¿QUE SON LAS DROGAS?
ALCALDÍA MAYOR DE SANTA FE DE BOGOTÁ, D.C.
Unidad Coordinadora de Prevención Integral - UCPI
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES
Unidad de
Coordinación Nacional
¿QUE SON LAS DROGAS?
ÁLVARO RODRÍGUEZ RUEDA
Santa Fe de Bogotá, D.C.

PRESENTACIÓN

Todo el mundo quiere saber sobre las drogas, tener información sobre sus características, los riesgos consecuentes al consumirlas y las alternativas para contrarrestarlos. A la par, elementos como la desinformación, la simplificación del fenómeno y el miedo, caracterizan la divulgación con que los medios de comunicación han decidido abordar el conocimiento social de la problemática generada a raíz de la inserción de la droga en nuestra sociedad. El afán por la "chiva periodística" se constituye en noticia, lo que alimenta el miedo colectivo, haciendo que la droga se asimile únicamente a conceptos como *delincuencia e inseguridad*, ignorando los aspectos psicológicos, sociales, económicos y culturales que inciden en el fenómeno.

Esta situación de desinformación pública, que iguala a todos los consumidores con "delincuentes", "enfermos", o "liberados" (en el mejor de los casos), no permite ampliar conocimientos sobre el tema, tomar decisiones sociales libres y responsables, o apoyar de alguna manera a quienes consumen drogas en situaciones sociales de alto riesgo, las que a su vez son propiciadas por deficientes condiciones correspondientes a calidades de vida marginales.

El mensaje captado por la ciudadanía se expresa en un conjunto de creencias rígidas. Solamente es aceptada aquella información que refuerza los prejuicios y estereotipos preexistentes en contra o a favor de las "drogas". Además, los medios de comunicación al ocultar el origen social y cultural del consumo, tienden a reforzar una actitud represiva frente a la cual el ciudadano decide permanecer pasivo o en actitud expectante.

Se requiere de un sistema de información válido y también de actitudes críticas y abiertas por parte de la ciudadana, para proveerse de fuentes de comunicación y canales de información veraces. La que aquí se consigna intenta superar los estereotipos, las simples **opiniones** o las fantasías creadas alrededor del tema de las drogas. Los datos objetivos y realistas pueden contribuir a alertar sobre los riesgos del consumo, o aportar en la orientación y el consejo. Pero la información es sólo uno de los elementos de la prevención y no el único.

La información sobre los efectos tóxicos de las drogas no resuelve todas las preguntas ni elimina los factores que inducen a su consumo. Tampoco hace desaparecer el riesgo de consumir drogas, aunque facilita un manejo más adecuado de la situación en los casos donde éste se presente. Por ello, aquí se muestra el uso de drogas como parte de diversos problemas conexos, que hacen derivar el trabajo preventivo hacia el contexto social en el que se produce el consumo.

Recuérdese, por ejemplo, que no han bastado las extensas campañas sobre los nocivos efectos orgánicos del cigarrillo para reducir significativamente su consumo. Las mejores armas para contrarrestar esta adicción han sido realmente la presión social sobre el consumidor y el apoyo íntimo de familiares y amigos.

En consecuencia, en este documento se irá más allá de la información que alerta sobre los efectos y consecuencias en el consumo de drogas, considerando diversos aspectos culturales, sociales y grupales, que entre otros, hacen parte de una visión alternativa del fenómeno. También, se dan elementos para el diseño y desarrollo de acciones que han demostrado su eficacia en el quehacer preventivo de la Unidad Coordinadora de Prevención Integral de la Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá.

DROGAS

El término droga ha adquirido en los últimos años una connotación específica, para aludir a aquellos fármacos no medicados, o sustancias cuyo consumo afecta el sistema nervioso central (sustancias psicoactivas), y que unidos a situaciones de alto riesgo, o marginalidad social, producen en el consumidor efectos lesivos para la salud, el comportamiento y la convivencia social. Por esta razón nos

referimos a "las drogas" para hacer referencia a las sustancias psicoactivas en general, incluyendo en ellas sustancias legales como el alcohol, la nicotina, los tranquilizantes, los barbitúricos, o a aquellas producidas por usos diferentes, como los inhalantes.

Farmacológicamente, las drogas son sustancias naturales o sintéticas (es decir sustancias obtenidas por procedimientos industriales, generalmente de tipo químico), las cuales provocan cambios físicos, emocionales o mentales en el comportamiento, que unidos a factores psicológicos, sociales y culturales, condicionan la actividad de los consumidores.

Técnicamente hablando, las drogas se suelen dividir en dos grupos:

Las drogas depresoras del sistema nervioso central: alcohol, benzodiazepinas como el valix-im, barbitúricos como el seconal, opiáceos como la heroína.

Estimulantes del sistema nervioso central: nicotina, cocaína y sus derivados (basuco), anfetaminas, éxtasis, alucinógenos, marihuana.

Pese al valor didáctico de esta clasificación, los efectos y consecuencias finales del consumo prolongado de distintas sustancias son muy diversos, ya que dependen de un complejo conjunto de circunstancias entre las que se cuentan las características de la droga, del consumidor, del contexto social en el que se consume y de los valores sociales imperantes con relación al comportamiento del consumidor.

Este conjunto de circunstancias actúa de manera diversa y explica por qué es común escuchar versiones contradictorias sobre los efectos y consecuencias del uso continuado de drogas.

Pese al efecto nocivo que puede generarse por el uso periódico o frecuente de drogas, utilizamos a diario gran cantidad de ellas como las bebidas alcohólicas y el cigarrillo; estimulantes del sistema nervioso central (como anfetaminas, cafeína, nicotina) y depresivos del sistema nervioso (como somníferos y tranquilizantes), sin pensar en la influencia que tienen para propiciar comportamientos adictivos.

Algunas drogas ilegales como la marihuana gozan de aceptación social marginal. Los efectos a largo plazo de éstas son objeto de estudio e incluso generan grandes debates, pero sabemos que no son inofensivas. Existe el peligro del abuso y de consecuencias adversas, físicas, emocionales, mentales y sociales.

LA AVENTURA DE LAS DROGAS

Las drogas tienen usos sociales muy diferentes. Con el consumo de drogas se puede estar a la búsqueda de sensaciones y aventuras que la vida cotidiana no provee, se puede buscar la inclusión en sectores sociales específicos con los cuales la persona se identifica, o simplemente reforzar la imagen de "adulto". Si no se bebe ni se fuma pueden presentarse situaciones de rechazo entre el grupo de amigos, o pensar que nuestra imagen no impacta suficientemente.

El consumo inicial de algunas drogas produce estados de bienestar y desinhibición que aparentemente actúan contra el aburrimiento, la incomunicación y la incapacidad para hacer ciertas cosas. La búsqueda de estados de bienestar no satisfechos puede iniciarse con el alcohol o el tabaco y conducir a experimentar con otras sustancias legales o ilegales.

Frente al hecho de que las drogas proporcionen experiencias novedosas encontramos varios comportamientos.

- **Rechazar** las drogas que son malas y basta.
- **Consumir** drogas buscando tales efectos.
- **Aceptar** que las drogas producen sensaciones placenteras, pero no consumirlas argumentando responsabilidad.
- **Reconocer** las experiencias novedosas producidas por el consumo, pero pensar que sólo son una parte de la realidad.

Esta última actitud es la más razonable. Las otras tres desconocen o simplifican los complejos aspectos del fenómeno de las drogas, la enorme heterogeneidad de las sustancias y las situaciones variables que hacen del consumo una situación de alto riesgo, en la que las personas se hacen más vulnerables al problema al estar en menor capacidad de interactuar críticamente con él.

El uso de drogas comporta ciertos riesgos sobre la salud, la estabilidad emocional, las relaciones plenas con los demás, la autorrealización, el disfrute de una vida sexual completa y satisfactoria, la habilidad laboral o de estudio, la capacidad de desear... Puede provocar enfrentamientos y problemas graves con la familia, la pareja, los amigos, la justicia. En fin, un panorama nada halagüeño.

Algunas personas piensan que muchas de estas consecuencias se derivan del carácter de "ilegalidad" de las drogas, pero olvidan la presencia de factores culturales, socio-familiares e incluso psicológicos

que condicionan su existencia y que no están necesariamente circunscritos a la prohibición. Además hacen caso omiso al hecho de que la droga más peligrosa para la salud, la personalidad y la convivencia social es legal: el alcohol. En el debate legalización- prohibición, la conclusión más clara es la pertinencia de la educación preventiva alrededor de los factores que inducen y favorecen el consumo, con o sin prohibición.

¿POR QUE SE CONSUME?

Comúnmente se suele ver la "droga" -en particular aquella que no es legal -, como un flagelo que corrompe las costumbres y lleva a quien la consume a su propia autodestrucción. Pareciera que el solo hecho de consumir, o en el mejor de los casos, una personalidad deteriorada o perversa, explicara de por sí el consumo de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, se clama para que médicos, psicólogos y psiquiatras intervengan, a la vez que se demanda un mayor control y represión sobre quienes se perciben como "enfermos" o "delincuentes".

En la vida cotidiana la realidad es otra. Los padres y otros adultos que a menudo reclaman un mayor control a esa "epidemia" externa que invade a los jóvenes, dejan ver en sus costumbres y hábitos el caldo de cultivo para el consumo. Tampoco los jóvenes son lo suficientemente conscientes de las razones que los inducen al consumo, con lo cual se dificulta contrarrestar los factores que propician el uso social de las drogas.

Existen elementos para comprender por qué hoy en día el consumo de drogas se ha extendido tanto como para constituirse en un problema social:

- Formas de vida contemporáneas relacionadas con el individualismo y la búsqueda de éxito material a toda costa, contribuyen a favorecer la aparición y extensión del fenómeno.
- Grupos poblacionales específicos han encontrado en el consumo de diferentes sustancias psicoactivas un medio para afirmar sus valores y prácticas sociales, las que a su vez favorecen el consumo.
- Han aumentado los factores que favorecen o predisponen al consumo de drogas y la drogadicción.
- Al debilitarse algunos soportes sociales que contrarrestan el comportamiento adictivo, se ha incrementado el riesgo de caer en la adicción a las drogas.
- Existe una oferta generada por la demanda existente, la que a su vez alimenta y amplía la demanda.

FORMAS DE VIDA CONTEMPORÁNEAS

El complejo fenómeno del consumo masivo de drogas debe entenderse como expresión del afianzamiento de valores y prácticas sociales actuales.

Las drogas siempre han acompañado a la humanidad, pero su uso ha sido regulado socialmente, y ha estado inscrito dentro de las costumbres y valores dominantes. En las sociedades tradicionales que las utilizan como forma de integración social -comunidades indígenas por ejemplo-, refuerzan la normatividad vigente y la convivencia. Mediante el consumo ritual de drogas se accede a los dioses, se transmite el conocimiento y se reafirman las creencias que unen a la colectividad.

Por el contrario, en nuestra sociedad, y especialmente en los países industrializados, el consumo de drogas se ha llegado a asociar a ideologías como el utilitarismo y el pragmatismo donde prima la productividad a toda costa, la realización personal a través de mercancías -la droga es una de ellas-, y el fomento del individualismo. Estas formas de vida distorsionan los marcos de convivencia y producen un progresivo empobrecimiento de la existencia cotidiana que se expresa en la incomunicación y la soledad, la funcionalización de la existencia (el reconocimiento de los otros en función de un **tener**, y no de un **ser**), la tensión y la ansiedad constantes, el desconocimiento de otras formas alternativas y válidas para pensar y vivir, ligadas a la fantasía, el juego y el afecto.

El profundo malestar social producido, conduce a encontrar en las drogas la puerta falsa de acceso hacia otras formas de vida que permiten experimentar lo que la vida diaria no proporciona.

El afán consumista creado y alimentado por la sociedad y los medios de comunicación, puede llevar a los jóvenes a creer que en el uso de drogas se encuentra el sendero a un mundo mejor de intensas pero efímeras sensaciones, o bien el peldaño para llegar a la edad adulta.

En la actualidad se puede dar constancia de cómo los ejecutivos jóvenes o los muchachos de las barriadas populares utilizan drogas legales o ilegales para reducir el estrés producido por sus condiciones de vida, o para aumentar su productividad laboral.

ESTILOS DE VIDA DE DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES

El consumo de psicoactivos se relaciona con hábitos, sentimientos e ideas de grupos sociales específicos, que constituyen todo un estilo de vida en el cual el uso de drogas juega un papel determinante.

Dos casos ilustrativos y muy diferentes aluden al uso de sustancias psicoactivas. El primero relacionado con el consumo de marihuana y con ideales de paz y retorno a la naturaleza, representado por los *hippies* de los años setenta; y otro en el uso de inhalantes por los habitantes de la calle para aliviar las duras condiciones de vida que enfrentan.

Hace unos cuantos años los *hippies* norteamericanos y europeos de los setenta, vieron cómo los imperativos dominantes de la sociedad que ellos combatían y criticaban disolvió su proyecto radical que proponía un modelo de sociedad diferente basada en el amor, el respeto y la comprensión. De ellos hoy sólo se recuerda el consumo de psicoactivos, quedando en el olvido su lucha política para que se suspendiera una guerra, su proyecto cultural anticonsumista y su visión ecológica y artística del mundo.

En los habitantes de la calle, la droga se constituye también en un ritual colectivo cuyo consumo marca a los usuarios como pertenecientes a un grupo al que es necesario suscribirse para sobrevivir. El consumo suele estar presente en las actividades grupales y algunas drogas facilitan el comportamiento delictivo además de contribuir a reducir las sensaciones de hambre, sed y frío.

En ciertos grupos delincuenciales, el consumo de drogas como el basuco, se asocia a sensaciones de paranoia y excitación que se acoplan a sus actividades sin interferir con el comportamiento delictivo.

De otra parte, para grupos pertenecientes a diversas clases sociales, el uso de algunas drogas se asocia a estilos de vida relacionados con intentos de automarginación social en los cuales se busca abolir o enfrentar prácticas autoritarias, moralistas o simplemente rutinarias, que están presentes en la vida cotidiana.

Entre los consumidores jóvenes y adultos también es posible encontrar valores, símbolos, costumbres y ritos que configuran estilos de vida que favorecen el uso de drogas.

En los adultos, basta observar cómo entre los consumidores de cerveza de los sectores populares, o entre los de licor de las clases de mayores ingresos, el consumo de alcohol se propicia, se induce y se mantiene gracias a mecanismos como la invitación colectiva -todos toman y todos están obligados a pagar-, la valoración social del consumidor más resistente, la aceptación del 'desenguayabe', la desvalorización y burla que se hace al comentar las 'borracheras', 'enlagunadas' y pérdidas del control, y la asociación del consumo a símbolos de poder, virilidad y fuerza.

Estos mismos valores y creencias suscitan diferentes actitudes entre jóvenes y adultos en relación con el consumo de drogas. Las actitudes pueden incluso cambiar según el contexto donde se esté. Con jóvenes usuarios que se ríen de los efectos perniciosos de las drogas, una persona restará importancia a los riesgos, mientras que si está en una reunión de prevención es posible que esté receptiva a la narración de los problemas ocasionados a un amigo por el consumo de drogas.

FACTORES PREDISPONENTES AL CONSUMO

Existen múltiples condiciones y factores que favorecen el consumo de sustancias psicoactivas:

El deseo de experimentación, identidad, aventura y riesgo que la escuela y la familia a menudo no satisface, o el bloqueo a las iniciativas e intereses, pueden hacer creer al joven que en las drogas se encuentra una salida a lo que aparece como la rutinización de la vida cotidiana.

Se ha reconocido, por ejemplo, que el consumo de drogas se asocia con hechos como el *desempleo* en los sectores populares, o el *manejo incontrolado* de dinero en jóvenes de las clases altas.

En el sistema educativo, las situaciones de *fracaso y deserción escolar* crean condiciones propicias para el consumo, que aunque no son las únicas pueden inducir al uso de drogas. Las investigaciones demuestran que actualmente el consumo tiende a incrementarse al finalizar el bachillerato y especialmente en los primeros años de universidad.

Uno de los factores que más predispone al consumo es la *presión ejercida por el grupo de amigos*. Según la sustancia, la frecuencia y el contexto social del consumo, se puede buscar "pasarla bien", ser parte de lo que está de moda, afirmar la rebeldía, satisfacer la curiosidad o asumir roles propios del adulto. Algunos de estos grupos suelen ser bastante cerrados e intolerantes y la presión colectiva descalifica cualquier iniciativa individual que busque no consumir, aunque en ellos a menudo se piensa y se habla de "libertad personal".

Consumir con frecuencia drogas en el grupo de amigos supone que alguien tiene acceso a los sitios de expendio -"ollas"-, que los valores del grupo de consumidores son compartidos con cierta intensidad y por último, que están presentes otros factores de riesgo.

Aparte del grupo de amigos, otro factor de riesgo predisponente se encuentra en *hermanos u otros familiares con problemas de adicción*; en este caso el consumo cotidiano termina induciéndose o como mínimo propiciándose.

La descomposición familiar que se manifiesta en la violencia o el maltrato intra-familiar, la ausencia de la figura paterna, las dificultades en el manejo de la autoridad y la mala comunicación, constituyen factores que favorecen el inicio del consumo o la puerta de acceso a la adicción propiamente dicha. Ligado a lo anterior, factores como el machismo inducen al abuso de alcohol en el hombre, y la soledad y las tensiones familiares al uso de tranquilizantes en la mujer.

En Santa Fe de Bogotá, una investigación realizada en 1992 (1) demostró que los problemas familiares se perciben como una de las principales causas del consumo.

1 Unidad Coordinadora de Prevención Integral, Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Santa Fe de Bogotá, D. C. Santa Fe de Bogotá, 1994.

EL CONSUMO PROLONGADO EN SITUACIÓN DE RIESGO

En general, dos variables parecen ser un denominador común para los factores que inducen al abuso en el consumo de drogas: *el estrés y la falta de apoyo* o soporte social *para enfrentar situaciones de conflicto*.

El estrés es la reacción de tensión que se produce cuando la persona se ve expuesta a diferentes situaciones que percibe como amenazantes y considera que desbordan sus recursos personales para enfrentarlas. Por ejemplo, cambios o presiones del medio, como el maltrato y la violencia, problemas conyugales o efectivos, y dificultades laborales o económicas, entre otros.

A menudo, la costumbre que genera el consumo habitual de una sustancia psicoactiva, la incomodidad o malestar suscitado por la imposibilidad de satisfacer la dependencia, y las consecuencias que en los ambientes educativo familiar o laboral produce el consumo, aumentan el estrés y la consecuente necesidad de volver a consumir.

El apoyo o soporte social al consumidor, hace referencia a la calidad de la presencia de personas que en el círculo social del individuo le brindan afecto, reconocimiento, aprobación y ayuda material. En la familia el soporte social estaría representado por el apoyo emocional que se ofrezca a los hijos en situaciones de conflicto, y la comunicación familiar intensa.

En escenarios de consumo reiterado, un soporte social débil puede actuar como un poderoso mecanismo de inclusión social del consumidor en grupos de adictos. La capacidad para *manejar el conflicto y el soporte social* que perciba y tenga la persona, actúa eficazmente como *barrera protectora contra la adicción* a las drogas.

A partir del estudio de casos clínicos de adictos y de estudios estadísticos que asocian características sociodemográficas y consumo, se puede construir el *perfil típico de una persona de alto riesgo* de ser afectado por el consumo de drogas: un joven, entre 18 y 25 años, fumador y bebedor, con experiencia en el uso de marihuana y hermanos o conocidos que utilizan otras sustancias, sin mayores compromisos con su trabajo o estudio; tiene una fuente importante de ingresos o la puede obtener rápidamente, se siente seguro entre consumidores y en el ambiente social de las drogas.

Esta persona, enfrentada a situaciones altamente estresantes y sin un apoyo social adecuado para resolverlas, reúne las condiciones para llegar a convertirse en un adicto.

OFERTA Y DEMANDA DE DROGAS

Por su privilegiada posición geográfica, Colombia se ha convertido en uno de los lugares de mayor producción, procesamiento y mercadeo de sustancias psicoactivas ilícitas hacia otros países.

La disponibilidad de estas sustancias y su costo, son hechos que propician parcialmente el consumo en el país. Primero fue la marihuana, luego la cocaína y más tarde el basuco. Se presume que el amplio uso de basuco hace unos años se facilitó por un excedente en la producción de cocaína.

Posiblemente se esté ahora ante una nueva situación de consumo por la oferta de heroína en el mercado ilegal de drogas, con las graves consecuencias que puede tener sobre la vida social, la salud de los consumidores y el aumento en el riesgo de la transmisión del SIDA, dada su forma de uso.

Pese a esto, en Colombia, los fenómenos del consumo y de la drogadicción no son aún tan graves como en los países industrializados, cuyas formas y estilos de vida han generado una alta demanda de drogas que dificulta detener el flujo interno de sustancias ilícitas e incluso promueve la circulación de algunas de ellas, bajo regulación medicada, en los mercados locales.

No obstante, podrían darse ejemplos de algunas drogas que desaparecieron del mercado a pesar de la oferta existente, porque los valores, las prácticas sociales o las ideologías que acompañaron su uso cambiaron, o por la aparición de barreras sociales que se opusieron al consumo.

En conclusión, *la facilidad con que se puede adquirir la mayoría de las sustancias* no es la única razón que explica su consumo, aunque constituye de por sí un problema.

CONSUMO DE DROGAS PSICOACTIVAS EN ALGUNOS PAÍSES AMERICANOS (PREVALENCIA POR 100 HABITANTES)

PAIS	MARIHUANA	COCAINA	BASUCO
Bolivia 1990 (pob. Total)	0,60	0,30	0,30
Colegios. Universidades	1,80	1,30	1,30
Colombia 1992	0,60	0,30	0,10
Ecuador 1988 (pob total 10 a 65 años)	1,20	0,30	0,30
Estados Unidos de Norte América 1990	10,00	3,00	
Panamá 1991 (Pob urbana 12 a 45 años)	1,90	1,90	1,00
Perú 1988 Pob urbana 12 a 50 años	0,50	0,20	0,40

Nota: Los estudios fueron realizados entre 1986 y 1992. Las cifras se refieren al "consumo en el último año"

EFFECTOS Y CONSECUENCIAS DEL USO DE DROGAS

Como acabamos de examinar, el consumo está condicionado a diversos factores psicológicos, sociales, económicos y culturales. La droga no es sólo una sustancia capaz de perjudicar la salud, sino que es un producto cultural cuyo uso acerca a ciertos valores sociales, inscribe a los consumidores dentro de prácticas sociales específicas y modifica la sensibilidad, a fin de producir cambios en la percepción que se tiene de sí mismo y de los otros.

Las razones simplistas esgrimidas por los usuarios acerca de las bondades del consumo y sus efectos, a menudo se mueven en el ámbito de la autojustificación o de la proyección de experiencias y fantasías particulares. Otras percepciones igualmente simplistas son las de personas no adictas, y que se basan en estereotipos sociales que encasillan a los consumidores, a la sustancia y a los lugares de consumo, en puntos de referencia poco neutrales.

En ambos casos se termina desconociendo la complejidad de la interpretación que debe darse al problema de la droga.

Esta concepción, por decirlo de alguna manera, tradicional, solamente aumenta la posibilidad de continuar proporcionando a la sociedad verdades a medias y lejanamente posibles que solamente ayudarán a mantener el uso y abuso de la droga inmerso en nuestro conglomerado social.

El resultado final producido por el consumo de sustancias psicoactivas es la dependencia o adicción, comúnmente conocido como drogadicción. Sin embargo no todos los consumidores de drogas legales o ilegales pueden ser considerados como drogadictos.

El estado de dependencia implica un proceso diferente para cada droga y es por esto que no se debe confundir el término uso con el de dependencia. Pero tampoco se debe ignorar el hecho de que *el uso crea una situación de riesgo que de mantenerse puede conducir a la drogadicción.*

En general se identifican cinco señales evidentes para diagnosticar la dependencia de un individuo:

- Uso compulsivo de la sustancia.
- Pérdida de control si no se tiene acceso a la misma.
- Incapacidad para detenerse una vez iniciado el consumo, a pesar de las consecuencias adversas que se puedan presentar.
- Negación del problema (minimización) y
- tendencia a la recaída.

En general, el drogadicto propiamente dicho, es el usuario que emplea compulsivamente una o más drogas.

La compulsión adictiva se caracteriza por la sustitución o condicionamiento que de las relaciones interpersonales termina haciendo la sustancia. Esta sustitución se manifiesta en:

- El deseo persistente por interrumpir o controlar el uso de la sustancia sin que esto pueda lograrse.
- La inversión de una parte importante del tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia, usándola o recuperándose de sus efectos.
- En la reducción de las actividades sociales, ocupacionales o recreativas a causa del uso de la sustancia y,
- En la persistencia en el uso a pesar del conocimiento de sus efectos negativos.

La compulsión adictiva es tan violenta que termina destruyendo las relaciones interpersonales, las capacidades del individuo para desempeñarse laboralmente, sus vínculos familiares y sus estructura de personalidad.

En algunas drogas, la adicción se manifiesta también por una cierta tolerancia a la sustancia y por el síndrome de abstinencia en diversos grados si se suspende el consumo (sudoración, nerviosismo...).

Es importante no confundir dependencia con intoxicación aguda u otros estados que implican pérdida de conciencia y autocontrol. Igualmente debemos anotar que en ocasiones las drogas se utilizan mezcladas con otras, sin saber que algunas combinaciones pueden ser fatales.

Compulsión: Acción repetida de consumo mediante la cual se termina "sustituyendo" las relaciones interpersonales para dejar espacio a las drogas.

Dependencia: Necesidad de seguir tomando una droga; se presenta tras un período de uso frecuente, el que es distinto para cada sustancia. No existe una dependencia física y otra psíquica, lo que aparece es UNA dependencia en la que siempre están presentes elementos psíquicos y orgánicos.

Intoxicación aguda o sobredosis: Se produce cuando se consume una cantidad excesiva de droga y el cuerpo es incapaz de transformarla o eliminarla. La intoxicación es una forma de envenenamiento y requiere siempre de intervención médica urgente.

Rehabilitación: Proceso normalmente de larga duración, en el que se promueve en el individuo el desarrollo de sus; capacidades, habilidades y soportes sociales que le facilitan negarse a consumir.

Inserción social: Proceso por el cual un drogadicto en rehabilitación alcanza una situación de estabilidad personal e interpersonal que le permite el desempeño social sin consumir.

Síndrome de abstinencia: Conjunto de síntomas que reflejan una dependencia y que aparecen cuando se deja de consumir la droga.

Tolerancia: Propiedad de las drogas de exigir cada vez; dosis mayores para producir los mismos efectos anteriores...

Toxicidad: Grado de daño orgánico que produce una droga.

SUSTANCIAS LEGALES

BEBIDAS ALCOHÓLICAS

El alcohol es la sustancia más común entre todas las drogas. Es la que mayor consumo tiene, la que mayor número de adictos genera y la que más problemas sociales y de salud ocasiona.

Todas las bebidas alcohólicas tienen como principio activo el etanol, que se obtiene por, fermentación (en la chicha, el guarapo, la cerveza y el vino) o por destilación (*en el aguardiente, el ron, el whisky o el brandy*)

El etanol es el único de los alcoholes que puede beberse sin riesgo de envenenamiento. El metanol o el alcohol utilizado como combustible, es mucho más tóxico, y cuando se emplea para adulterar los licores puede producir ceguera y a menudo la muerte.

Las bebidas alcohólicas cuentan con una gran aceptación. En pequeñas dosis actúan como calmantes y se asocian al esparcimiento, la integración social y el descanso. Sin embargo, los efectos negativos de su abuso, como la dependencia (alcoholismo), o las consecuencias sociales de la intoxicación alcohólica (borrachera), no han sido plenamente reconocidos.

Para indagar algunas áreas de la vida social afectadas por el consumo de bebidas alcohólicas *el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas,*) realizado por el Ministerio de Salud en 1.993, preguntó a cada uno de los 25.000 encuestados lo siguiente y se obtuvieron estos resultados:

¿Bajo los efectos del alcohol ha sido herido o ha herido a otro?

El uno por ciento respondió que sí.

¿Bajo los efectos de bebidas alcohólicas ha tenido accidentes de tránsito como peatón o conductor?

El 3.7 por ciento de los encuestados respondieron afirmativamente.

¿Ha tenido otra clase de accidentes bajo el efecto de bebidas alcohólicas? (por ejemplo se incluirían aquí los accidentes laborales).

El 4.7 por ciento respondió también afirmativamente.

El abuso creciente del alcohol ha contribuido a agravar diversos problemas sociales y de salud pública ligados a muchos comportamientos generadores de muerte, agresividad y violencia.

Se relacionan con el abuso del alcohol la violencia y el maltrato intra-familiar, la disolución de las parejas, el ausentismo laboral, la baja productividad y la pérdida del empleo, entre otros.

El abuso de alcohol produce diferentes formas de psicosis graves, comportamientos irresponsables y deterioro general del organismo. Si se consume en grandes cantidades durante largos períodos, el alcohol perjudica el hígado (muerte por cirrosis, daño hepático irreversible), el cerebro y el corazón. También afecta la memoria, el juicio y el aprendizaje.

El síndrome alcohólico fetal en madres que han abusado en el consumo de bebidas alcohólicas produce la gestación de niños con severas malformaciones congénitas.

No obstante, en Colombia el alcohol es la sustancia psicoactiva más utilizada en todos los niveles socioeconómicos, en ambos sexos y en todas las edades.

Aunque en el país se observó en 1.993 una ligera disminución en el consumo, en Santa Fé de Bogotá, según estudios comparativos hechos en 1.987 y 1.992, no se dieron variaciones apreciables. En la Capital, el porcentaje de personas que consumen alcohol es dos veces mayor que el de fumadores y supera casi cien veces al de consumidores de todas las sustancias ilícitas.

Como dato preocupante, los estudios epidemiológicos sobre consumo de sustancias psicoactivas realizados en el país muestran que el alcohol es la sustancia más importante para el inicio al consumo de otras drogas, seguida por el cigarrillo y los tranquilizantes.

El consumo del alcohol se aprende desde la niñez, y desde la adolescencia se asocia a estados de desinhibición, comunicación y diversión, hasta tal punto que el hecho de *salir, divertirse y tomar alcohol se convierten en sinónimos*.

Los jóvenes entre 18 y 24 años de edad son hoy en día, uno de los grupos que más consume alcohol, por lo que estamos no sólo ante un grave problema de fármaco dependencia, sino ante una situación que paulatinamente tiende a agravarse.

Algunos síntomas del alcoholismo

- Necesidad de consumo frecuente que se disfraza como diversión, exigencias sociales o laborales.
- Tendencia a ingerir alcohol cuando se experimenta estrés o algún problema familiar o laboral.
- Aparición de "lagunas" en la memoria, durante las cuales se actúa aparentemente normal pero posteriormente no se recuerda nada.
- Tendencia a beber a escondidas y a tener provisiones permanentes de alcohol.
- Beber muy rápido y no ser capaz de detenerse una vez se ha comenzado la ingestión.
- No reconocer los problemas que causa el alcohol, ignorar el tema en las conversaciones y atribuir las faltas cometidas a exageraciones de los demás.
- Achacar las responsabilidades de los errores cometidos a los demás.
- Desviar recursos económicos para adquirir alcohol, olvidando obligaciones familiares urgentes.

El mito de la primera copa*

La creencia popular de que el tomar una sola copa hace que un alcohólico no pueda dejar de beber ha sido puesto en duda como resultado de una ingeniosa investigación realizada por Marlatt, Demming y Reid (1973).

Alcohólicos y bebedores sociales fueron reclutados para un estudio sobre preferencias gustativas. Se informó a la mitad de los sujetos de cada grupo que el estudio consistía en comparar tres diferentes tipos de vodka y la otra mitad que se deseaba evaluar tres marcas de agua quina. En realidad se dio a probar lo que esperaban a la mitad de los sujetos de cada grupo, por lo que los participantes estaban de hecho repartidos en cuatro grupos: expectativa de alcohol- sabor de alcohol ; expectativa de alcohol – sabor de agua quina; expectativa de agua quina -sabor de agua quina; expectativa de agua quina- sabor de alcohol.

Veinte minutos antes de iniciarse la catadura propiamente dicha, se dio a los sujetos que iban a comparar después las diferentes vodkas una copa de vodka con agua quina y a los que probarían algunas quinas, un vaso de la misma. El vodka con agua quina era el "truco" de experimento. De ser correcta la hipótesis de la pérdida de control, debía haber estimulado a los alcohólicos a beber en

exceso. Durante el período de espera, se prepararon para dos de los grupos las bebidas que se les administrarían en la catadura. Para cada uno de los que esperaban y que iban a probar alcohol se vertieron en tres botellas cuatro onzas de tres diferentes marcas de vodka (Smirnoff, Petruska y marca X) y veinte onzas de agua quina *Schweppes*. Las tres botellas correspondientes a cada uno de los sujetos "expectativa de agua quina - sabor de agua quina" se llenaron con tres diferentes marcas de agua quina. Las botellas correspondientes a los sujetos que no probarían los líquidos que esperaban habían sido llenados previamente. Las botellas que debían contener vodka no contenían más que agua quina y las de agua quina contenían algo de vodka. Se dijo a los sujetos que probaran lo que quisieran de cada botella, que a cada una la evaluaran con adjetivos como amargo, fuerte, aguado y dulce. Durante la catadura, el experimentador se retiró con el pretexto de que "tenía que preparar otro estudio".

La principal medida utilizada fue la cantidad de líquido consumido. De haber resultado correcta la hipótesis de la pérdida de control, entre los alcohólicos sujetos al "truco" del vodka, los que habían probado vodka deberían haber consumido una mayor cantidad de líquido que los que habían probado agua quina. Similarmente, los alcohólicos que habían tomado vodka en ambas ocasiones deberían de haber bebido más que los bebedores sociales de su grupo. No lo hicieron. Inesperadamente, la naturaleza de la bebida servida durante los periodos de espera y de catadura no influyó en la conducta de los sujetos. Al contrario, la variable relevante resultó ser su expectativa: los sujetos que esperaban recibir alcohol -independientemente de que no lo recibieran o no lo bebieron más que los que esperaban probar agua quina. No se pudo comprobar la hipótesis de la pérdida de control.

CIGARRILLO

La nicotina (principio activo del tabaco y del cigarrillo), es otra sustancia frente a la cual no se tiene aún conciencia de la dependencia que ocasiona y de las consecuencias que produce.

La actitud del consumidor de drogas ha sido interpretada tradicionalmente como una manera de evadir la realidad. El cigarrillo nos ofrece una caracterización contraria a la general en los usuarios de drogas: el consumo, no como una fuga o escape, sino como un mecanismo que tiende a favorecer la adaptación a las normas sociales.

A diferencia de otras sustancias, el cigarrillo no destruye la personalidad, ni su uso continuo altera el funcionamiento psíquico o comportamiento social. Su ligero efecto de relajante muscular y estimulante psíquico no altera sensiblemente la conducta individual ni la adaptación social. El daño del tabaco es fundamentalmente orgánico. El fumador es el único adicto que no tiene una "mala" imagen social, pero también es el más expuesto a contraer enfermedades como producto de su adicción.

Para apreciar el grado de dependencia de esta droga basta señalar que setenta de cada cien fumadores de más de un paquete y medio diario querrían dejar el consumo y no lo consiguen. Incluso una parte importante de ellos nunca dejará de fumar si no se les ayuda a superar el síndrome de abstinencia y no se les apoya terapéuticamente en ciertas habilidades. LA NICOTINA ES LA SUSTANCIA ADICTIVA MÁS PODEROSA Y TOXICA QUE EXISTE.

El cigarrillo aumenta en forma considerable el riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas con ocupaciones sedentarias y con predisposición al estrés como oficinistas, personas que atienden público, e individuos con cargos de responsabilidad.

Se calcula que a causa del consumo del cigarrillo en Colombia mueren cuarenta y nueve personas diariamente por enfermedades orgánicas, cardíacas, pulmonares, y por diversos tipos de cáncer.

Las mujeres en embarazo adictas al cigarrillo presentan mayor frecuencia de aborto espontáneo, parto prematuro y mortinates (muerte del recién nacido). Además, sus hijos presentan bajo peso al nacer, retraso en su desarrollo, maduración pulmonar más lenta y menor estatura.

Una noticia alentadora que reportan estudios nacionales y municipales realizados en los últimos años, informa sobre la disminución del consumo de cigarrillo, que se considera cada vez menos una de las habilidades sociales básicas, pese a que poderosas industrias multinacionales dedican sus esfuerzos a promover el consumo de tabaco, sustancia a la que atribuyen beneficios insospechados.

En el mundo se reporta una disminución del consumo y en el país, este pasó del 29.7 por ciento en 1987, al 21.2 por ciento en 1993.

En Santa Fe de Bogotá, el 44 por ciento de las personas ha probado el tabaco alguna vez en la vida y el 32.6 por ciento reconoció haber consumido cigarrillo durante 1992.

Beneficios de reducir el consumo de cigarrillo durante el trabajo

· Los no fumadores tienen un 50 por ciento de menores probabilidades de hospitalizarse que aquellos que fuman.

· Los no fumadores tienen dos veces menos accidentes de trabajo que los fumadores.

· También, se disminuye el riesgo de incendios, explosiones y la incomodidad que produce el fumador a sus compañeros

Menores riesgos de enfermar. Un empleado no fumador expuesto a humo de cigarrillo en su trabajo, tiene mayor probabilidad de enfermar y morir que otro no sometido a esas circunstancias ambientales.

El consumo puede disminuir si se divulgan las razones para reducir o prohibir fumar en lugares de trabajo. Si se realiza una adecuada sensibilización y concientización que incluya un diagnóstico de quienes se sienten incómodos por que otros fuman, si se establecen áreas de consumo y se apoya socialmente a los fumadores, incentivando el abandono de la adicción con el apoyo de sus compañeros y familiares.

El tabaco ¿Estimula, relaja, o ambas cosas? *

La mayoría de los fumadores de cigarrillos afirman que su hábito les ayuda a relajarse (Ikard, Green y Horn, 1968), y sin embargo, el acto de fumar un cigarrillo suele aumentar el ritmo cardíaco de quince a veinticinco latidos por minuto.

(Departamento de salud, educación y bienestar de los Estados Unidos de Norteamérica, 1964).

Recientemente en un experimento se trató de demostrar estos dos efectos paradójicos.

Nesbitt (1973) sometió a fumadores y no fumadores a una serie de descargas eléctricas cada vez más desagradables en tres condiciones; cuando no estaban fumando, al fumar un cigarrillo con alto contenido de nicotina y al fumar un cigarrillo con bajo contenido de nicotina. Dedujo que si el fumar estimulaba fisiológicamente al mismo tiempo que relajaba psicológicamente a *los que fumaban con regularidad*, éstos descargas más dolorosas mientras fumaban y que podrían tolerar descargas eléctricas más fuertes al fumar un cigarrillo con alto contenido de nicotina, que al fumar uno con bajo contenido de nicotina. Puesto que no podían esperarse que los no fumadores se relajaran al fumar un cigarrillo, pensaban que no observaría el incremento en la capacidad para tolerar descargas eléctricas entre los sujetos del grupo de control compuesto de no fumadores.

En primer lugar, controlando con electrocardiograma el ritmo cardíaco de sus sujetos, pudo demostrar que el fumar un cigarrillo efectivamente incrementaba dicho ritmo, sobre todo cuando el cigarro tenía un alto contenido de nicotina. Más interesante todavía fue la relación observada en cuanto a la capacidad de los fumadores para tolerar descargas eléctricas como función del que hubieran estado fumando o no en el momento de recibir descargas cada vez más desagradables. Los fumadores pudieron soportar descargas más fuertes cuando se encontraban fumando, y sobre todo cuando fumaban cigarrillo con alto contenido de nicotina. El acto de fumar no alteró la tolerancia hacia las descargas eléctricas de los no fumadores .

Asumiendo que una mayor tolerancia hacia las descargas eléctricas era una medida válida de reducción de la ansiedad, Nesbitt concluyó que el fumar producía relajación en quienes, . estaban acostumbrados a hacerlo, a pesar de que aumentara su nivel de excitación fisiológica. Los no fumadores, por no estar familiarizados con los efectos del cigarro, -y sintiéndose de hecho un poco asqueados- no se sintieron psicológicamente relajados y al mismo tiempo fisiológicamente estimulados por, los cigarrillos. La paradoja por lo tanto quedó confirmada: el acto de fumar relaja psicológicamente a quienes están acostumbrados a hacerlo, y al mismo tiempo los estimula fisiológicamente. Todavía no se sabe con claridad por qué ocurre esto.

PASTILLAS

En el mundo entero, el procedimiento inadecuado de la automedicación y la adicción a fármacos producidos industrialmente constituye la forma más generalizada para abusar de las sustancias psicoactivas. Paradójicamente, las ganancias derivadas de la venta de estos productos son fácilmente canalizadas por una estructura económica que a su vez está articulada a la dinámica del capital multinacional.

Sólo nos referiremos a las sustancias que, automedicadas, pueden llegar a producir dependencia, y que al consumirse alteran las funciones orgánicas, el estado de ánimo del individuo y perturban su comportamiento social.

En estos casos, la adicción comúnmente responde al afán de controlar las insatisfacciones por rutinas matrimoniales y laborales, permitiendo en la mayoría de los casos el manejo de la ansiedad a fin de mantener un nivel adaptativo, sin interrumpir las habituales responsabilidades sociales.

Las anfetaminas, los barbitúricos y los tranquilizantes menores, están entre las drogas farmacéuticas de las cuales se abusa con frecuencia a pesar de ser estas de exclusiva prescripción médica.

Anfetaminas

Son drogas que únicamente deben ser ingeridas por prescripción médica formuladas para la depresión, la narcolepsia y la hipercinesis. Actúan como estimulantes del sistema nervioso central. Tras la fase mística de los alucinógenos y la fase hedonista de la heroína, en los países industrializados la cocaína y las anfetaminas responden a una cultura que promueve la hiperactividad y las sensaciones fuertes.

Por sus efectos, las anfetaminas se utilizaron durante muchos años para "estudiar" y para "quitar el apetito", pero hoy en día se tiene mayor conciencia de su peligrosidad. Sin embargo, siguen siendo utilizadas por grupos especiales de la población, en algunos casos como depresores del apetito (uso de mayor frecuencia en la mujer), en otras ocasiones para aumentar el rendimiento muscular en los deportistas o para evitar el sueño, por estudiantes y conductores.

A pesar de que existen otras formas para combatir el insomnio y los espasmos musculares (ejercicio, relajación, bebidas caseras), a veces se recetan estos medicamentos sin considerar su potencial adictivo así como en otros casos se desconocen los riesgos de la automedicación

Un estudio comprobó que a un prestigioso hospital colombiano el 90 por ciento de los enfermos llegaron premedicados por familiares, amigos o por boticarios, y que de ellos, entre el 10 y el 20 por ciento sufrieron algún grado de intoxicación por sobredosis o por un uso inadecuado de medicamentos.

Las anfetaminas son drogas muy peligrosas. La dependencia se adquiere con facilidad, pero lo peor es su extraordinario nivel de tolerancia que puede llevar en casos extremos a la necesidad de tomar hasta treinta o cuarenta pastillas diarias luego de un año o dos de adicción.

El individuo dependiente de las anfetaminas se vuelve un ser inestable, irritable, confuso y agresivo, en especial si la ingestión se combina con alcohol, caso en el que los adictos se niegan a comprender las dimensiones de su propia situación. Así mismo sus efectos sobre el apetito pueden llevar a una desnutrición crónica que, combinada con la falta de descanso, produce gran deterioro físico.

EN 1993 EL 2.5 POR CIENTO POR MIL DE LOS COLOMBIANOS UTILIZARON ANFETAMINAS

Tranquilizantes y Barbitúricos

Bajo esta denominación se incluyen diversos medicamentos de exclusiva prescripción médica, que actúan sobre el sistema nervioso disminuyendo su actividad. Están las benzodiazepinas como el valium, los barbitúricos como el luminal y otras variedades como las de la metacualona o el meprobamato.

MEDICAMENTOS CON LOS QUE SE ABUSA

ANFETAMINAS

Nombre genérico	Nombre comercial
Sulfato de anfetamina	Benzedrina
Dextro-anfetamina	Dexedrina
Fenmetrazina	Preiludín
Metil Fenidato	Ritalina
Dietil Propión	Tenuate
Metanfetamina	Pervitín
Fenproporex	Fenisec

TRANQUILIZANTES MENORES - SEDANTES - ANSIOLITICOS

Nombre Genérico	Nombre comercial
Ciordiazepóxido	Librium
Diazepán	Valium/Diazepan
Oxazepan	Serepax
Lorazepan	Ativán

Bromazepan	Lexotan
Meprobamato	Ecuamil Milton

BARBITURICOS

Nombre genérico	Nombre comercial
Secobarbital (de acción corta)	Seconal
Pentobarbital (de acción inmediata)	Nembutal
Amobarbital (de acción corta)	Amital
Hexobarbital (de acción ultracorta)	Evipal
Fenobarbital (de acción prolongada)	Fenobarbital
Gardenal	

HIPNOTICOS NO BARBITURICOS

Nombre genérico	Nombre comercial
Hidrato de cloral	Notec
Etciorvinol	Placidyl
Paracetaldehido	Paraldehido
Glutetimida	Doriden
Metriprilon	Noludar
Metacualona	Mandrax
Mequelónn	Qualude

Los barbitúricos son utilizados médicamente como sedantes que inducen al sueño y liberan de la ansiedad y la tensión, para tratar las convulsiones y diversas enfermedades mentales. Su consumo excesivo produce sensaciones de embriaguez e irritabilidad. Los tranquilizantes menores se utilizan principalmente en el tratamiento de la ansiedad.

Son drogas que están ahí, a la mano, y que han comenzado a producir efectos negativos en la salud pública. El mayor riesgo de estos productos es que son fácilmente asequibles y están normalizados, por lo que se usan de cualquier forma y en cualquier momento, pareciéndose en este sentido al cigarrillo.

Generalmente la adicción a los barbitúricos se presenta a edad más avanzada que la actual para el uso de otras drogas, lo que la hace más fácil de ocultar. Por ello se considera que su uso es mayor que el registrado en los estudios de consumo. La automedicación conduce al abuso en el consumo de tranquilizantes menores, en ocasiones facilitado por el poco control que hay sobre su venta y por la ligereza con que muchos médicos los formulan sin tener en cuenta la personalidad del paciente.

Los tranquilizantes y barbitúricos producen distorsiones en la percepción del tiempo y del espacio, que afectan la capacidad de conducir y pueden producir muchos accidentes domésticos. Combinados con otras drogas, sus efectos se potencian. Los niveles de dependencia son diversos y el síndrome de abstinencia de algunas de estas drogas es, con el alcohol y las anfetaminas, el más peligroso. Una persona que lleve largo tiempo tomándolos no puede abandonar su consumo sin asistencia médica.

A nivel nacional, en 1993 se registró un aumento en el consumo de tranquilizantes menores (los tranquilizantes mayores se utilizan médicamente con fines psiquiátricos) . Por cada persona que consumía tranquilizantes en 1987, se registraron once en 1993, lo que podría explicarse por una búsqueda de soluciones al intenso estrés al que se ha visto sometida la sociedad colombiana.

INHALANTES

Son compuestos químicos cuyos vapores se aspiran para producir efectos similares a la embriaguez. En su gran mayoría son productos industriales legales de venta abierta, lo que facilita su adquisición y uso indebido.

Los pegantes, las lacas, los disolventes, las pinturas, los esmaltes, el *thinner*, la acetona, la gasolina y ciertos líquidos para limpiar manchas son algunos de los inhalantes más conocidos.

Sus breves efectos hacen que se tienda a repetir la aspiración con frecuencia, produciéndose así una rápida adicción e intoxicación del organismo.

Los inhalantes retardan las funciones corporales, atenuando el hambre, la sed y el frío, lo que explica en parte su amplio uso por la denominada "población de la calle". Otros efectos inmediatos son la desorientación y falta de coordinación, sensaciones de embriaguez y náuseas, posibles alucinaciones y pérdida de la memoria. Como sucede con el alcohol, también puede haber pérdida del control emocional. Los inhalantes causan daños al cerebro, el hígado, el corazón y los pulmones. La intoxicación crónica puede desencadenar trastornos epilépticos.

El riesgo de muerte aumenta si son utilizados con otras sustancias depresoras, o con la inhalación de los vapores en una bolsa de papel o plástico, porque al actuar como depresores del sistema nervioso central reducen el ritmo de respiración hasta producir paro respiratorio.

"Chupar" inhalantes durante el embarazo puede causar defectos en el feto similares a los causados por beber alcohol en ese estado.

Hasta hace poco el consumo de inhalantes se presentaba sobre todo en la población de la calle, constituida en parte por niños y jóvenes arrojados allí por situaciones de marginalidad social, extrema pobreza, explotación y violencia intra-familiar.

Agravando esta situación, se tienen reportes de su uso en fiestas y en algunos ambientes de trabajo en los cuales se manipulan con fines industriales o comerciales sustancias inhalables, sin que existan las suficientes precauciones de seguridad laboral. Las investigaciones sobre consumo realizadas en 1993, revelan que una de cada mil personas consumió inhalantes en alguna cantidad durante ese año.

"El grupo de pares del menor de la calle" está conformado por aquellos menores que organizados en grupos de estructura y jerarquía difusa, preexisten en la vida de la calle a 'todo recién llegado'. La adscripción a un grupo de pares, resulta fundamental para la sobre-vivencia de los menores en las calles. La pertenencia a un grupo no sólo ofrece afecto, protección y un modelo de referencia, sino que facilita los medios y oportunidades para subsistir.

"Sin embargo, esta adscripción al grupo, conlleva una pérdida importante de límites conductuales y de un espacio personal y autónomo, incluso físico, favoreciendo la indiferenciación de los sujetos, cuya individualidad se ve cubierta por la participación ciega en todos los actos colectivos de grupo y en el establecimiento de una suerte de falso yo, objetivado con la imagen del *achorado* (vivo, avisado, sobrado, se las sabe todas...), ñero o gamín.

"Este es el único medio que tiene el menor para insertarse y hacerse aceptar en la subcultura de la marginalidad.

"El grupo de pares de la calle, constituye así no sólo el medio principal de transmisión de los valores y formas sociales de la calle, sino que a través de la presión grupal determina el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas, el tipo de droga de elección y eventualmente una mayor frecuencia del consumo.

"Así, el consumo de inhalantes no debe ser entendido únicamente como un acto individual, sino principalmente como un hecho colectivo, resultando ser más que el placer individual asociado a su uso. Es más bien un ritual colectivo y un signo de pertenencia al grupo, un medio de intercambio social entre sus miembros, un facilitador de los actos antisociales colectivos (por alentar los sentimientos de omnipotencia, el tolueno (sustancia inhalable) es usado también en el grupo para "darse valor") y un medio más para expresar la opción y el desafío a la autoridad adulta y a la sociedad formal".

SUSTANCIAS ILEGALES

MARIHUANA

Existe una gran polémica en torno a su legalización, la cual ha producido una auténtica catarata de investigaciones contradictorias entre sí. Hay un estudio muy famoso que muestra cómo la marihuana reduce la capacidad del sistema de defensas del organismo y otro que demuestra lo contrario. El autor del primer estudio era partidario de la prohibición de la sustancia, el segundo no. Ambos eran prestigiosos médicos y biólogos.

De lo que no cabe duda es que ninguna droga es inofensiva. Dependiendo de variables como las características del consumidor o el contexto social del consumo, los efectos y consecuencias pueden ser diferentes. Es común el testimonio de personas cuya experiencia inicial con la marihuana fue tan desagradable que nunca más la consumieron.

Los cigarrillos de marihuana se elaboran con hojas secas de la *planta cannabis sativa*. Cuando estas son fumadas o comidas, la mayor parte del efecto obedece a la acción del (Delta-9tetrahydrocannabinol), la principal sustancia psicoactiva de la planta.

El *hachís* se extrae de la resina oscura que produce la misma planta, este puede contener de Cinco a diez veces más THC.

El uso inicial de la marihuana retarda los tiempos de reacción ante estímulos visuales y auditivos, altera la percepción del tiempo y hace torpe la coordinación requerida en actividades como conducir o manejar maquinaria. Su consumo puede interferir con el aprendizaje al obstaculizar el pensamiento, la lectura, la comprensión y las habilidades verbales y matemáticas.

El uso regular de la marihuana reduce los niveles de motivación y puede tener un efecto negativo en la percepción del espacio, la concentración y la memoria reciente.

Otra reacción adversa que eventualmente afecta al consumidor es la "ansiedad con pánico agudo", descrita como un miedo extremo a perder el control. De ordinario, los síntomas desaparecen a las pocas horas.

Algunos estudios indican que el consumo de marihuana durante el embarazo, puede producir bebés prematuros y de bajo peso.

La marihuana es la sustancia ilegal más consumida en Colombia. El estudio nacional realizado por el Ministerio de Salud en 1993, demostró que once de cada mil personas encuestadas consumieron marihuana ese año.

En general, el consumo de marihuana parece no haber aumentado en los últimos años en Colombia. Los estudios específicos realizados en la capital muestran que el consumo de marihuana es menor entre jóvenes (12-17 años), que entre adultos (18-34 años), y se reporta una tendencia a la disminución del consumo después de los 35 años. En 1992, el 6.5 por ciento de los encuestados reconoció haberla consumido alguna vez en la vida y el 2 por ciento durante ese año.

COCAÍNA

En su forma pura, la cocaína es un polvo blanco cristalino que se obtiene al procesar las hojas secas de la planta de coca. Por las condiciones climáticas que requiere su cultivo, este arbusto sólo se da en algunos países de Sur América, donde la hoja de coca es consumida por algunas culturas indígenas.

La masticación o "mambeo" de hojas de coca en poca cantidad, la absorción lenta y progresiva que facilita su metabolización y eliminación por el organismo, y su uso dentro de prácticas sociales - económicas y rituales - reconocidas comunitariamente, hacen que el consumo de estas sustancia por las comunidades indígenas difícilmente pueda ser catalogado dentro de los criterios actuales de abuso y dependencia.

Por el contrario, la transformación de la sustancia por procedimientos químicos (alcaloide), la tornan más potente y peligrosa, haciendo nocivo su consumo para la salud. No debe olvidarse además que su alta demanda en los países industrializados ha acentuado los factores de violencia, corrupción descomposición y desestabilización social.

La cocaína se utiliza como estimulante y es altamente valorada dentro de ciertos grupos sociales donde se emplea para responder a las altas demandas de eficiencia y productividad a que se ven sometidas algunas personas. Generalmente se inhala por la nariz y con menor frecuencia se inyecta en los músculos y venas. En esta última modalidad están los mayores riesgos de dependencia y sobredosis.

La cocaína no siempre produce síndrome de abstinencia, pero puede convertirse en hábito. Su uso continuo puede ocasionar irritación intensa en las membranas mucosas de las fosas nasales. También produce tolerancia, y consumida en grandes dosis y por un largo tiempo, produce insomnio, ansiedad y ocasionalmente alucinaciones.

Debido a su efecto rápido e intenso, es fácil incurrir en el riesgo de la sobredosis. Las denominadas "psicosis cocaínicas" se caracterizan por ideas persecutorias, alucinaciones visuales, auditivas y reacciones agresivas.

En una persona que consume cocaína por primera vez, o que aún no ha desarrollado tolerancia a esta sustancia, una sola dosis de 0.75 gramos podría ser letal, al producir taquicardia intensa, seguida de infarto o paro respiratorio.

La cocaína produce daño al feto durante el embarazo y es ingerida directamente por el recién nacido.

Según los estudios ya citados, casi tres de cada mil colombianos consumieron alguna cantidad de cocaína en 1993, observándose una ligera disminución respecto al consumo detectado en años anteriores. En Santa Fe de Bogotá, en 1992 el 2.9 por ciento de las personas reconoció haberla consumido alguna vez en la vida y un 1.1 por ciento en ese año.

BASUCO

El basuco es un subproducto derivado del proceso de obtención de la cocaína y se extrae de las hojas de coca sin refinar (pasta de coca). Es un polvo blanco - grisáceo, pardusco o amarillento, de sabor amargo y olor fuerte que atrae a los consumidores. Su consumo se ha generalizado en Bolivia, Perú y Colombia. El equivalente en los Estados Unidos de Norte América es el *crack*, derivado de la cocaína químicamente alterada para poder ser fumado.

Un cigarrillo ordinario de basuco contiene además de la sustancia activa de la cocaína, diversas proporciones de ácido sulfúrico, gasolina, éter, metanol y bases alcalinas; productos que hacen parte del proceso de obtención del basuco y que afectan en gran medida al organismo. Para aumentar las ganancias del producto se suele mezclar con diversas harinas (de plátano, de trigo, maíz), y polvillo de tiza, ladrillo y otros aditivos.

De todas las drogas disponibles en el mercado ilícito, la que más adicción produce y más peligros conlleva es el basuco. Inyectado puede producir la muerte súbita. Ocasiona graves trastornos orgánicos con un elevado riesgo de muerte, altera el funcionamiento psíquico, y adicionalmente destruye los vínculos familiares y sociales. El rechazo social producido por los adictos los vuelve agresivos y los impulsa al aislamiento, la violencia y la criminalidad.

La absorción del basuco en forma de cigarrillo es inmediata y produce en el individuo una sensación de euforia y excitación muy breve, para luego pasar a un estado de ansiedad, angustia, tristeza y miedo, acompañado de temblor en el cuerpo y arritmia cardíaca. Para superar esas vivencias negativas y desagradables, el consumidor vuelve a sumergirse en el consumo y crea un círculo vicioso de ansiedad y excitación, que en forma progresiva lo convierte en adicto.

El deterioro físico de quien regularmente consume basuco es evidente: problemas en la piel, poca resistencia a las enfermedades, tos crónica, crisis asmática, complicaciones intestinales, problemas hepáticos... Otros efectos físicos provocados por el consumo de basuco son la pérdida de peso y la caída de los dientes por la acumulación de sulfuro de plomo en las encías.

La persona adicta al basuco cambia drásticamente su comportamiento. Disminuye su capacidad de concentración y memoria.

Sus estados de ánimo se modifican bruscamente. Hay fatalismo ante cualquier problema y un sentimiento obsesivo de culpa. El deseo del consumo lleva al adicto a mentir, endeudarse o a cometer delitos, con un desinterés progresivo por todo lo que le rodea.

El basuco es una deplorable manera de suicidarse por cuotas y se debe estar atento a impedir su consumo. En 1993, en Colombia siete de cada mil personas consumieron basuco, en su gran mayoría de sexo masculino. Gracias al rechazo social que produjo la sustancia y a los programas preventivos en curso, su consumo continúa disminuyendo en todo el país.

EFFECTOS (FASES) DEL CONSUMO DE BASUCO
Fase I - Euforia cocaínica: Se experimenta a los pocos segundos después de su consumo y dura de cuatro a cinco minutos. Se caracteriza por excitación placentera, hiperactividad hipersexualidad, disminución del sueño y del apetito.
Fase II - Disforia cocaínica: se presenta cuando termina la euforia anterior y se manifiesta por angustia marcada, deseo de volver a fumar, tristeza, apatía, agresividad, indiferencia sexual.
Fase III - Alucinosis cocaínica: Se presenta si se continúa en el consumo o por dosis altas y puede durar horas o días. Se caracteriza por alucinaciones visuales, olfatorias, táctiles o auditivas, tendencia a huir, agresividad, indiferencia sexual.
Fase IV - Psicosis cocaínica: Este efecto puede durar semanas, pero disminuye o desaparece cuando se suspende la droga por un tiempo. Se manifiesta por alucinaciones, ilusiones paranoides, ideas de

persecución, hipervigilancia, insomnio, agresividad, intento de suicidio, homicidio y muerte.

HEROÍNA

Aunque suele aludirse a las drogas como estupefacientes, estos últimos se refieren principalmente a sustancias derivadas del opio o sintetizadas a partir de sustancias afines, como la morfina, la heroína, la metadona y la codeína. Terapéuticamente la morfina se utiliza para reducir dolores fuertes producidos por trombosis coronaria o dolores por estados de cáncer avanzado. En personas no adictas, o sin dolor, la morfina puede producir el efecto contrario o disforia.

La dependencia al opio y sus derivados, se presenta en mayor proporción en países asiáticos y en algunos países industrializados de Europa. La droga procede principalmente de Turquía e Irán, pero como es sabido, se ha dado un creciente de cultivo ilícito de la amapola o adormidera en Colombia, que contribuye a crear un enorme riesgo de consumo de la sustancia en el país. Del látex o jugo lechoso de las cápsulas de amapola se extrae la sustancia base sobre la cual se preparan drogas químicas que, como la heroína, tienen efectos superiores a la morfina. Basta señalar al respecto que los efectos de la morfina duran de cuatro a seis horas.

En países como España, la proporción y el drama de los jóvenes heroinómanos alcanzó hace algunos años tales dimensiones, que incluso contribuyó a reducir el porcentaje de usuarios de heroína. El rechazo procede de dos características que se le han atribuido: su capacidad para producir rápidamente dependencia y la intensidad de su síndrome de abstinencia.

Muchas personas piensan equivocadamente que por el solo hecho de haberla probado una sola vez ya no se puede dejar. El pánico al síndrome de abstinencia incrementa también los trastornos ocasionados por la suspensión de la sustancia: lagrimeo, sudación, diarreas, escalofríos, hipertensión, náuseas e insomnio.

Las condiciones en que se usa la heroína y los distintos aditivos que por lo regular la acompañan, producen consecuencias a corto y mediano plazo, que tras algunos años, conducen a la muerte. Los efectos indirectos pero inmediatos son: hepatitis viral y endocarditis bacteriana (por utilizar jeringas no esterilizadas), alteraciones inmunológicas, ceguera, sobredosis (por un mal cálculo o adulteración), reducción del placer sexual, desnutrición y estreñimiento permanente.

En los estudios nacionales de consumo más recientes se ha incluido el análisis de la heroína al prever que su disponibilidad en el mercado se convierta en factor que induce al consumo.

Si bien el consumo anual en 1993 era muy bajo, seis de cada 10.000 personas en su totalidad del sexo masculino, habían utilizado la heroína. Además de la gravedad que representa de por sí mismo el consumo, su asociación con posibles incrementos en los casos de SIDA, debe ser motivo de análisis y preocupación social.

El misterio de la sobredosis de heroína*

La proporción de las muertes atribuidas a sobredosis de la heroína se ha ido incrementando dramáticamente -50% en la década de los 50, 70% en 1969 y 80% en 1970. Sin embargo parece que estas muertes no se deben a la inyección de una fuerte dosis de droga. Se estima puede ser mortal una dosis desde 120 hasta 350 miligramos, pero la dosis promedio que contiene un «paquete» de los que se venden en la ciudad de Nueva York es tan sólo de 10 mg. Además cuando junto al cadáver de algún adicto se encuentran paquetes de heroína, estos no difieren de la dosis acostumbrada. Después de que las autoridades descartan la posibilidad de una muerte por suicidio, violencia o «causas naturales», las pruebas en que se apoyan para sostener su veredicto de sobredosis de heroína de hecho no se basan más que en el conocimiento de que la persona fallecida había sido drogadita. Contrariamente a la creencia popular, no existen pruebas reales de que estas muertes las cause la heroína (Brechtel, 1972)

Pero, si no es la heroína, entonces, ¿qué podría ser? Debe considerarse como significativo el hecho de que recientemente haya aumentado la frecuencia de este tipo de muertes. ¿Se habrá igualmente incrementado algún otro factor o variante durante este mismo periodo? Una hipótesis indica que la quinina tomada para «cortar» la heroína es la culpable. La quinina fue introducida en 1939 cuando los adictos neoyorquinos fueron víctimas de una epidemia de malaria propagada por jeringas infectadas. Desde entonces se popularizó gradualmente el uso de la quinina como agente reductor. La quinina puede hacer que los pulmones se inunden rápidamente de líquido, síntoma observado en muchas de las llamadas muertes por sobredosis.

Otra hipótesis sugiere que hay interacción entre el alcohol y la heroína. Hay pruebas en el sentido de que el alcohol puede reducir drásticamente la cantidad de narcótico considerada mortal. Muchos estudios anteriores descubrieron que los adictos a la heroína detestaban el alcohol, y que no lo tomaban sino como sustituto durante sus periodos de abstinencia sin embargo, recientemente los adictos parecieron alternar entre alcohol y heroína debido al alto precio de esta última. Así las muertes como la que se narra en seguida pueden ser causadas por una interacción entre alcohol y heroína.

El litro de Southern Comfort que llevaba hasta el escenario nos pareció inmensamente que era un símbolo de su borrachera así como una manera de aliviarla... Janis Joplin falleció la semana pasada en circunstancias verdaderamente dramáticas. Parece que al regresar a la habitación que alquilaba en un motel de Hollywood, después de una sesión nocturna de grabación y de mucho beber (el énfasis es nuestro) con algunos amigos en un bar cercano, llenó con heroína una jeringa hipodérmica para inyectársela en el brazo izquierdo (Time, 19 de octubre, 1970)

ALUCINÓGENOS

El término "alucinógeno" describe una propiedad común a muchas sustancias psicoactivas, pero desde los años sesenta se ha venido utilizando para identificar las que tienen propiedades similares a la más conocida de este tipo de sustancias: el LSD.

Los alucinógenos actúan sobre el sistema nervioso central alterando las percepciones, e induciendo estados de trance. Se han empleado con fines rituales en diversas culturas indígenas y tuvieron un gran consumo en el marco de la cultura *underground* de finales de la década de los sesenta y comienzos de los años setenta.

Hoy en día han desaparecido tanto por la crisis de esta microcultura, como porque las "impurezas" provocaban "malos viajes" y otros incidentes más graves.

También han sido denominados como drogas psicodélicas, porque quienes las consumen sienten una expansión subjetiva de la conciencia que varía de sujeto a sujeto, según sus propias características, expectativas y circunstancias. Estas sustancias en general, alteran la capacidad sensorial, creando fenómenos como la «sinestesia», donde los sentidos se entrecruzan, de manera que se tiene la impresión de «oír los colores», «ver los sonidos», sin que sean alucinaciones en sentido estricto, porque tienen un referente real como punto de partida ... los «viajeros» no ven objetos que no estén en su entorno, lo que sucede es que los transforman.

En 1943, Albert Hoffman, químico suizo describe una experiencia accidental con la sustancia que él mismo sintetizó en 1938 a partir del hongo «Cornezuelo», y que denominó: ácido lisérgico-dietilamido, conocido más universalmente por su sigla, LSD:

«El viernes pasado... interrumpí mis trabajos en el laboratorio y regresé a casa porque me sentí dominado por una sensación de intensa agitación y un ligero aturdimiento. Ya en casa me acosté y me hundí en un estado de delirio que no era del todo desagradable y que se caracterizaba por una enorme sobre-excitación y visiones fantásticas. En un estado de semi-inconsciencia y con los ojos cerrados, me asaltaron imágenes fantásticas increíblemente reales, de intensos colores».

Posteriormente Hoffman se autoadministró una pequeña dosis y confirmó su hipótesis. Después de esta experiencia la droga fue llamada *psícomimética*, porque producía efectos semejantes a la psicosis.

Desde su descubrimiento el mismo Hoffman (1938), consideró que estas sustancias no sólo pueden enloquecer la persona, sino sumirla en un profundo estado depresivo que puede conducir hasta la muerte.

El mismo año en que se descubrió el LSD se aisló la *mezcalína*, alcaloide e ingrediente activo del Peyote (cactus cuya mayor parte es subterránea), utilizada durante siglos en los ritos religiosos de los pueblos indios del sudeste y norte de México.

También forma parte del grupo de los alucinógenos la *psílocibina*, polvo cristalino que se aisló del hongo *Psilocybe mexicana* y de otras especies del sur de México.

La dosis típica de LSD va desde aproximadamente 100 hasta 350 micro-gramos, administrados en forma de líquido, absorbido por terrones de azúcar o bien en cápsulas o tabletas. Los efectos de estas sustancias psicoactivas duran por lo general entre seis y doce horas con un bloqueo intelectual proporcional a la dosis.

Se conocen otros alucinógenos como la *-feniciclídina* (PCP), la *dímetilríptamina* (DMT), la *dietilríptamina* (DET), *dímetoxilánfetamina* (DOM) y la *metoximetilénadroxilánfetamina* (MMDA). ... Algunos clasifican el ingreso activo del cáñamo (marihuana) como sustancia psicodélica ya que comparte algunas de sus propiedades.

Entre los alucinógenos, el más conocido por sus efectos nefastos es la *feniciclídina* (PCP), también llamado «polvo de ángel» o "hierba asesina". Su efecto puede durar varios días, produce mareos, pérdida de coordinación psicomotora, alucinaciones, delirios, insensibilidad, conducta extravagante, paranoia y agresividad incontrolable. Las muertes relacionadas con PCP generalmente son violentas... ahogamiento, fuego, caída de grandes alturas.

Se podría decir que los efectos impredecibles de los alucinógenos constituyen la atracción fatal para muchos jóvenes.

LA AVENTURA DE VOLAR SIN DROGA

A muchos habitantes del «viejo mundo», de Norteamérica y del sur de nuestro continente, les es difícil desarrollar la *alegría natural* que algunos disfrutaban en la vida cotidiana al relacionarse consigo mismos o con su entorno social " cultural, mágico y particularmente en aquellas reuniones familiares o de grupos pares, en las que realmente *podemos volar sin droga, puesto* que logramos comunicarnos de muchas maneras, verbales y no verbales, en ambientes de calidez, gozo, espontaneidad, chispa, creatividad, juego y disfrute, donde podemos expresarnos tranquilamente y ser aceptados, valorados, amados tal cual somos.

Lo irónico está en que muchos no valoramos esta realidad, de manera que terminamos comprando la *euforia artificial* que nos venden los que negocian con nuestros vacíos existenciales, angustias, conflictos, miedos, soledades, inseguridades y deseos de realización.

La UCPI viene trabajando desde su origen por la Promoción Integral de la persona, y particularmente con la población juvenil, identificando sus potenciales, intereses, valores, sus fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades... *construyendo con ellos y con las comunidades locales* las condiciones para su desarrollo, a través de subproyectos que se articulan a los programas y planes de desarrollo institucional, local y distrital.

La prevención de la drogadicción no la asumimos negando dicha realidad, sino investigándola, comprendiéndola y transformando las condiciones que la generan en la misma estructura familiar, escolar, social, económica política, y en general en toda la cultura.

Volar sin droga es una aventura fascinante que vale la pena intentar y que tiene muchas posibilidades de ser realizada individual y colectivamente generando beneficios comunes.

Podemos manejar los conflictos, dolores, tristezas, fracasos y angustias sin necesidad de sedantes (narcóticos y barbitúricos).

Podemos gozarnos la fiesta, la noche, la escuela, la calle, el trabajo, sin necesidad de estimulantes, como las anfetaminas, cocaína, éxtasis y otras.

Podemos disfrutar la vida sin deteriorarnos. *Podemos volar sin droga.*