueden llegar a convertirse en situaciones extremas o de daño.

Se encontraron entonces semejanzas en las percepciones alrededor de esta categoría, lo cual puede apreciarse en los siguientes apartes:

*“Prevención es no llegar a un extremo para tener algo que le vaya a afectar o a tener algún problema. Es hablar de un tema, escucharlo y socializarlo”*

(Población general: hombre, 51 años)

*“Prevención es el trabajo que uno debería hacer para evitar alguna condición o cosa que uno no quiera”* (Academia: Ciencias sociales, Socióloga)

*“La prevención significa llevar a cabo actividades encaminadas a evitar, mitigar o controlar riesgos conocidos asociados a otras actividades”*

(Academia: Derecho, abogado)

Con el planteamiento de escenarios cotidianos o ámbitos de la vida donde la prevención pueda tener una implicación para las personas, se hizo evidente que los accidentes cobran particular importancia, así como también los conflictos entre personas o grupos de personas, los estados emocionales como la tristeza, involucrarse con personas que sean una influencia negativa, los embarazos, la seguridad de los niños en distintos lugares, el maltrato que reciben los niños por parte de personas cuidadoras y el ser víctima de delincuentes.

A pesar de indagarse inicialmente la idea de prevención excluyendo toda asociación a la salud, los resultados de las entrevistas muestran cómo el concepto de prevención se

mantiene muy vinculado con los daños a la salud particularmente en lo relacionado con enfermedades crónicas, con una alimentación inapropiada y con riesgos laborales.

El origen de la prevención se percibe como algo inherente al ser humano donde el sentido de protección toma lugar en situaciones históricas comprendidas como eventos no deseados, desastres, crisis, guerra y defensa de los pueblos. La connotación de una actividad colectiva es bastante reiterada, haciendo alusión a pueblos y Estados que reaccionen por medio del miedo frente a algo que lastime o haga daño. También se manifestaron ideas alrededor de la influencia de la racionalidad de la mujer en su rol de madre como factor determinante para el origen de la prevención.

Ejemplos de estos contrastes se encontraron en:

*“...la prevención tiene que haber existido desde que el mundo es mundo y desde que las mamás existimos, porque las mamás siempre vamos un paso más adelante advirtiéndole a los niños...”*

(Medios de comunicación 1, Periodista)

*“...yo creería que podría ser a partir de momentos críticos, de guerras, de epidemias, de ciertos momentos que impactan a la humanidad de una manera tan fuerte...”*

(Academia: Psicología, especialista Psicología Clínica)

Al considerar la importancia de la prevención propiamente dentro del ámbito de la salud, las respuestas de los entrevistados se orientan a plantear que las enfermedades crónicas, especialmente la diabetes deben ser tenidas en cuenta para ello. Fueron ponderadas también situaciones o patologías como hipertensión arterial, cáncer, enfermedades respiratorias, desnutrición infantil, enfermedades mentales, embarazo temprano, enfermedades de transmisión sexual, VIH, y todo aquello que simboliza un alto impacto para la salud en términos de riesgo de muerte, además lo relacionado con salud mental como depresión y suicidio.

Por otro lado, se manifestó que lo que es realmente importante prevenir en salud no son las enfermedades como tal, sino la desinformación y la falta de educación, ya que una sociedad mal informada no tiene la capacidad de tomar decisiones apropiadas y bien elaboradas con relación a la salud.

*“...no debemos pretender tener una sociedad 100% saludable y que todo el mundo consuma 5 porciones de frutas y verduras al día, y que haga 150 minutos de ejercicio a la semana, no. Pero yo si pienso que es importante que la gente sepa que eso es lo que debe hacer para prevenir y para cuidarse; si uno ya decide hacerlo o no hacerlo ya es su decisión, pero que sea una decisión argumentada, entonces lo más importante en prevención es la educación”*

(Academia: Salud Pública)

También se le atribuyó importancia a la prevención en cuanto a que en sí misma constituye un instrumento para persuadir las distintas formas de pensamiento y comportamiento de las personas; por ejemplo, lo descrito por el médico participante manifiesta que las personas en general tienen una forma particular de ver la salud como algo no prioritario sobre otros aspectos de sus vidas:

*“La salud para las personas no es una prioridad, a pesar de que es el bien máspreciado que tenemos, las personas no le dan la importancia adecuada. Para las personas, decirles que hagan ejercicio es como si les dijera: voy a quitarle una hora de su tiempo; entonces hay tiempo para ver la novela, para echar chisme, para fumar, para beber, pero para hacer ejercicio no hay.”*

(Prestador de servicios de salud: Médico General)

La prevención es entonces, el discurso por medio del cual las personas deben comprender que es importante la puesta en marcha de pautas de cuidado personal y que la salud es su propia responsabilidad y no del médico o de las instituciones de salud:

*“.. es muy difícil concientizar a las personas de que la salud no es responsabilidad de la EPS o del médico... en gran parte la salud depende del paciente, si el paciente no se cuida es muy difícil.”*

(Prestador de servicios de salud: Médico General)

La prevención es la que permite mejorar la calidad de vida y prolongar la expectativa de vida. Es aquella que se recibe y se replica en la familia y en la sociedad. Es la que trae

repercusiones productivas y laborales con resultados importantes para un Estado. Es la que puede llegar a disminuir una carga significativa en el sistema de salud de un Estado. Es el contrapeso a circunstancias que pueden acarrear situaciones de discapacidad.

*“Es importante prevenir para mejorar la calidad de vida y para prolongar la expectativa de vida”*

(Academia: Psicología, especialista Psicología Clínica)

*“... estos eventos no son mortales, por decirlo de alguna manera, pero sí son bastante generadores de discapacidad y de cronicidad, y por ende se necesita centrar esfuerzos allí para que podamos gestionar de la mejor manera los riesgos que son más predictivos de estos desórdenes... también en términos de costos, de la carga que genera para el sistema...”*

(Funcionario público, experto Salud Mental Ministerio de Salud)

La ejecución del rol de la prevención se percibe como tareas que corresponden a varios actores, dentro de los que frecuentemente se mencionó a: el individuo, la familia, la comunidad, personas del entorno laboral, los educadores o maestros, la sociedad, los medios de comunicación, el personal de atención en salud y el Estado.

El individuo: Debe ejercer una labor de corresponsabilidad, partiendo del hecho de realmente querer prevenir, además de aplicar la información recibida y realizar el autocuidado.

*“Yo considero que eso es en general propio, no?. Es personal y más en el tema de salud, pues el estilo de vida que uno tenga, entonces eso es personal, pero obviamente uno no tiene todo el conocimiento de muchas cosas y pues las personas que si tengan el conocimiento le ayuden a uno a esas prevenciones y le colaboraran en ese sentido”*

(Población general: hombre, 31 años)

La familia: Función protectora a través de vínculos afectivos. Modelan comportamientos coherentes con el autocuidado que enseñan. El autocuidado debe construirse alrededor del peligro que representan las situaciones indeseables.

*“Si el niño ve que el papá come frente al televisor, si el niño ve que el papá fuma, si el niño ve que el papá le pega a la mamá, el niño entiende que eso está normal y que eso está bien porque ese es su ejemplo a seguir...tiene que empezar desde la casa, los padres diciéndole a los niños: mire, su mercé debe dormir tantas horas, debe dormir bien, deje de ver tanta televisión, despéguese de ese celular...Entonces tenemos malos ejemplos, malos ejemplos que son copiados...”*

(Prestador de servicios de salud: Médico General)

Los educadores: Su rol está fundamentado en la cotidianidad y cercanía con los jóvenes, también replican y modelan el autocuidado.

En las apreciaciones de la persona participante experta en psicología clínica es importante tener en cuenta a quien va dirigida la prevención para definir quién debe estar a cargo de estas acciones. También explica que se debe considerar a las personas cercanas y su vinculación con el receptor de la prevención. Por ejemplo, en el entorno laboral es corresponsabilidad de todas las personas que trabajen en ese determinado lugar.

*“Si por ejemplo quiero prevenir algo específicamente con niños, creo que juegan un papel importante las personas que están directamente relacionadas, sean los cuidadores, o sean sus docentes, la familia nuclear, la familia extendida, los que están cerca a.”*

(Academia: Psicología, especialista Psicología Clínica)

Uno de los participantes de los medios de comunicación propone que la comunidad y la sociedad llevan a cargo estas tareas en la medida que mantienen acciones de prevención repetidas y habituales buscando que haya una transformación en términos de convicción cultural.

Por otro lado, la persona experta en ciencias sociales define que estas acciones son producto del mismo individuo en función de sus propias decisiones; y a nivel colectivo por parte de las instituciones. En cuanto al Estado, le compete la centralidad de las normas y la toma de decisiones.

Para el participante de población general 2, las personas con formación en psicología deben dar los lineamientos e información con respecto a la prevención, ya que son los concedores de estas temáticas.

Estado: Define una normatividad, determina prioridades para un país, provee la operatividad y recursos para ejecución de acción preventiva, brinda espacios y condiciones apropiadas, dirige a las instituciones, diseña campañas y programas.

Medios de comunicación: Participan con un fomento reiterativo de las campañas y programas previamente formulados y puestos en marcha.

### SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Acercas de la comprensión de las sustancias psicoactivas hay elementos comunes como son la alteración del individuo consumidor en diferentes niveles como: el estado de consciencia, la percepción de la realidad, las reacciones físicas, verbales, emocionales, el pensamiento, la interacción con el mundo.

En otras medidas, se entiende que a nivel del sistema nervioso produce modificaciones en sus funciones en cuanto a la naturaleza depresora o estimulante y con una variada capacidad adictiva y de dependencia hacia las mismas.

El conocimiento de estas sustancias guarda relación con la cotidianidad, con espacios en donde las personas mencionan frecuentemente este tópico. En las familias, hogares, los centros de educación, el barrio, los amigos, medios de transporte, lugares de ocio y diversión, y los medios de comunicación.

Las sustancias psicoactivas de las cuales tienen referencia los actores sociales entrevistados son: marihuana, cocaína, heroína, alcohol, bazuco, éxtasis, hongos, cigarrillo, pegantes, ácidos, anfetaminas, sintéticas, mezclas, opio, LCD, "pepas".

Entienden además que las que más se consumen son alcohol, marihuana, cocaína, y sintéticas.

El participante de población general 2, define no conocer o intuir cuáles sean las que más se consumen.

Los individuos consumidores están referenciados en las percepciones de diversas maneras: por un lado se comenta acerca que el consumo es muy general en la población, pero que ocasiones abiertamente lo hacen los jóvenes. Por otro lado, se percibe el consumo con predominio en personas con edades entre los 15 y 30 años de edad. En contraste con esta idea se afirmó también que el consumo está mucho más concentrado

en adolescentes. Las personas consumidoras no se asocian a determinadas condiciones socioeconómicas o con actividad laboral o sin ella. La distribución es indiferente en este sentido en la población.

*“Yo creo que hay de todo, tenemos consumo en niños desde tempranas edades...hasta personas adultas, personas mayores...”*

(Academia: Salud Pública)

*“Las consumen, abiertamente: los adolescentes. Enclosetados: todo el mundo, muchos.”*

(Medios de comunicación 1, Periodista)

*“Yo pues lo he visto desde el punto ehh...los jóvenes, pero gente mayor también, gente mayor me refiero entre los 30 y 50, es mucha gente la que consume realmente”*

(Población general 3, Hombre 31 años)

*“Las consumen los chicos, los jóvenes, ellos son los que primero parten de ahí.”*

(Población general 1, Hombre 51 años)

Las razones que llevan a las personas a tomar la decisión de consumir sustancias psicoactivas son comprendidas por parte de las personas entrevistadas como:

- Curiosidad, invitación de un amigo, ser retado por pares, llamar la atención.
- Presión social, carencia emocional, carencia espiritual.
- Para sentirse bien, facilitar las interacciones y la fluidez, es un patrón de socialización, para prevención: alivio de ciertos dolores.
- Para quien está en la calle es un mecanismo de subsistencia o una vía de escape del hambre, frío, hostilidad, desprecio, maltrato, salir de una realidad difícil y de sufrimiento.
- Búsqueda de sensaciones, sentir más la realidad, la música, refugio para salir de problemas.
- Desinformación. Necesidad de buscar experiencias nuevas.
- Felicidad y deseo de explorar algo nuevo.
- Hacer parte de la dinámica social actual: “todos lo hacen, yo también lo voy a hacer”

- No es curiosidad, hay plena consciencia de los efectos, se percibe un beneficio y hay agrado por el beneficio. Ej: calidad de vida, mejora el rendimiento.
- Sufrimiento emocional, patología psiquiátrica sumada a estigma de la enfermedad psiquiátrica.
- Fácil acceso, baja percepción de riesgos por el consumo.
- Inseguridad por no acompañamiento familiar y problemas psicoafectivos.
- Multicausalidad y muchos determinantes como falta de oportunidades para el individuo.

*“Ahí sí vienen muchas cosas...encuentran refugio en estas drogas para salir de los problemas, para abstraerse de su realidad, que pues puede o no ser muy dura, pero pues usan estas drogas para este tipo de cosas, pero hay muchos otros casos de consumo de sustancias en búsqueda de ese sentir y precisamente de esos efectos que genera la droga sobre el cuerpo humano”*

(Academia: Derecho, Abogado)

*“...aumentar la atención o la concentración, o digamos que obtener algún beneficio, y la gente puede consumir porque le agrada el beneficio o porque también hace parte de la dinámica social, o sea es muy normal; entonces, estoy en un momento de la vida en que todo el mundo fuma marihuana, entonces yo también fumo marihuana. Parece que se ha normalizado muchísimo.”*

(Academia: Psicología, especialista en Psicología Clínica)

## CONSUMO Y CONSECUENCIAS DE SALUD.

La relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la posibilidad de llegar a tener alguna consecuencia de salud encausa dos planteamientos diferentes:

Uno de ellos describe que existen relaciones directas entre el consumo de estas sustancias y las consecuencias de salud, haciendo mención a enfermedades degenerativas del sistema nervioso, enfermedad pulmonar, enfermedad cardiovascular, dificultad en procesos de memoria y aprendizaje.

El otro planteamiento hace una caracterización diferente del fenómeno del consumo ya que no lo pondera como principal y único factor asociado a problemas de salud. La caracterización consiste en quitar el consumo de ese centro protagónico para entenderlo

en términos de variables como las dosis de sustancias en el consumo y el tipo de consumo en cuanto a la frecuencia. Esta diferenciación permite analizar el fenómeno del consumo en dos circunstancias divergentes en su magnitud e impacto. Una de estas es la que se refiere al individuo consumidor y la otra, al individuo adicto. El sujeto consumidor entonces tiene unas experiencias de consumo en términos de dosis y frecuencias que no conllevan en sí mismas el consecuente desarrollo de problemas de salud. Por lo tanto la sustancia psicoactiva per se no modifica el estado de salud de quien hace uso de ella.

Por el contrario, la persona adicta aborda experiencias de consumo con mayores frecuencias y con exploraciones múltiples dentro de las diferentes sustancias psicoactivas, actividad muy atañida a la recurrencia, a la permanencia y a la sostenibilidad en el tiempo. En este punto se entiende que hay un uso de dosis mucho mayores de sustancias psicoactivas por parte de esta persona adicta. Aquí se describieron consecuencias de salud como efectos neurológicos, deficiencias intelectuales, deterioro físico, cambios en la forma de pensar, actuar y reaccionar.

Otra forma de entender que en las percepciones no hay un vínculo directo entre sustancias psicoactivas y enfermedad se analiza a partir de los testimonios que mencionan acerca de la enfermedad pero asociada al re-uso de jeringas, es decir a una conducta inadecuada y desprotegida por parte de los consumidores, mas no a un daño potencial implícito en las sustancias psicoactivas.

*"...uno puede decir que las drogas son malas, que generan enfermedades; claro que sí, depende de la dosis; pero en ese discurso moralista que todo consumidor es un adicto...eso se muestra: la mata que mata y todos esos discursos; no hay ninguna mata que mate, si estamos hablando de la marihuana menos todavía...ese discurso es absurdo...un consumidor puede no tener ningún problema de salud; un adicto sí."*

(Academia: Ciencias Sociales, Socióloga)

*"Yo me imagino que las personas que consumen eso, pues uno los mira, digamos a la gente de la calle allá todos lamentablemente están en ese cuento que consumen, pues uno los mira enfermos, no?, débiles, no piensan, no tienen la capacidad de terminar ciertas metas sino que están ahí estancados, lamentablemente sí, esos son los síntomas."*

(Población general: hombre, 28 años)

*“Uno no puede pensar que un consumo sostenido, recurrente, permanente no termine haciendo daño en las personas, evidentemente todo en exceso termina generando un daño...con marihuana eso está bastante soportado, después de cinco, seis años de consumo sostenido pues aparecen los daños, por ejemplo en términos de deficiencia intelectual”*

(Funcionario público: Experto en salud mental Ministerio de Salud)

## EL CONSUMO COMO PROBLEMA.

En cuanto a si el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas representa un problema se plantearon diferentes posturas:

1. Sí representa un problema para el individuo por cuanto conlleva a la aparición de condiciones negativas de salud como deterioro físico, del sistema nervioso central, de la capacidad mental. Porque entra en un riesgo de llegar a la adicción. Con respecto a la familia y la sociedad se enfrentan a situaciones problemáticas de convivencia y de aislamiento, alteración en las prioridades de vida, reacciones de euforia o agresividad que pueden afectar a personas del entorno.

*“Hay un deterioro, comenzando por el cuidado personal, por la salud, por sus labores académicas o laborales, responsabilidades y roles familiares y sociales.”*

(Academia: Salud Pública)

*“... si hacemos una referencia personal, sé de mucha gente que ha terminado mal, en la calle, destruida económicamente, sin futuro, sin sueños, sin familia, desconectados por completo, artistas que han terminado con sus carreras, con sus vidas, con sus sueños, hasta llevarlos a ser un problema social porque están en condición de mendicidad.”*

(Medios de comunicación 2, Periodista)

*“... ciertas sensaciones en las personas generan reacciones diferentes, entonces hay gente que por su naturaleza al consumir estas cosas, son violentas, y al ser violentas sí pueden hacer daño a los demás...”*

(Población general 3: Hombre 31 años)

Dentro de las interacciones sociales se entiende también que la persona consumidora se vuelve replicadora del consumo a otros.

*“... no es algo que sea socialmente castigado, entonces eso hace que la mayoría de las personas que consumen digan: -sí, yo sí me fumo un marihuanito cada rato, cuando estoy estresado, cuando estoy en una reunión- y eso hace que de una u otra manera influya en las personas negativamente, por qué? Porque hay una persona que no tenga problema de adicción que se fume un cigarrillo de marihuana cada mes o cada dos meses, pero eso no garantiza que una persona que lo haga junto a él no termine enganchado.”*

(Prestador de servicios de salud: Médico General)

La comunidad se expone a personas que reaccionan bajo alucinaciones, y que en ocasiones para financiar el consumo recurren a la prostitución y robos.

*“... una persona que esté bajo el efecto de estas sustancias no piensa, entonces uno se puede encontrar con una persona en la calle que está bajo estos efectos, uno no sabe cómo vayan a reaccionar, entonces creería que eso es un problema. Para nosotros, para la sociedad, uno se encuentra una persona en la calle que esté bajo sustancias alucinógenas y lo pueden atracar a uno, lo pueden matar por cualquier cosa, no piensan, no actúan.”*

(Población general 2: Hombre, 28 años)

*“...por conseguir lo que necesita para su adicción genera un problema a la sociedad como robos, atracos, hasta asesinatos...”*

(Población general 3: Hombre 31 años)

*“...abusos de tipo físico, emocional, sexual, que podrían traer consecuencias legales también para la persona. Un daño general.”*

(Academia: Psicología. Especialista en Psicología Clínica)

*“Por otro lado, es que socialmente cuando estas personas no tienen como costearse su vicio pues por lo general terminan haciendo cosas como por ejemplo mujeres que venden su cuerpo y se prostituyen, hombres que en medio de una traba pueden apuñalear y matar a cualquiera por robarle 2 pesos...”*

(Prestador de servicios de salud: Médico General)

El consumo de una sustancia psicoactiva lleva a explorar otras opciones que pueden provocar en las personas consumos no controlados.

*“El problema de la mayoría de sustancias psicoactivas a un cierto plazo de tiempo es que empiezan a querer probar otras experiencias, y ahí sí como dicen vulgarmente: -la curiosidad mató al gato-. Entonces empiezan con marihuana, después pasan a cocaína, o consumen popper o consumen éxtasis, y de un momento a otro llegan a la heroína y terminan inyectándose y ya de ahí es muy difícil salir, ya cuando llegan a heroína, basuco, inclusive a los pegantes es muy difícil que salga de ahí. Porque cada vez su cuerpo les pide más, y ya es algo que no es voluntario sino que es una necesidad...”*

(Prestador de servicios de salud: Médico General)

*“Hay personas que dicen que el alcohólico es la persona que cuando toma se emborracha, se enlaguna. Otros dicen que el alcohólico es el que toma todos los días así no se emborrache. Entonces, no depende de nada de eso, sino de la dependencia que genera la sustancia, del sentir esa necesidad de consumir, y es ahí donde pienso que la persona no sabe cuándo se convierte en adicta, y es ahí donde pienso que es muy peligroso tener un consumo regular de una sustancia porque es impredecible en qué momento se puede estar generando una adicción o no.”*

(Academia: Psicología. Especialista en Psicología Clínica)

Para el Estado hay una mayor carga para el sistema de salud. El Estado también se enfrenta a una problemática de encontrar un equilibrio entre el control e intervención, y por otro lado garantizar el libre desarrollo de la personalidad. Además se afecta la agenda de desarrollo de un país en cuanto a la ejecución y sostenibilidad. Hecho sumado a la formación y aumento de nichos sociales de consumidores crónicos.

Fue evidente también en las percepciones que para el Estado hay un problema de coherencia entre castigar al productor de sustancias psicoactivas y permitir que el consumidor consuma.

*“No es lógico ni coherente que un gobierno diga que permite el consumo de la dosis personal pero que no permite que la vendan...es un doble sentido que estemos castigando a todos los que producen coca en las selvas de Colombia pero que les permitamos a los niños de Colombia en cualquier parque a fumarse un bareto. Eso no es lógico. Desafortunadamente es lo que hacen los gobernantes por su aire de popularidad, entonces dicen: -No, yo me voy a llevar a todos los que fuman marihuana a un sitio para que fumen tranquilos-. Eso no debe ser así.”*

(Prestador de servicios de salud: Médico general)

*“Hay una máxima del derecho creada por los filósofos del derecho y es: mis derechos van hasta donde empiezan los derechos de los demás, y eso va asociado también a este dicho de los ingleses y es que yo soy rey en mi castillo; y voy un poco a eso porque desde la perspectiva del derecho es difícil abordar estas problemáticas porque si bien son conocidas las consecuencias y los alcances negativos del consumo, por otro lado tiene uno también el tema de los derechos, muy relacionado con el desarrollo al libre desarrollo de la personalidad, a partir del cual la persona, al ser libre en sí misma, tiene derecho a desarrollar su vida como le parezca. A veces nos vamos más hacia el libre desarrollo de la personalidad, a veces nos vamos un poco más hacia el control y la intervención del Estado hacia ese tipo de situaciones, pero es un equilibrio muy difícil de encontrar.”*

(Academia: Derecho, abogado)

2. No representa un problema, ya que es un acto en ejercicio de la libertad individual y quien decide libremente realizarlo muchas veces la hace con una baja frecuencia y sin que esto conlleve interacciones sociales problemáticas o de convivencia. Incluso hay consumos más frecuentes que tampoco impliquen un problema para el consumidor ya que no hay consecuencias sobre sí mismo. Son personas que tienen una capacidad de autoregulación y practican un consumo responsable que no permite cruzar la línea de la adicción.

Cuando se hizo la indagación acerca de cuál sería el impacto o alcance del fenómeno del consumo en términos de situación problemática, se encontraron percepciones por lo general relacionadas con conductas adictivas que iban a derivar en puntos de no retorno en cuanto al consumo y por lo tanto en cuadros de difícil rehabilitación. Así mismo en actividades delictivas como lesiones a otras personas, violencia, homicidios e incluso la muerte del consumidor por sobredosis o por ser víctima de delitos. Fue evidente también la posibilidad de aislamiento del individuo adicto, abandono y soledad. Situaciones de abuso físico, emocional o sexual por parte de la persona adicta. Deterioro completo de los roles laborales, familiares y sociales.

En una perspectiva más amplia se consideró el alcance de este fenómeno con la vinculación a otros como el tráfico de sustancias psicoactivas, la corrupción, el hecho de haber permeado con la corrupción de una manera negativa a la sociedad, las instituciones, el estado y la democracia.

#### CONSUMO COMPARADO ENTRE PAISES.

Al comparar el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia frente a otros países del mundo, se manifestaron contrastes como:

-Las diferencias culturales: En Europa hay una mayor evolución en cuanto a criterio de sociedad los bienes comunes son cuidados por todos, no hay daños a los bienes comunes; esto permite una mejor ejecución de las políticas públicas. En Oriente y la región Islámica el consumo es una falencia, no tratable, no curable, es vetado, hay que retirarlo. Estados Unidos penaliza el consumo y la comercialización. América Latina se caracteriza por un fácil acceso a las sustancias lo que ha permitido un gran aumento en el consumo. En Colombia se percibe hay un fenómeno de desatención de la población infantil y adolescente ya que no hay una regulación para los estudiantes que no van al colegio por ocasión de consumir sustancias; en otros países hay vigilancia de estos eventos con la consecuente medida sancionatoria.

*"Acá el bajo costo permite el fácil acceso. Por otro lado creo que el descuido que hay en términos de infancia y de adolescencia donde...en otros países si encuentran un menor de edad que debe estar estudiando y está en la calle en hora escolar, debe haber una sanción para ese estudiante y para su familia; acá no importa, hay estudiantes que no van a estudiar y se quedan consumiendo y no*

*hay una regulación, incluso a veces eso está permitido por la misma familia. Esas son las dos diferencias. El fácil acceso y la negligencia que hay en el cuidado del menor de edad.”*

(Academia: Psicología, especialista en Psicología Clínica)

-En Colombia no hay una cultura del consumo ya que por lo general las personas no tienen el conocimiento adecuado acerca de lo que están consumiendo. Esto permite que sea una actividad más insegura para las personas. En otros países la naturaleza abierta de la actividad conlleva a que haya un consumo mucho más informado y por ende mucho más seguro.

*”Yo lo veo supremamente atrasado porque finalmente aquí falta educación sobre eso, sobre esa cultura del consumo, en la educación sobre qué es lo que está consumiendo, porque la gente no sabe qué está consumiendo ni qué le genera o cuáles pueden ser las consecuencias; eso hace que el consumo sea más riesgoso”*

(Población general 3: hombre, 31 años)

-Colombia tiene un mayor consumo en la medida en que tiene estructuras de producción y comercialización, menores costos de las sustancias y por ende mayor accesibilidad. Las dificultades en el tráfico de sustancias a otros países hacen que se promueva el consumo interno por parte de los traficantes.

*”Yo siento que en Colombia hay un consumo alto pero sobre todo hay una utilización de estructuras criminales al trabajo de este tipo de sustancias”*

(Medios de comunicación 2: Periodista)

-Hay un mayor impacto en cuanto a consumo en Colombia porque es algo que se desarrolla en lo oculto, hay prohibición y ésta genera mayor consumo. En otros países hay menor consumo por su condición de legalidad y de ser una actividad abierta y por ende no problemática.

-Colombia como principal productor de cocaína del mundo es objeto de formulación de políticas internacionales de guerra contra las drogas frente a las cuales no hay una postura crítica sino de aceptación y sometimiento, esto se pone en consideración de otros ámbitos como intereses económicos al ver el fenómeno en gran escala. Mientras en

Colombia hay discusiones ideológicas acerca de la erradicación y la aspersión aérea de cultivos, en otros países se han desarrollado reflexiones y medidas hacia la legalización de las sustancias.

-En Colombia es un fenómeno que se ha moralizado bajo connotaciones de lo bueno y lo malo y esto es algo que perpetúa discusiones e impide nuevos abordajes, enfoques y políticas.

-El abordaje del Estado en países como Estados Unidos lo plantea como un asunto de seguridad nacional en cuanto a su política exterior, y como concerniente a salud pública de cara a su política interior.

-En Colombia hay una alta prevalencia de consumo en personas muy jóvenes y adolescentes ya que son vinculados al negocio de la comercialización por parte de los traficantes. Esta dinámica hace que los jóvenes se vuelvan expendedores para poder recibir la cantidad de sustancia que le corresponde para su consumo personal.

*“.es lo que hacen los traficantes, vincular a estos menores de edad y dejarles una huella y volverlos parte del negocio; por necesidad los niños tienen que volverse expendedores al mismo tiempo para poder recibir la droga.“*

(Academia: Salud Pública)

-La alta variedad de sustancias psicoactivas en el mercado oculto en Colombia hace que también haya desconocimiento en los consumidores y en sus familias acerca de la naturaleza, efectos y riesgos de estas sustancias. Quiere decir esto que el consumidor no tiene unas especificaciones precisas acerca de las características de la sustancia que consume ni sus posibles efectos, y que las familias desconocen si alguno de sus miembros realiza estas prácticas, y a qué tipo de circunstancias se puede ver enfrentado por el hecho del consumo.

Por otro lado, se encontró también la percepción acerca de que los prejuicios han facilitado elaborar ideas alrededor del consumo local y mundial. Es decir, algunas veces existe la creencia que hay un mayor consumo en determinados países, pero los actores sociales perciben que estas formas de pensamiento son mitos alrededor del fenómeno.

Por tanto no siempre se piensa que existen grandes diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas al comparar los diferentes países.

#### EXPERIENCIAS DE PREVENCIÓN.

Los actores sociales han expresado una serie de aspectos alrededor de sus experiencias personales de prevención. Estas experiencias guardan relación con la forma como recibieron en algún momento información acerca de la prevención en consumo. Aquí se evaluaron asuntos que ellos consideraran importantes dentro de esas experiencias. Estos asuntos relevantes, positivos e importantes tuvieron relación con que:

- Generaron una información alrededor de advertencias con respecto a riesgos y daños individuales y sociales como por ejemplo afectación de los vínculos familiares.

- El hecho de haber recibido esa información permitió la formación de un criterio que no da lugar a influencias de otras personas que quieran inducir en ellos el consumo.

- Promovieron que sus interacciones sociales posteriores fueran en entornos donde no hubiera consumo de manera tangible.

En contraste con lo anterior, hay percepciones que dan cuenta de experiencias de prevención a las que se les atribuye muy poco valor ya que no representaron información que ellos consideraran relevante.

Por otro lado se encontró que los actores sociales expresan que hubo carencias en sus experiencias de prevención. Estas carencias se refieren a que:

- Faltó explicar con mayor profundidad los efectos de las sustancias psicoactivas en cuanto a los posibles impactos que puedan provocar en las dimensiones social y familiar del individuo consumidor.

- Que hubiera programas de prevención continuos, integrales y permanentes en el colegio y en las familias.

-Que se enfocara desde la niñez en jardines infantiles, socializando riesgos del consumo por medio de imágenes.

- Que se pudiera ver el fenómeno desde las consecuencias pero de una forma más cercana a la realidad propia, por ejemplo explicar el efecto para las neuronas asociado a la embriaguez.

-Que no hubiera sesgos en la información, es decir, explicar que las sustancias psicoactivas son peligrosas pero no malas. No envolver el fenómeno con criterios de moralidad: lo legal se asocia con lo bueno y lo ilegal con lo malo, es una lógica que lleva al mensaje que el alcohol es bueno y la marihuana es mala, y ambas son sustancias psicoactivas, nada más.

-Que hubiera un diálogo abierto por medio del cual se empodere con mucha información a la familia y a los colegios, quitando los tabúes, estigmas y miedos que muchas personas tienen al abordar estos asuntos.

*"Definitivamente, de pronto incluir esas posibilidades, esos riesgos inminentes, y sí...la cultura entorno a las sustancias psicoactivas que yo creo que son temas vetados, las drogas se convierten en temas vetados que hacen más daño cuando la información se oculta o se tapa y no se trata de frente"*

(Medios de comunicación 2: Periodista)

-Que no se construyera la prevención alrededor del miedo, de intimidar a las personas para que no consuman, sino más bien alrededor de evidencias más amplias y cercanas a los efectos de las sustancias psicoactivas para que las personas puedan tomar libremente la decisión de consumir o no consumir.

#### FORMAS DE PREVENCIÓN.

Con respecto a las formas de prevención no todos los actores sociales entienden que el propósito de la misma se enmarca en evitar a toda costa el consumo de sustancias psicoactivas.

Por un lado se entiende que tiene que ver con un apoyo terapéutico de desintoxicación sana de forma interdisciplinaria y en donde el gobierno debe definir unas políticas que

permitan y faciliten la integración a la sociedad de cada persona ofreciéndole oportunidades, acompañamiento, trabajo, capacitación. Es decir una visión estratégica que no suspenda en el tiempo el proceso de rehabilitación del individuo.

Otra reflexión plantea que el abordaje a una persona adicta se debe hacer entendiendo que no hay en ella una actuación digna de ser reprochada y marcada con culpabilidad ya que esto es desconocer una historia larga y profunda en sus áreas emocional, espiritual y de salud. El argumento de “no consuma” es precisamente el total desconocimiento de esta realidad y no favorece en nada la puesta en marcha del apoyo y prevención que se puede ofrecer a esta persona.

*”Sí, creo que no hemos aprendido a hablarle al adicto, hay que vincularse más con su realidad, con su vida...el que está bebiendo y consumiendo es porque tiene una enfermedad mucho más profunda que eso, no siempre es su culpa, casi nunca es su culpa”*

(Medios de Comunicación 1, Periodista)

Por otro lado se propone que NO hay necesidad de prevenir el consumo, ya que esto no funciona en la realidad. Lo que realmente se debe prevenir es la adicción. Esto se debe hacer informando ampliamente al consumidor acerca de la naturaleza de las sustancias psicoactivas, sin sesgos de moralidad, sin ocultarle la información. Permitir que el consumidor tenga un criterio claro acerca de las sustancias psicoactivas, un concepto de su propia reflexión libre de sesgos externos. Esta estrategia de prevención va acompañada de momentos en los que las personas adictas deben hablar y ser escuchadas; esto es parte de esa información que se busca dar a quienes son consumidores. El propósito es que los consumidores formen sus propios límites al consumo ejerciendo su propia libertad. Por ejemplo: solamente consumir en determinadas circunstancias o con determinada persona (ambos consumidores), para evitar que sea una actividad permanente a lo largo del día.

*”La política asociada a las sustancias psicoactivas no puede ser tan prohibitiva, sino que tiene que cambiarse en su perspectiva y ser más abierta: ahí las actividades de prevención son esenciales porque ya no vamos a prohibir el consumo, sino que le vamos a decir a la gente que si quiere consumir, consuma,*

*pero tenga en cuenta que pasa uno, que pasa dos, que pasa tres, que pasa cuatro, que pasa cinco, y eso en últimas, digamos ese consumo informado termina siendo una actividad en prevención esencial, o sea, tiene que ser el eje estructural y el más fuerte a partir del cual se empiezan a articular el resto de acciones.”*

(Academia: Derecho, abogado)

La experta en Psicología Clínica entrevistada manifestó la propuesta de aumentar actividades diversas, por ejemplo deportivas, en lugares donde se está dando el consumo para cambiar el significado de ese espacio en particular y ofrecer diversas alternativas especialmente a personas jóvenes.

Otra forma consistió en abordar en un entorno de legalidad de las sustancias psicoactivas, vigilando, asesorando y orientando a los consumidores con información relevante que genere unas pautas de consumo que disminuyan otros tipos de situaciones riesgosas, y haciendo un marcado énfasis en la enseñanza acerca del manejo de las emociones que permitan tener comportamientos más autoregulados. (Academia: Salud Pública)

Se incluyó asimismo en otra de las reflexiones la posibilidad de suministrar controladamente a los jóvenes sustancias psicoactivas para que experimenten, reaccionen, conozcan, se les complemente con información, y finalmente ellos decidan consumir o no consumir.

*”Sería importante de pronto decirle a un chico: -pruebe-. Después que él diga cómo se sintió, él puede reaccionar así. Entre más le digan a usted no, más lo hace. Voy a poner un ejemplo: si aquí en Colombia hubiera que el servicio militar no fuera obligatorio, sería mucho más fácil. Pero hoy en día los chicos le huyen al servicio militar porque es obligatorio, si no fuera obligatorio ellos irían más fácil porque les nace. A eso voy en el sentido que le digan: -pruebe, usted decide si sí, o si no-”*

(Población general: hombre 51 años)

Por otro lado se propuso prevenir en tres momentos:

a) Desde la infancia con un buen desarrollo psicoafectivo y refuerzo en la adolescencia con proyectos de vida, es decir, oportunidades para una buena calidad de vida, sin centrarse en las sustancias. Solamente decirle a la persona que si decide en algún

momento abordar el consumo, recuerde que tiene unos riesgos y que es su responsabilidad manejarlos.

b) Con acompañamiento a los consumidores para que tengan un consumo seguro, autoregulado, en un entorno seguro para ellos y que no afecte a otros en términos de convivencia y problemas sociales. El consumo seguro es no llegar a la pérdida del control comparado a la embriaguez del alcohol.

c) Programas de reducción del daño para disminuir la exposición a otros riesgos. El propósito no es buscar la abstinencia del consumo. Es una acción que debe estar sumada a otras.

#### IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN.

Al explorar qué tan relevante es para cada actor social el tema de la prevención en Colombia acerca de este fenómeno, todos ellos coinciden en que en lo personal presta gran importancia este particular asunto en sus formas de pensamiento, pero encuentran una gran divergencia entre esa propia apreciación y la percepción que tienen acerca de la importancia que a nivel país se le da a la prevención.

De allí se extraen los siguientes puntos de vista:

-Es poco importante a nivel de país ya que desde el Estado hay un mensaje confuso alrededor de la posibilidad de consumir pero la prohibición y castigo por producir y comercializar. El Estado no establecido un apropiado punto de partida pudiendo definir con certeza el número de consumidores, el tipo de sustancias que consumen, las razones que tienen las personas para consumir.

-Falta un diálogo más honesto.

*"Creo que en la educación está el poder y creo que hay que plantearlo de una manera honesta; que cuando uno le dice a los niños: -no fume marihuana, que marihuana es malo-, pues mentira, porque cuando se la ofrecen a uno en una fiesta a los 14 años pues la prueba. Entonces, dejar de ser tan mojigatos y tan inocentes y tan farsantes; sino más bien decirle: - se la van a ofrecer, pruébela, para que sepa que cuando la pruebe tiene esto de bueno y esto de malo."*

*(Medios de comunicación 2, Periodista)*

-La prevención debe ser el eje principal y más fuerte de la política pública pero ésta no debe ser prohibitiva, debe tener una perspectiva más abierta, que promueva un consumo más informado de efectos de las sustancias psicoactivas.

-Para el país la importancia es cero, ya que contamos con un sistema más de enfermedad que de salud. No se le ha dado la importancia debida a la prevención ya que generalmente sus resultados son de largo plazo.

-En Colombia se ha normalizado el consumo en determinadas zonas o incluso ciudades, y no se ha prestado importancia a esto. Al gobierno no le interesan los adictos, le importa más mostrar a nivel internacional que localmente se está haciendo erradicación de cultivos de drogas.

#### ACCIONES DE PREVENCIÓN.

Aquello que se percibe como ejecutado en Colombia con la finalidad de hacer una labor de prevención con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, supone en estos análisis una diversidad de situaciones entendidas como:

-Muy pocas acciones por parte del Estado, la prevención se ha delegado a las instituciones de salud.

*“Desafortunadamente el gobierno no es muy claro y no le interesa mucho esa parte. Ellos sencillamente se han enfocado es en la producción, la producción, la producción. Y el consumo? -Ah, el consumo que lo miren las EPS, el consumo...-, el consumo es problema de todo el mundo menos del gobierno”*

(Prestador de servicios de salud: Médico General)

-Campañas que se ven reflejadas en mensajes de los medios de comunicación principalmente comerciales de televisión.

*“Pues yo veo un montón de comerciales sobre todo con el tema del alcohol que me parecen buenos; hay uno por ahí de –no haga el oso y no sé que-. De repente hay unos de –ceda el volante-, -alguien te espera en la casa-, una cosa así, hay algunos que empiezan a calar más con el tema del alcohol que con el de las drogas”*

(Medios de comunicación 1: Periodista)

*“Recuerdo mucho una publicidad en medios de comunicación donde el protagonista, por un consumo de drogas se iba deteriorando su fisionomía, y pues toda su persona se iba transformando y eso marcó mucho, no solamente me marcó a mí sino evidentemente marcó a toda una generación por lo impactante del mensaje.”*

(Funcionario público: Experto en salud mental Ministerio de Salud)

-Erradicación de cultivos.

*“Bueno, a nivel gobierno, la erradicación de los cultivos, la erradicación de las plantas y de transporte de líquidos y todo eso. Eso se ha hecho”*

(Población general 1: Hombre, 51 años)

-Implementación de centros de rehabilitación de carácter particular, no del Estado.

*“No... yo diría que aquí en el país los centros de rehabilitación que han montado, creería que la mayoría de esos centros de rehabilitación no creería que son directamente del gobierno, digamos puede ser apoyo de otros países, puede ser gente interesada en dar apoyo a estas personas, eso sería lo más que yo he visto así de prevención”*

(Población general 2: hombre, 28 años)

-Hay pocas acciones y estas se desarrollan a nivel de colegios. No hay una acción en cuanto a país.

*“...las oportunidades que tuve en el colegio y en la universidad pero fueron tres ocasiones, de resto es algo que mmhh, yo he averiguado o he investigado gracias al internet, pero ya que hayan sido acciones o actividades que se hayan realizado aquí, yo he visto muy pocas la verdad”*

(Población general 3: hombre, 31 años)

-Intervenciones de la policía en los colegios a través de educación y control.

-Operativos de control, persecución y eliminación de organizaciones de producción y tráfico, campañas en las instituciones educativas a través de maestros y psicólogos.

*“Que se hacen seminarios o se entrega información en los entornos escolares. Creo que en materia de prevención hay que incluir los operativos que se hacen de control de esas sustancias y de eliminación de los carteles o de las organizaciones criminales, eso también es prevenir que se siga en la cadena. Y las campañas educativas que uno ve directamente en instituciones educativas.”*

(Medios de comunicación 2: Periodista)

De acuerdo con el funcionario público del Ministerio de Salud, ha habido una evolución en las acciones de prevención desde el nivel gubernamental:

Inicialmente los programas con mensajes centrados en el miedo, por ejemplo: “las drogas te acaban o te matan”

Posteriormente los programas centrados en el desarrollo de competencias: aprender a manejar la presión de grupos, aprender a decir “no”.

Luego, los programas centrados en los determinantes sociales y el fortalecimiento del vínculo parental: son más integrales, buscan fortalecimiento psicoafectivo.

Sin embargo, no hay un programa sostenido que aborde todos los determinantes de las sustancias psicoactivas.

## RESULTADOS DE LA PREVENCIÓN EN COLOMBIA.

Las apreciaciones alrededor de si la prevención en Colombia ha funcionado permiten ver que para muchos de los entrevistados (Población general 2, Población general 3, Salud Pública, Psicología, Derecho, Ciencias Sociales, Prestador de Servicios de Salud, Medios de comunicación 1, Medios de Comunicación 2) en términos generales se percibe que no ha tenido un buen resultado, y esto está siendo entendido de diferentes maneras:

Aumento en el consumo:

*“...no ha funcionado... no ha tenido una penetración lo suficientemente profunda en la sociedad como para tener un efecto medible, es más, yo no sé pero últimamente yo lo que siento es que es cada vez más usual el consumo de sustancias psicoactivas...”*

(Academia: Derecho, Abogado)

*“No ha funcionado. Yo veo que cada vez consume más gente”*

(Población general 3: Hombre, 31 años)

Las personas van perdiendo el interés por la información de la prevención; porque falta incluir a los padres en la prevención:

*“Porque creo que los índices todavía son altos, la ignorancia frente al tema es alta, el desconocimiento es alto; y yo insisto, por ejemplo en materia de educación y prevención hay que generar esa consciencia de conocimiento en los jóvenes; pero y los papás qué? Los papás que hay detrás y que no saben identificar un caso de un joven o un niño incluso que esté consumiendo y que esté expuesto, que no los identifican, que no tienen ni idea cómo se llaman, de cómo funcionan, de dónde se expiden. Entonces creo hay una falta también de tomar otro tipo de población, otro segmento de la población que también podría ayudar mucho eventualmente en la prevención.”*

(Medios de comunicación 1: Periodista)

Porque la prevención está siendo mal entendida y por ende, mal implementada:

*“Porque desafortunadamente hemos entendido la prevención como el folleto, la cartelera, la charla, y estas deben ser intervenciones sostenidas, integrales, de largo plazo, con mediciones y demás.”*

(Academia: Salud Pública)

Otro aspecto importante es que no se ha entendido que las personas que consumen lo hacen porque esta actividad redonda en experiencias agradables, entonces la información de la prevención no tiene una sincronía con esta realidad:

*“La gente consume porque son muy buenas las drogas, o sea, yo creo que es por eso. ¿Por qué a la gente le gusta la rumba? Pues porque la pasa bien. ¿Por qué consumen drogas? Pues porque la pasan bien, me parece que es por eso.”*

(Academia: Ciencias Sociales, Socióloga)

Por el contrario, para el entrevistado Población General 1, ha habido un buen resultado en la prevención porque tiene asuntos que se han logrado socializar adecuadamente, y el éxito de la prevención es una buena socialización.

Para el funcionario público del Ministerio de Salud, hay un buen resultado de la prevención al analizar lo siguiente:

*“Pues uno se preguntaría ¿por qué no todo el mundo ha consumido drogas? ¿Por qué sigue siendo mayor el número de jóvenes que no ha consumido drogas? comparados con los que consumen drogas. Yo creo que esa sería la mejor manera de contestarse una pregunta como esa.”*

(Funcionario público: Experto en salud Mental, Ministerio de Salud)

En este mismo punto, su respuesta plantea una reflexión sobre el resultado de la prevención teniendo en cuenta que las personas jóvenes consumidoras fueron en algún momento receptoras de información de prevención antes de realizar los consumos:

*“Pero también uno se cuestiona por qué los resultados; los chicos que consumen drogas dicen haber pasado por programas preventivos, entonces uno se pregunta: -pero bueno, pasaron por un programa preventivo y consumen drogas? Ah bueno, el programa preventivo tuvo limitaciones, no abordó todos los factores de riesgo. ...hemos tenido muchos problemas de cobertura porque el problema de las drogas ha tenido matiz, particularmente centrado en los temas de oferta, también en los temas de seguridad, sí fundamentalmente, el exponencial riesgo que tienen las drogas para la estabilidad sociopolítica del planeta y no han tenido un enfoque centrado en la salud pública...Hemos tenido muchos problemas de cobertura: los programas, la evaluación de los programas, la sostenibilidad de los programas, y eso hace pensar, eso puede explicar por qué tenemos los problemas de consumo que hoy tenemos.”*

(Funcionario público: Experto en salud Mental, Ministerio de Salud)

De igual manera se hizo un ejercicio reflexivo para los participantes de las entrevistas acerca de lo que podría ocurrir si se suspendieran las acciones de prevención vigentes. De ello se puede concluir que las percepciones hablan acerca de:

-No sucedería nada, no habría ningún cambio ya que en la actualidad no hay un enfoque prioritario social.

*“Pues yo creo que la prevención es muy pobre, o sea, no me parece que haya unas políticas muy claras en cuanto a la prevención del consumo de sustancias. Digamos que lo social siempre es lo último. Desafortunadamente, para los*

*gobiernos como el nuestro, todo es más importante. Es más importante lo que ven de afuera que lo que pasa adentro. Maquillamos mucho la información... Desafortunadamente no pasa sólo con el consumo, también pasa con las cárceles donde vemos que no son centros de resocialización, sino que son centros de educación delictiva: lo que no aprendió lo aprende. Y así es con la adicción, al gobierno no le interesan los adictos, al gobierno le interesa mostrarle a otros países que estamos haciendo erradicación, y obviamente tampoco funciona, porque pues es el mismo tema: mientras haya alguien que consuma, va a haber alguien que produzca. Y eso es una cosa que debieron haber hecho en estos gobiernos incluso en Latinoamérica, y es decir: -Venga, vamos a trabajarle a la adicción, porque es que si no hay quien consuma, pues no va a haber nadie a quien venderle, y se va el negocio al traste-."*

(Prestador de servicios de salud: Médico General)

-No sería visible algún cambio, los colegios seguirían abordando esa temática como hasta el momento.

*"Yo no creería que cambiaran mucho las cosas. Yo creo que sería una materia que seguirían abordando los colegios, pero pues básicamente porque las políticas no han sido suficientes, entonces creo que el cambio no sería extraordinario"*

(Medios de comunicación 2: Periodista)

-Todo seguiría el mismo curso como si estuviera vigente la prevención, nada va a cambiar.

*"Nada, sería igual. Porque desafortunadamente hemos entendido la prevención como el folleto, la cartelera, la charla, y estos deben ser intervenciones sostenidas, integrales, de largo plazo..."*

(Academia: Salud Pública)

-En oposición a las anteriores apreciaciones, hubo relatos que apuntan a que se provocaría un aumento en el consumo y en los casos de adicción. Un impacto negativo individual, familiar y social.

*"Si quitaran la prevención que hay en este momento, no pues sería el caos..."*

(Población general 2: Hombre, 28 años)

*”Se dispararía el consumo más, porque de alguna manera debe tocar a alguien, sea en lo que sea, puede que mi acercamiento no haya sido el mejor a la prevención y también puede que tenga que ver con mi forma de ser, pero otras personas puede que sí hayan sido impactadas por la prevención, entonces creo que se dispararía el consumo.”*

(Academia: Psicología, Especialista en Psicología Clínica)

*“Uy no, yo creo que si eso pasara, el consumo incrementaría y los problemas de adicción serían mucho más graves y mayores.”*

(Población general 3: Hombre, 31 años)

*“Yo creo que eso podría tener un alcance muy muy negativo en la sociedad, en la familia y en el individuo porque creo yo que podría empezar a generalizarse aún más el consumo de sustancias, y no sólo a generalizarse, sino a generalizarse de una manera negativa, donde ya no tenemos consumidores ocasionales, sino ya empezamos a tener es adictos, y puede incluso empezar a subir los números de consumidores, sería lo más indeseable.”*

(Academia: Derecho, Abogado)

#### AMBITOS PARA ABORDAR LA PREVENCION.

Las acciones de prevención no necesariamente pueden ser concebidas y abordadas desde el ámbito de la salud, a propósito de ello las posibles alternativas serían:

-El ámbito social: mostrar a las personas consumidoras y no consumidoras el proceso de aislamiento social al que se llega en caso de ser adicto. Esta acción se sustenta argumentando que muchas veces la persona puede perder consciencia del estado de salud, pero se mantiene la consciencia del aspecto social lo cual daría le receptividad necesaria.

*“Pues el ámbito social que es el más importante, es justamente eso que hace la diferencia en la persona porque hasta un adicto si ya está muy volado pues el man, si le duele algo no lo va a notar, yo creo que ni es consciente de su estado de salud, luego ahí en el caso... en cambio el asunto social sí es muy claro, o sea digamos de pronto rompe las relaciones, lo echan de la casa, los amigos no*

*aparecen más, se queda solo, termina en la calle, esas cosas son reales, y creo que mostrar ese proceso como de aislamiento social al que te lleva, es muy fuerte.”*

(Academia: Ciencias Sociales, Socióloga)

-Permitir dimensionar la situación actual y posible situación consecuente en cuanto a que la persona puede perder oportunidades para su vida.

*“... viene el tema de la propaganda esta que tiene el gobierno nacional en donde un poco la idea que está detrás es: -Juanita tenía oportunidades para estudiar, sin embargo con el consumo de drogas ha empezado a perder esas oportunidades, hoy en día está básicamente llevada por la droga y no, perdió su oportunidad de estudio-...la pérdida de oportunidades por estar consumiendo, creo que eso ayudaría como otro enfoque de prevención”* (Academia: Derecho, Abogado)

-Salud económica, la manera de sostenimiento de su vida actual y alimentación.

*“Bueno, la salud mental, la salud económica, si uno termina gastándose su plata en droga, pues más allá de que se enferme tampoco va a tener con que comer; el ejemplo que le da a los demás al no poder controlar su vida. Creo que más que la salud es en general el bienestar completo del ser humano...”*

(Medios de comunicación 1: Periodista)

-En su autoestima, sueños a futuro, mostrar la opción a la persona de ayudar a otros, de ser importante para otros.

-A través de redes de apoyo familiar, social, formación, educación. El tipo de creencias que tienen las personas:

*“Yo creo que el tema social y familiar en prevención es muy importante, digamos que una familia que tiene unos valores fuertes, que tiene una buena comunicación... es más difícil que caiga un miembro de esa familia en temas de consumo, puede pasar pero la probabilidad es mucho más baja. En una familia que es dispersa, que nadie habla con nadie, se encierra en su vida y en sus problemas, y realmente cuando no hay lazos de confianza, eso sí afecta mucho y predispone mucho a esto.”*

(Prestador de servicios de salud: Médico General)

*“... la estabilidad que pueda llegar a tener una persona, sus creencias, que tenga un sistema de creencias de alguna manera... En la medida en que yo creo en algo, la vida tiene un poco más de sentido, y al tener un poco más de sentido dejo de buscar en otros sitios y hay un poco más de propósito y de saber qué quiero y para dónde voy, y eso está muy ligado a las creencias.”*

(Academia: Psicología, especialista en Psicología Clínica)

-Abordaje social, comportamiento social, inversión social.

*“Yo por ejemplo creo que si la salud no es el eje central de esa prevención, socialmente también es un eje importante, prevención de la sociedad, comportamiento social per se tiene que ser muy distinto en materia de prevención. Si hay unas políticas de prevención a largo plazo importantes, que impacten de fondo una sociedad pues se va a ahorrar una cantidad de recursos que pueden ir a todos los otros ejes de la vida del país, a la construcción de vivienda, a la construcción de escuelas, inclusive a los espacios de recreación, entonces yo creo que el impacto es general”*

(Medios de comunicación 2: Periodista)

## CONSUMO Y ACCESO A EDUCACION, TRABAJO Y SERVICIOS DE SALUD.

Hay dos planteamientos diferentes en la posible relación entre el acceso o no acceso a la educación y el inicio de consumo de sustancias psicoactivas. Quienes ven una relación sugieren que cuando las personas abordan el consumo por curiosidad, esta curiosidad sumada al desconocimiento por falta de la educación aumenta la probabilidad de iniciar el consumo y posible adicción. Otro elemento relevante que provee la educación es la formación de un criterio para fortalecer la toma de decisiones y su faltante también lo acerca a la probabilidad de consumir sustancias.

*“...una persona que no esté capacitada y que no tenga acceso a esa capacitación pues es una persona más vulnerable a caer por desconocimiento inclusive, no solo por curiosidad sino por ignorancia frente al tema”*

(Medios de comunicación 2: Periodista)

*“... cuando uno tiene poca educación, o acceso a educación o a formación, cae más fácil en el consumo y en la adicción... con esa información o con ese conocimiento ya tiene el poder de prevenir ese consumo o prevenir esa adicción...”*

(Población general: Hombre 31 años)

*“Yo si considero que es un gran factor de riesgo. Obviamente que uno ve unos casos de resiliencia impresionantes y eso no tiene por qué estigmatizar a una persona, pero si pienso que es un factor de riesgo”*

(Academia: Salud Pública)

En contraste con lo anterior, hay percepciones que manifiestan que una situación no determina que la otra ocurra, ya que en la realidad hay personas consumidoras e incluso adictas con distintos niveles de educación y que los conocimientos de la educación no impidieron que iniciara el consumo. Unos y otros terminan consumiendo.

*“No. No tiene nada que ver. No”*

(Población general: hombre, 51 años)

*“No. Hay unos muy pobres que consumen basuco, y unos muy ricos que consumen una coca purísima, y a la hora de la verdad terminan igual de mal al final.”*

(Medios de comunicación 1: Periodista)

Ahora bien, en el momento de pensar en que las personas tengan o no tengan acceso a oportunidades laborales, y si esto influya en que inicien el consumo de sustancias psicoactivas, surgieron dos posturas: La del no, la cual fue predominante y argumentó que las personas que tienen empleos estables o no estables han empezado la práctica del consumo con motivaciones muy diferentes a su situación laboral. Por otro lado se propone reflexionar alrededor de la idea que hay personas con condiciones económicas complicadas, pobreza, desempleo y aun así no realizan las prácticas del consumo. Se sugiere además que no hay una relación lineal o causal entre ambos aspectos entendiendo que la falta de oportunidades laborales puede generar estados emocionales pero no impulsa a las personas a buscar las sustancias psicoactivas.

La postura del sí, propone que hay una relación directa debido a que la persona que no está invirtiendo su tiempo en una actividad laboral y manteniendo su mente en labores y ocupaciones va a tener riesgo de empezar a consumir sustancias porque la falta de

actividad mental y física lo predispone a que si llega la oportunidad de consumir, tome esta opción. Sostiene que la ayuda que brinda la vida laboral quita los vacíos en la vida de las personas que van a ser llenados por las sustancias psicoactivas. Estos vacíos se entienden en términos de despropósito, y por lo tanto predispone emocionalmente en un sentido negativo.

Otra reflexión se planteó sobre la idea de ausencia de servicios de salud o accesibilidad a los mismos, y su posible relación con el inicio de consumo de las sustancias psicoactivas. La postura que sí ve una relación plantea que las instituciones de salud tienen programas de prevención en consumo, y que esto permite que las personas mantengan una distancia con respecto a las sustancias. Además, que las consultas del servicio de salud son un escenario propicio para identificar personas que tengan condiciones de riesgo que las predisponen al consumo de sustancias, por tanto es una instancia oportuna para abordar con la respectiva prevención. También se percibe que los servicios de salud suplen los desconocimientos que tenga la población acerca de las sustancias psicoactivas.

La postura que no ve una relación, indica que son muy pocas las personas que en las consultas de salud soliciten una asesoría en sustancias psicoactivas, y que las experiencias con los servicios de salud no son un elemento que sea tenido en cuenta en la racionalidad de las personas en el momento de decidir realizar el consumo. Además que muchas de las personas con consumo o adicciones tuvieron servicios de salud en el momento en que decidieron ejercer esta actividad.

#### PREVENCIÓN Y SUSTANCIAS LICITAS.

Por otro lado se consideró pensar sobre si sería más fácil prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en caso de que todas ellas fueran lícitas. Las percepciones reiteradas que sí lo consideran más fácil se apoyan en la idea de que la legalización de las sustancias permitirá tener un comercio abierto y por lo tanto regulado. La regulación facilita la intervención del fenómeno en la medida en que las políticas públicas tendrían una mayor efectividad. La legalización permitirá tener un fenómeno de consumo que se puede leer abiertamente en la medida en que se conocería con certeza cuales tipos de sustancias se consumen y en qué cantidades, es decir se podría caracterizar y cuantificar el consumo. Actualmente el consumo oculto y el mercado oculto no lo permiten dimensionar. Además las intervenciones del estado no tendrían relación con evitar el

consumo, lo cual no funciona en la realidad de las personas, sino más bien pretender que la población adquiera abundante información y criterios para estas decisiones y estas prácticas, de manera que exista una suficiente advertencia para quien decida libremente optar por realizar el consumo. Estas ideas se soportan también en la percepción acerca de que la realidad permite identificar que la restricción y la prohibición finalmente logran un efecto contrario, es decir, aumentar el consumo.

Ya que lo oculto se haría abiertamente, la sociedad cambiaría su normatividad legal, y es importante también considerar la normatividad social que ya ha sido elaborada y se mantendría en este nuevo escenario en términos de lo bien visto y lo mal visto y esto requeriría un proceso social evolutivo que no coincide en tiempos con respecto a la normatividad legal. Quiere decir esto que la normatividad social requeriría una transición mayor.

Se sugirió que la educación generalmente era entendida alrededor de dar criterios para que las personas no consuman, pero que en este caso se debe entender en un contexto más amplio e implementar una educación acerca del consumo, ya que esto da criterios y responsabilidad para que la adicción siga estando fuera del escenario del consumo.

Los planteamientos que no consideran más fácil prevenir el consumo en el ejemplo de la connotación lícita para todas las sustancias, sostienen que actualmente hay algunas sustancias ilícitas que generan mayor adicción y por ende una difícil intervención en aras de lograr una rehabilitación. Por otra parte se entiende que ante este hipotético caso, las personas querrían explorar lo nuevo, lo legal, y esto implicaría más personas consumidoras y mayores adicciones. Dentro de estas percepciones se consideró el caso del alcohol en Colombia el cual se legalizó para tener un consumo en personas mayores de edad, pero el efecto que se ve en la realidad es que las edades de inicio del consumo de alcohol están entre los 10 y 12 años.

#### VULNERABILIDAD.

Con respecto a las personas que consumen sustancias psicoactivas se relacionan ideas alrededor de situaciones o condiciones de vida que hacen que las personas tengan una connotación de vulnerable.

Con respecto a lo que significa la vulnerabilidad las percepciones muestran que esta es:

- Desinformación, no tener un pleno conocimiento de lo que pasa durante el consumo.
- Carencia emocional, carencia espiritual en términos de llevar una vida muy ligada a la cotidianidad y sin una exploración de la dimensión espiritual lo cual sustenta la vida de las personas y le da sentido.
- No acompañamiento de la familia en el desarrollo de las personas.
- Condición de debilidad del individuo que lo pone en desigualdad frente a otros, es fácilmente influenciable. En derecho se entiende como un sujeto de especial protección.
- Ausencia de personas que adviertan acerca de los peligros o consecuencias negativas.
- Estar expuesto a un riesgo.
- Susceptibilidad de una persona para llegar a consumir una sustancia.
- Nacer en un entorno permeado por índices significativos de violencia, hambre, pobreza. Elementos externos a la persona. Sumatoria de condiciones estructurales que generan mayor probabilidad de fracaso en un proyecto de vida personal, de comunidad y de sociedad.

Por el contrario dentro de las percepciones se planteó también que vulnerabilidad es un concepto sin fondo, no prioritario, de difícil contextualización y aplicación, el cual hace que el análisis no se ubique en la objetividad sino en lo relativo. En caso de pensar vulnerabilidad como un término válido, ésta tiene que ver con la vida, el hecho de estar vivo ya implicaría vulnerabilidad, pero es muy aventurado y poco objetivo determinar quién es vulnerable a qué. Esto no tiene relación con las condiciones de vida, condiciones sociales, o económicas de la población o de un individuo. De acuerdo con ello, todas las personas son vulnerables a las sustancias psicoactivas porque están vivas.

#### POLITICA NACIONAL PARA LA REDUCCION DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Para la política pública la prevención es entendida como las acciones que se ponen en marcha antes de que un riesgo se manifieste y buscan reducir la probabilidad de que un choque adverso afecte la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas, los hogares y las comunidades.

Al comparar este planteamiento con lo descrito en las percepciones de los actores sociales, claramente hay aspectos comunes como por ejemplo relacionar la prevención con la idea de anticipación o de actuar antes de.

Los choques adversos pueden ser considerados análogamente como aquello que en las percepciones se describió como condición o situación indeseable.

Sin embargo, este concepto de prevención de la política está construido dentro del marco de la protección social, como una estrategia para manejar o gestionar más efectivamente el riesgo social. Por ende, el choque adverso empieza a revelar una fuerte vinculación con los llamados factores de riesgo, los cuales son comprendidos como circunstancias o condiciones probables dentro de los escenarios de vida.

Aquí se empieza a hacer evidente una separación entre ambas ideas de prevención ya que lo concerniente a las percepciones describe una acción que es la anticipación, y una situación que es la condición no deseable; en cambio, para la política pública la ecuación incluye a los factores de riesgo como elementos catalizadores y condicionantes para que la situación indeseable ocurra.

El documento de la política pública plantea en su justificación la importancia de dar una mirada al fenómeno del consumo pero relacionado con una dinámica de producción local de las sustancias y su progresivo incremento. Esta confluencia de eventos provoca una estimulación para la formación de mercados locales y por ende elevación en los índices de consumo local. A propósito de ello, las percepciones de los actores sociales dieron cuenta de unos análisis en términos de comparación del consumo en Colombia frente a otros países del mundo, en donde se hizo un especial énfasis acerca de la manera como desde la clandestinidad de la comercialización de las sustancias en Colombia, se va involucrando cada vez más a la población para consumir y distribuir.

Las primeras ideas de introducción que contiene la política explican también que es indispensable enmarcar unas acciones partiendo de unas políticas claras y concretas, para lo cual es necesario omitir todo tipo de sesgos ideológicos. Siguiendo esta misma línea y en concordancia con ello, las percepciones de los actores sociales manifestaron unas posturas que abogan por la necesidad de quitar las connotaciones morales alrededor del fenómeno del consumo para una adecuada comprensión social y hacer unas propuestas de acción más coherentes con la naturaleza misma de estas prácticas.

La política pública reconoce el fenómeno del consumo como una actividad problemática en la medida que hay un impacto nocivo en la salud física y mental, representa una muy alta relevancia social y que implica unas consecuencias que afectan el fortalecimiento del

capital social y la agenda de desarrollo del país. Para los actores sociales entrevistados no existe a manera de consenso general que todas estas variables estén tácitamente leídas en la realidad como situaciones problemáticas y tampoco que todas ellas tengan una participación concomitante dentro del fenómeno de consumo. Es decir no todas ellas son variables que se encuentran presentes al mismo tiempo. De alguna manera se ha podido entender por ejemplo que las afectaciones de salud son eventos que pueden llegar a encontrarse en las personas que consumen sustancias psicoactivas, sin embargo no siempre hay circunstancias adversas o negativas de tipo social alrededor del consumo. En las percepciones analizadas de los actores sociales entrevistados se pudo comprender que la agenda de desarrollo del país puede verse comprometida pero no en todos los tipos de consumo de sustancias sino en aquellos donde se hace evidente la presencia de nichos de consumidores crónicos con problemas para controlar y regular su propio consumo y con características de adicción.

La política pública describe el fenómeno del consumo como un comportamiento que conlleva la dinamización de una serie de riesgos que suelen conducir a consecuencias adversas para el sujeto consumidor, su familia y la comunidad. Además pondera la existencia de una importante influencia mutua de doble vía entre el consumo y el desarrollo. Este argumento se construye de una manera lineal y causal entendiendo que la salud determina el grado de desarrollo del individuo y por ende, el consumo va a tener el mismo efecto condicionante para el desarrollo. En estas relaciones causales de doble vía, la política pública plantea que se va profundizando más la situación problemática de consumo ya que involucra en la ecuación algunos elementos como la violencia, la pobreza, las brechas de clases sociales y la exclusión. De esta manera hace un llamado a trasladar esfuerzos en pro de temas sociales, políticos y económicos para que algunos grupos sociales no sigan enfrentando desigualdad en la distribución de oportunidades y por ende puedan contar con una buena salud. Sostiene también que esas desigualdades se traducen en exposiciones a riesgos y por lo tanto a enfermedad. Es por esto que la premisa que constituye la base de este enfoque nos dice que estas situaciones son entendidas y de hecho llamadas: determinantes de las condiciones de salud.

En contraste con estas afirmaciones, las percepciones dan cuenta de la forma como las personas toman decisiones en escenarios donde no siempre están presentes estos elementos condicionantes y por tanto no se habla acerca de circunstancias que

determinen con antelación una fuerte probabilidad de realizar consumos de sustancias psicoactivas como si fueran movimientos predictivos.

En algunos pasajes, el documento de la política pública muestra algunos atisbos por salir de las afirmaciones causales por ejemplo cuando explica que el consumo de sustancias psicoactivas no es exclusivo de algún grupo social, pero nuevamente regresa a los conceptos de los determinantes sociales cuando sostiene que el impacto más notorio del consumo se encuentra en aquellos grupos que cuentan con “menos recursos y medios para defenderse, responder y reponerse”.

Las percepciones en cambio, a pesar de considerar a los jóvenes como un grupo poblacional muy consumidor, hablan también de una distribución del consumo muy generalizada en población, y no toman en cuenta la condición socioeconómica, escolaridad, grupo racial, o alguna condición de vida determinada para ello.

## **DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

### **DISCUSIÓN.**

A pesar que esta investigación no presenta formulaciones formales de política pública, es interesante resaltar que en los resultados obtenidos hay puntos de encuentro con lo propuesto por Subirats (2001), quien sugiere que los verdaderos intereses públicos no están siendo rastreados y tenidos en cuenta para la construcción de políticas públicas en salud. En el presente trabajo de investigación se encontró igualmente un criterio de percepción al interior de una política pública en donde se minimiza la participación colectiva al proponer el calificativo de ilógico para el comportamiento de algunos miembros de la sociedad, en este caso las personas que consumen sustancias psicoactivas.

En el mismo sentido que Calderón y Cáliz (2015), se pudo evidenciar la importancia de ponderar espacios de discusión con personas que consumen sustancias psicoactivas mientras estos no impliquen prejuicios de tipo moral. Las estrategias de prevención deben ser incluyentes en donde no prime la intención de estigmatizar, y toda acción fundamentada en la prohibición tendrá un efecto contrario en la prevención del consumo.

De igual manera que Recalde (2015) se pudo evidenciar que la prevención debe ser una construcción de corresponsabilidad en donde la familia, los educadores y la comunidad participan activamente; también que la exclusión y penalización de las personas que consumen las sustancias deterioran toda tarea de prevención que se pretenda llevar a cabo.

Coincidiendo con Romaní (2008), se enfatizó en la propuesta de ideas de prevención alrededor de la adicción y reducción del daño asociado a situaciones potencialmente peligrosas en términos de marginalidad, riesgos de infecciones como VIH, y mortalidad. Fue predominante también el criterio de la participación y la importante responsabilidad del propio individuo consumidor en la construcción de su actividad de prevención.

Con respecto a Sanchez y Ortiz (2014) el escenario de la despenalización de las sustancias psicoactivas reveló coincidencias en el sentido que no habría un aumento significativo del consumo de sustancias, simplemente cambiarían algunas normas legales y sociales. Pero también se encontró el contraste que argumenta la percepción de un notable aumento de los consumos de las sustancias.

En la misma línea de Quintero (2013), fue puesta en consideración la propuesta de disminución del daño optando por consumos informados y argumentados, con especial énfasis en la educación de las consecuencias y daños, y con un acompañamiento no punitivo que fortalezca resultados de prevención responsable y fortaleciendo la libertad del individuo.

A diferencia de Henao (2013), no es el paradigma prohibicionista el que reporta la mayor significación para los actores sociales entrevistados como formulación de intervención efectiva para el consumo. Pero por otro lado, hay coincidencias en cuanto a la inclusión de la dimensión psicosocial y educativa en el rol participativo y corresponsable de la comunidad.

## **CONCLUSIONES.**

Consumo y adicción:

Con respecto al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas y de acuerdo con las percepciones analizadas en los diferentes actores sociales, es posible entender en este punto, que se presentan unas diferencias entre el consumo y la adicción. Existen consumos ocasionales dentro comportamientos individuales o de patrones de socialización que no necesariamente implican situaciones adversas de salud ni situaciones entendidas como problemas sociales o de convivencia. Por otro lado, hay consumos con alta frecuencia, con exploración de múltiples sustancias, con frecuencias y dosis mayores que ubican al sujeto consumidor en un escenario de adicción y descontrol en donde se manifiestan las afectaciones de salud, problemática social y de convivencia, actividad delictiva, homicidios, propagación de infecciones como hepatitis y VIH, aislamiento, muerte por sobredosis, ya descritos previamente.

Ahora bien, con respecto a la prevención, es posible concluir que:

- La prevención planteada y percibida dentro de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, analiza una realidad global a

la cual llama mundialización, adjudicándole a ésta el favorecimiento de criterios de consumo alrededor de la recreación y a una masificación propagante de estas formas de pensamiento entendidas como “alterarse por alterarse”, y cómo éstas van a “instalarse” en las generaciones actuales y futuras. De la misma manera describe que el hecho de poner en diálogo los conceptos de diversión y consumo representa un reto para cualquier lógica y cualquier forma de racionalidad. Es decir, la percepción de la prevención en consumo de sustancias psicoactivas contenida en esta política nacional obedece a una lógica de pensamiento que solamente entiende la prevención como aquello compatible con su propio planteamiento, no admite otras racionalidades. Es entonces como, aquella política pública que afirma ser elaborada dentro de un marco de referencia filosófico, entiende que el consumidor de sustancias psicoactivas tiene un actuar irracional. Por ello, la prevención es aquí percibida como todo esfuerzo encaminado en negar la racionalidad de un individuo consumidor y en evitar el inicio y uso “indebido” de sustancias psicoactivas en cualquier momento de la vida.

El término “indebido” usado en la descripción de la finalidad de la prevención de la política pública plantea que lo indebido debe ser entendido como algo digno de ser erradicado del panorama conductual, en lo individual y en lo colectivo.

Es por ello que en su justificación hace referencia a *“ejercer control sobre los factores que ponen en riesgo las opciones de vida, el desarrollo de capacidades, la salud y el bienestar...”*

La prevención percibida por esta Política Pública entiende que no debe existir la generación de una cercanía, contacto y mucho menos un vínculo entre el consumo y la población. Además cualquier factor que favorezca, predisponga o desencadene la generación de estos eventos, debe ser controlado.

- Por otra parte, la prevención percibida por los actores sociales participantes de la investigación da cuenta de unas acciones con una perspectiva diferente, la cual no se enfoca en considerar factores de riesgo relacionados con las formas o condiciones de vida de las personas. Además, no en todos los casos se entendió la prevención como todo aquello que pretende evitar el consumo de las sustancias psicoactivas, sino más bien en evitar un consumo desinformado o mal informado. En un grupo de personas que perciben a las sustancias psicoactivas como elementos peligrosos, fue posible encontrar unos criterios de prevención que apuntan todo su quehacer hacia evitar la adicción, más que el consumo.

## **RECOMENDACIONES.**

Ya que para la salud pública es relevante la construcción de acciones mediante un dialogo participativo, es importante poder plantear desde el escenario de la investigación, un concepto diferente de prevención de cara al fenómeno de consumo de sustancias psicoactivas. Se propone con ello fomentar un punto de partida diferente, situándose inicialmente en la adicción a las sustancias psicoactivas. Trasladar el eje de las acciones ya no centradas en el consumo sino en la adicción, ya que si el consumo es entendido como problema, la persona que realice el consumo va a ser receptora de una serie de acciones que buscarán que dicho consumo sea evitado empleando todos los recursos disponibles. Lo que se pondera aquí es que, en el ejercicio de la libertad individual, se provea a este sujeto de toda la información necesaria alrededor de unas sustancias que son peligrosas, y que requieren de un comportamiento regulado y controlado. Fomentar un manejo responsable de cara a unas situaciones de riesgo. Una prevención que no se enfoque solamente en contener y modificar unos factores de riesgo sino también en abordar con información útil esas situaciones de riesgo.

Para aquellas personas que no han tenido consumo de sustancias psicoactivas, este enfoque de prevención tiene el mismo alcance ya que reconoce de manera incluyente la decisión en libertad del no consumo y al mismo tiempo provee la misma información y el

acompañamiento, pero siempre formulando una prevención construida de cara a la adicción como situación problemática.

Y este abordaje tendría menos limitaciones en un contexto en el que las sustancias psicoactivas no tengan una dinámica oculta sujeta a un mercado ilegal y a una connotación delictiva, las cuales impiden por un lado una lectura clara del fenómeno, y por otra parte intimidan a las personas a dar información concerniente a estos comportamientos. En este nuevo escenario esta información no sería de mercados ilegales y de delitos contra la ley, sino una información de salud pública.

Una prevención que no esté basada en dogmas porque esto le quita su carácter universal y porque para algunas personas esto se aleja mucho de la vida y de la dinámica de la misma, pero que de una manera importante reconozca generosamente y con unos planteamientos incluyentes que algunas personas conciben una dimensión espiritual dentro de sus vidas. Una prevención amplia que entienda que en la diversidad de la vida, la espiritualidad da un sentido y propósito para quienes libremente toman estos caminos.

Finalmente, una prevención que actúe con sostenibilidad en el tiempo y que entienda que la susceptibilidad al consumo es universal y que por ende amplíe más la mirada de la realidad misma del fenómeno, desfocalizándola de factores de riesgo predeterminados. Generadora también de espacios de participación y corresponsabilidad para toda la sociedad. Una prevención que no tenga como presupuesto una única lógica racional para entender el actuar de las personas y que también permita tener una institucionalidad que escuche racionalidades y percepciones en todos sus actores sociales.

## **BIBLIOGRAFIA.**

Beck, U. (2002) *La sociedad del riesgo global*, Madrid, Siglo XXI Editores.

Calderón-Romero EA, Cáliz-Romero NE. (2015) Juventud y universidad: sujetos y escenarios para el debate crítico y autoreflexivo sobre el consumo de sustancias psicoactivas de uso legal e ilegal. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* 14(28), 123-141

Curcio, P. C. (2007). Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud. *Revista Polietia*, 38(30), 59-85

García-Vázquez, J., Blanco Orviz, A. G., García Alas, N., García Almozara, M., Álvarez Fernández, T., González Torre, L.R., del Río Maojo, L. (2009). Evaluación de las escuelas promotoras de salud en Asturias (España). *Global Health Promotion*, 16(3), 96-106

Gómez, A., Darío, R., Orozco, G., Alejandra, D., Rodríguez, O., León, F., & Velásquez, V. (2006). Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 105-118.

Henao Henao, S. (2013). Representaciones sociales de las intervenciones para el consumo de drogas en un contexto universitario, Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(3), 338

Hernández, R. (2010) Metodología de la investigación. Mc Graw Hill, quinta edición.

Merleau-Ponty, Maurice (1994). Fenomenología de la percepción, Barcelona, Península 3ª Edición.

Miguel-Arias, D., Cesar, P. G., Ana Mª, B. B., Benito López, d. A., & Prieto, M. S. (2016). Mortalidad por Reacción aguda tras consumo de drogas en Galicia: 1997-2011. *Adicciones*, 28(2), 80-89.

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

Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). El consumo de sustancias psicoactivas, un asunto de salud pública. Guía práctica sobre la ley 1566 de 2012. Gobierno de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, 2014-2021. Gobierno de Colombia.

Ocampo, R., Cortés, M. y Bojórquez Chapela, L. (2009). Consumo de sustancias y suicidios en México: Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones 1994-2016. *Salud Pública de México*, 51(4), 306-313

Quintero, S., & Posada, I. C. (2013). Estrategias políticas para el tratamiento de las drogas ilegales en Colombia. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(3), 373-380.

Recalde, M. M. (2015). Educación y prevención del consumo problemático de drogas II: Sustancias ilegales Ediciones del Aula Taller

Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva*, 4(3), 301-318.

Sánchez, M. G. (2014). Opiniones ciudadanas ante las políticas antidrogas en seis ciudades de América Latina. *Análisis Político (Colombia)*, 27(80), 27-52.

Slapak, Sara, & Grigoravicius, Marcelo. (2007). "Consume of drugs": the construction of a social problem. *Anuario de investigaciones*, 14, 00. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100023&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100023&lng=es&tlng=en).

Subirats, J. (2001). El análisis de las políticas públicas. *Gaceta sanitaria*, 15(3), 259-264.

Trujillo, H. M., José, M. M., & Vargas, C. (2013). Relaciones asociativas entre las creencias acerca del uso social de las drogas y el consumo en estudiantes jóvenes. *Universitas Psychologica*, 12(3)

Vargas Melgarejo, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4 (8), 47-53.