



UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA ENSALUD PÚBLICA

**TRABAJO DE GRADO PARA OBTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN SALUD
PÚBLICA**

**ENTRE LA VIDA Y EL CONSUMO: ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS DE
CONSUMO A PARTIR DE RELATOS DE VIDA DE PERSONAS INYECTORAS
DE DROGAS EN CALI**

Estudiante:

Carlos Felipe Muñoz Barreneche

Director:

Nicolás Ortiz Ruiz

Santiago de Cali

Enero de 2021

Contenido	
1. RESUMEN	4
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
3. ESTADO DEL ARTE	10
4. MARCO TEÓRICO	18
5. OBJETIVOS	33
6. METODOLOGÍA.....	34
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	42
8. RESULTADOS	45
9. CONCLUSIONES.....	99
10. BIBLIOGRAFÍA.....	102
Anexos	112

Gráficas:

- Gráfica 1. Edad Media De Las PID En Serie CES, 2014
- Gráfica 2. Características Sociodemográficas
- Gráfica 3. Antecedentes De Consumo
- Gráfica 4. SPA Consumidas 1 Mes Antes De Iniciar A Inyectarse
- Gráfica 5. Tiempo De La Primera Punción De SPA
- Gráfica 6. Consumos Iniciales
- Gráfica 7. No. SPA Consumidas Últimos 6 Meses Distinta A Heroína
- Gráfica 8. Uso De Jeringas Compartidas
- Gráfica 9. Prácticas Actuales De Consumo
- Gráfica 10. Prácticas De Autocuidado

Tablas:

- Tabla 1. Palabras Claves En Búsqueda
- Tabla 3. Tipos De Variables De Caracterización
- Tabla 4. Identidad Sexual Por Sexo
- Tabla 5. Grupo De Edades
- Tabla 6. Número De Hombres Y Mujeres Según Grupo de edad
- Tabla 7. Estado Civil Por Número De Hijos
- Tabla 8. Principal Actividad Económica En Los Últimos 6 Meses
- Tabla 9. Su Padre Y/O Se Madre Consumían O Consumen Alguna SPA Distinta A Alcohol O Cigarrillo
- Tabla 10. Presencia De Consumo De Alcohol Y/O Cigarrillo En Padre Y/O Madre
- Tabla 11. Ha Presenciado O Ha Sido Víctima De Agresiones En Su Hogar

Fotografías:

- Fotografía 1. Usuario Preparando La Dosis Durante De Heroína Y Basuco Durante La Entrevista.
- Fotografía 2. Usuario Preparando La Dosis Durante De Heroína Y Basuco Durante La Entrevista.
- Fotografía 3. Zona De Consumo Donde Se Realizó Las Entrevistas
- Fotografía 4. Zona De Consumo Donde Se Realizó Las Entrevistas

Palabras claves:

Drug user, HIV, AIDS, HCVHepatitis C, Hepacivirus, Coinfection, Heroín, addiction, Heroín dependence, Opiate, addicts, Inject, drugs Sociology, Medical, Medical Sociology, Sociology of Medicine.

1. RESUMEN

El consumo de alcohol, al igual que otras sustancias psicoactivas (SPA) es uno de los mayores problemas que se enfrentan en la actualidad. El aumento en el consumo y la aparición constante de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), ponen en alerta a las autoridades en el mundo tanto a nivel policial y judicial, como a nivel de salud por el impacto que tienen entre los consumidores y las comunidades en general. Solo en el año 2015, la Oficina de la Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) registró la pérdida de 28 millones de años de vida sana (años de vida ajustados en función de la discapacidad - AVAD-) producto del consumo de SPA, que concluyeron en muertes tempranas o incapacidades permanentes (1). Esto, sumado a que se relacionan con más de 60 enfermedades infecciosas y crónicas, lo cual, impacta de forma importante el desarrollo económico y social, al igual que eleva los costos de la atención en salud (2). Siendo el consumo por vía intravenosa el que genera mayores riesgos y, el que concentra la mayor carga de AVAD con el 70% para 2015 (1).

Lo anterior refleja la relevancia que tiene el tema, no solo a nivel de producción y tráfico, sino a nivel de consumo y su impacto para la salud. Es por esto que, a partir de 2007 Colombia asume un enfoque del consumo de drogas desde la salud pública, en el que reconoce la distinción de cada actor de la cadena relacionado con las drogas (productor, distribuidor, consumidor), al igual que reconoce distintos tipos de consumidores y de intervenciones direccionadas a cada una de las necesidades de estos¹.

Definir el fenómeno de las drogas desde una perspectiva de salud pública permite reconocer diferencias entre las drogas y sus riesgos; se aleja de conceptualizaciones que ven la sustancia como fin último, con el decomiso y la detención de personas como la meta (2). En cambio, ve a las sustancias en su interacción con las personas que las usan o tienen potencial para hacerlo, que viven en contextos con mayor o menor riesgo y que son más o menos vulnerables a la experimentación².

¹ Experimental, recreativo, frecuente y farmacodependiente.

² Cabe resaltar que la ley de 2007 da un piso jurídico al desarrollo de acciones diferenciales según el momento de consumo. Sin embargo, en la práctica no incide de manera importante en la política de drogas

Abordar el consumo de SPA como un problema de salud pública, permite una mirada amplia de la situación desde la cual se profundice en los contextos y situaciones en que se presenta, las diferencias entre los grupos en que se da, lo que permite la generación de evidencia y la evaluación sistemática que amplía la probabilidad de implementar respuestas concretas, efectivas y de calidad.

A partir de esta investigación, se plantea una aproximación desde los usuarios de drogas inyectadas a los procesos de sentido que inciden en el inicio y el desarrollo de su consumo por vía intravenoso. Para esto, se propone la ejecución y análisis de una encuesta de caracterización de un grupo de inyectores en el municipio de Cali-Colombia y la reconstrucción de historias de vida de algunos de ellos. A partir de este trabajo, se espera aportar en la comprensión del fenómeno de consumo de sustancias psicoactivas, que permita brindar herramientas en la discusión sobre los planes de acción y la toma de decisiones frente a éste, complementando las investigaciones que se han realizado en el país, las cuales se centran identificar la prevalencia de VIH entre inyectores de drogas, caracterizarlos y caracterizar las prácticas de consumo, sin profundizar en aquellos hitos en sus vidas que han configurado sus acciones y sus procesos relacionales.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

UNODC estima que para 2015 el 5% de la población adulta mundial, equivalente a 250 millones de personas, consumieron alguna sustancia psicoactiva –SPA-. De estos, 29, 5 millones (0,6% población mundial adulta) padece trastornos provocados por el consumo, situación que aumenta la posibilidad de desarrollar dependencia. En total se calcula la pérdida 28 millones de AVAD, de los cuales, se estima que 18 millones años de vida se perdieron producto de la muerte prematura causada por el consumo de estas sustancias; la mayor carga de morbilidad imputable a trastornos relacionados por el consumo de drogas es explicada por el consumo de opioides (heroína y fentanilo), que para 2015, costó 12 millones de AVAD, cifra equivalente al 70% de la carga mundial de morbilidad imputable al consumo de

y en el abordaje de los usuarios a nivel institucional. Se sigue criminalizando a las personas consumidoras y la atención en salud no logra los mínimos de atención requeridos según el tipo de sustancia consumida.

opioides, asociado al transmisión de enfermedades como VIH y la hepatitis C³ (1,3,4) y sobredosis (5).

Según este mismo informe, se estima que 12 millones de personas consumen drogas por vía intravenosa, siendo Europa, Norte América y el Sudeste Asiático los principales consumidores (6). Colombia, desde mediados de la década de 1980, ha sido identificado como un país productor de heroína. Sin embargo, la poca rentabilidad del tráfico de heroína en comparación al de la cocaína en plano internacional, facilitó que se estableciera un mercado interno que inició a finales de los noventa (3).

El consumo de heroína se registra por primera vez en 1992. Para la fecha se registraron 5.200 personas que alguna vez consumieron heroína, lo que corresponde a 6 de cada 10.000 personas. Este primer estudio no detalla las condiciones, ni el tipo de población. En 1996 se registraron 12.566 personas. En 2008 la cifra de personas que habían experimentado consumo de heroína se ubicó en 37.900 personas. Para el año 2013, según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, el 0.14% de los encuestados manifestaron haber consumido heroína alguna vez en la vida, lo que equivale a 31.852 personas en el país; 0.03% de las personas encuestadas en este estudio consumió heroína en el último año y un porcentaje similar lo hicieron en el último mes. Según el informe de esta investigación, se estimó que para el 2013 en el país había aproximadamente 7.000 consumidores (7). Dos años después de publicado este estudio, el Ministerio de Justicia y del Derecho desde el Observatorio de Drogas de Colombia, en una nueva publicación calcula que para 2015 había aproximadamente 14.893 Personas Inyectoras de Drogas –PID cifra que sigue vigente hasta la actualidad(3).

³ Se estima que en el mundo 12 millones de personas consumen drogas inyectadas, de las cuales, una de cada ocho (1,6 millones) viven con VIH, alrededor de 50% (6,1 millones) viven con hepatitis C y la prevalencia de tuberculosis en esta población es del 8%, mientras que en el resto de la población es del 0,2% (1). En cuanto al sexo, el consumo tiende a ser mayor en hombres con respecto a mujeres³, sin embargo, cuando una mujer inicia en el consumo tiende a aumentar las dosis más rápido que los hombres, llevándolas a sufrir trastornos derivados del consumo más rápido; la carga de la morbilidad derivada de trastornos relacionados con consumo de drogas en mujeres aumentó entre 2005 y 2015 en un 25%, mientras que en el mismo periodo entre los hombres, aumentó un 19% (6).

Con respecto a la distribución por ciudades, se estima que 3.501 se ubican Cali; siendo la segunda ciudad con mayor concentración de consumidores después de Medellín donde se la población ponderada llegó a los 3.548 inyectores. Las demás ciudades priorizadas y ponderadas fueron: Pereira con 2.442 PID, Cúcuta con 2.006, Armenia con 1.850 y Bogotá con 1.546 inyectores de drogas (8).

Al comparar diversos estudios realizados en Colombia, el Observatorio de Drogas de Colombia (3) evidenció que además del aumento exponencial de los consumidores de heroína en el país, se ha registrado aumentos en la prevalencia de VIH entre inyectores. Del mismo modo, se han registrado cifras importantes con respecto a la prevalencia del virus de la hepatitis C (VHC).

Se puede observar que, en todas las ciudades con datos comparativos, a excepción de Cúcuta, la prevalencia de VIH aumentó, siendo Pereira la ciudad que registra el mayor aumento al pasar de 1,9% a 8,4%. Otro dato relevante es que, salvo Cali y Armenia, todas las ciudades la prevalencia se encuentra por encima de 5%. Según la Organización Mundial de la Salud si la prevalencia de VIH supera el 5% se considera que está por encima del umbral de tolerancia, y aumenta de forma exponencial la posibilidad de que se expanda con mayor velocidad por el grupo en riesgo.

Con respecto a la prevalencia de VHC, la información disponible es limitada. Aún no se ha logrado establecer con certeza cuántas personas inyectoras de drogas viven con esta enfermedad. Sin embargo, a partir de la información que se tiene, se puede establecer que Pereira cuenta con la mayor prevalencia con 44,4%. Medellín presentó en 35,6%; Armenia 30,9% y Cúcuta un 21,4% Bogotá es la única ciudad que cuenta con estudio comparativo, lo que refleja un aumento de 5 puntos porcentuales en 12 años⁴.

Retomando el registro de PID en el municipio de Santiago de Cali, la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, registra la atención de 770 PID desde 2015 a la fecha

⁴ En el caso de Cali, no se encontró información sobre prevalencia de VHC en población inyectora en la bibliografía revisada, se indagó con la Secretaría de Salud Pública Municipal, en el eje de salud mental, en donde se manifestó que no se han realizado estudios de prevalencia de VHC para población inyectora en el municipio.

(2018) en el programa del municipio de intercambio de jeringuillas y mantenimiento con metadona. Durante el último mes se atendieron 330 de ellos⁵.

El aumento paulatino de consumo por vía intravenoso principalmente de heroína en Colombia ha generado la necesidad de investigar las condiciones del consumo, con el fin de establecer acciones que permitan mejorar la calidad de vida de las PID y reducir el impacto en la salud pública. En el país los estudios han sido realizados desde 2011 por la Universidad CES de Medellín, el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Observatorio de Drogas de Colombia (3).

Como se expuso en las tablas anteriores, en Cali se cuenta solo con un estudio realizado en 2011, en el cual se indagó sobre las prácticas de consumo, algunas características de la población (edad, sexo y actividad laboral) y prevalencia de VIH. A diferencia de las demás ciudades priorizadas, en Cali no se realizó el estudio comparativo en 2014, esta situación impide establecer la evolución del consumo en la ciudad.

Pereira y Medellín, son las ciudades en que se han realizado un mayor número de estudios, lo que ha permitido hacer seguimiento al consumo de heroína y demás drogas inyectadas, además de profundizar en las características de la población y las condiciones de contexto en que se presenta. En este sentido, el estudio de referencia para el país es el realizado por Guillermo Castaño y Gustavo Calderón, quienes se aproximaron a consumidores de heroína en Medellín que se encontraban en centros para drogodependientes (9).

Como se ha evidenciado en este apartado, el consumo de drogas por vía intravenosa y, específicamente el consumo de heroína ha aumentado de manera exponencial desde su primer registro en 1992. Sin embargo, los estudios que se han realizado sobre este fenómeno son limitados y se han centrado en algunas ciudades. En el caso de Cali, ciudad que presenta la segunda mayor concentración de esta población, la información con la que se cuenta es limitada y en temas de relevancia como la prevalencia de VIH, no se ha presentado un monitoreo y seguimiento. O en el caso del virus de la hepatitis C, no se cuenta con ningún registro. Por lo tanto, es importante aportar evidencia que permita monitorear las prácticas de consumo de las PID, además de las condiciones en que se presenta y, las comorbilidades

⁵ Información recolectada del informe de gestión 2017 del Programa de Reducción de Riesgo y Daño del Municipio de Santiago de Cali.

relacionadas con este. Generando herramientas que permitan entender los contextos en que se da y, brindar respuestas a esta población.

Algunos ejemplos sobre estudios que han permitido entender las dinámicas del consumo y, generar herramientas para la toma de decisiones en países como Estados Unidos, España y Australia, son los desarrollados por Lee Robins (10) en la década de los setentas o por Peter Davison (11–14) durante los últimos 20 años. Estos estudios, indagaron los factores de consumo de heroína u otros opioides en Estados Unidos en momentos determinados de su historia y el análisis de las prácticas en distintos contextos. Para el caso de España, Hervás (15) ha abordado el consumo desde los consumidores, y el perfil de estos en Bilbao y Valencia. En Australia, Degenhardt ha centrado su trabajo en establecer los factores que incidieron en el aumento y disminución del consumo de heroína durante la década de los 2.000 en Australia (16).

Estos estudios centran sus esfuerzos en conocer las circunstancias en que se da el consumo de heroína por vía inyectada, las prácticas y las diferencias y similitudes que se presenta en distintos contextos. Igualmente, bajo distintos enfoques de análisis que amplían el marco de conocimiento y permiten acceder a mayor información para el direccionamiento de las intervenciones que impacten la salud del consumidor y de su comunidad (17–20). De igual forma, abordar el consumo con perspectiva de género, estableciendo las condiciones en bajo las cuales se da el consumo en hombre y mujeres, los riesgos al iniciar el consumo inyectado antes o después de los 30 años o el impacto relacionado con los espacios en que se da el consumo.

Por lo anterior, este trabajo indaga sobre ¿cuáles son las prácticas que se configuran e inciden en el inicio y desarrollo del consumo de drogas inyectables en un grupo de personas inyectoras de drogas en Cali? Para alcanzar los objetivos propuestos, se propone un estudio cualitativo con un componente cuantitativo, en el cual, se construirán los perfiles sociales y de consumo de un grupo de PID a partir de una encuesta de caracterización y, posteriormente, se reconstruirán las historias de vida de algunos de estos, por medio de entrevistas a profundidad.

3. ESTADO DEL ARTE

La revisión bibliográfica se centró en tres bases de datos MEDLINE (Pubmed), SciELO y Scopus. La búsqueda se realizó a partir de la técnica de pregunta PICO, las palabras claves asociadas a las búsquedas se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 1. Palabras claves en búsqueda

Conceptos clave

P (Población)	I (Intervención/fenómeno)	C (Comparativo)	O (Outcomes/resultados)
Consumidores de drogas Drug users	Consumo de drogas inyectadas Injecting drug use	Tratamiento de mantenimiento con metadona Methadone maintenance treatment	Determinantes sociales Social determinants

Palabras claves asociadas

Drug user HIV AIDS HCV Hepatitis C Hepacivirus Coinfection TB Tuberculosis Drug Abusers Drug Addicts Abuser, Drug Abusers, Drug Street drug	Heroín Heroín, addicts Heroín, adiction Heroín dependence Opiate, addicts Opiate, adiction Inject, drugs Drug user injecting Injecting drug use Injecting drug user Opioid-related disorders Needle-exchange programs	Methadone	Sociology, Medical Medical Sociology Sociology of Medicine Risk Factors Risk Factors, Family Risk-taking Determinants Social determinants Motivation Anthropology, education, sociology and social phenomena category
--	--	-----------	---

De igual forma, es importante mencionar que la búsqueda de estudios realizados en Colombia se realizó a través de la plataforma del Observatorio de Drogas de Colombia, dependencia del Ministerio de Justicia y del Derecho.

La revisión bibliográfica se centró en estudios realizados desde el año 2000 en adelante, sin embargo, en algunos casos, se tomaron estudios anteriores por la relevancia de estos. De igual forma, los estudios consultados fueron realizados principalmente en Norte América (Estados Unidos y Canadá), puesto que concentran gran parte de los documentos revisados, debido a la historia misma del consumo inyectado en estos países. De igual forma se revisaron investigación desarrolladas en países de Centro y Sur América, principalmente México y Colombia. Finalizado con la revisión de documentos de Australia, Nueva Zelanda y un documento relevante para esta indagación desarrollado en Escocia. Es importante resaltar que se revisaron estudios en España, sin embargo, no se tomaron en cuenta para este estado del arte en razón a que las investigaciones en su gran mayoría son anteriores al 2000, tiempo en que aún no se identificaba el consumo de inyectables como un problema prioritario de intervención, los estudios más actuales se centran en caracterizar a la población que se encuentra en programas de tratamiento principalmente con metadona y naltrexona, además de los estudios y encuestas institucionales sobre la incidencia del consumo de drogas, información relevante en otros apartados de esta investigación.

La revisión permitió identificar varios aspectos importantes con referencia al abordaje del consumo inyectado; entre ellos, lo relacionado con el objeto central de las investigaciones. Gran parte de los documentos consultados se centran en la prevalencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- entre círculos de inyectores de drogas.

Sin embargo, se pueden encontrar algunas excepciones en estudios realizados en Estados Unidos, Australia y Colombia. En el primer caso se identifica que después del 2010, los estudios se han direccionado a entender los motivos de la crisis del consumo de opioides y el objetivo se ha centrado en entender los patrones de sobredosis a la luz de distintas variables (13). En el caso de Australia, los estudios se han centrado en identificar las dinámicas del tráfico de heroína y el impacto de este entre las redes de consumo (18). En Colombia, si bien los estudios se han centrado en la prevalencia de VIH, se pueden identificar trabajos en

Medellín, Armenia y Pereira que profundizan en describir las prácticas de consumo y la caracterización de los consumidores (21).

Con respecto a los estudios revisados en Estados Unidos y Canadá, se identificó un primer grupo de corte histórico en los que sitúan el consumo de drogas por vía intravenosa en el contexto social, político y económico, con el fin de identificar los factores desencadenantes o precursores de la toma de decisión de iniciar el consumo por vía intravenosa y, generar evidencia para la toma de decisiones en política pública (10,17). Al igual, que revisar la historia del consumo mismo, situándolo históricamente dentro de un proceso sistemático de discriminación hacia la población afroamericana, en donde el aumento de consumo de drogas, principalmente de heroína, se correlacionaba con el aumento de ataques raciales y encarcelamientos de negros en los Estados Unidos (22).

Estudios como los de Robin (10), retomados por Hall (17) y otros autores como Kuzmarov (23), tienen como objetivo establecer el inicio y desarrollo del consumo en relación a situaciones que ponen al límite la capacidad emocional y psíquica de los individuos, generando impactos en la salud mental que concluyen es búsqueda de tranquilidad y satisfacción en el consumo de sustancias, principalmente de heroína. Para esto, se centran en el caso de los marines norteamericanos que participaron en la Guerra de Vietnam, de los cuales se estimó en 20.000 (veinte mil) los consumidores de heroína, los cuales, fueron entrevistados por Robin, centrado su indagación sobre sus antecedentes de consumo, antecedentes familiares, educación y relaciones interpersonales. Este estudio sirvió como base para abordar el consumo desde un enfoque de salud pública, puesto que, concluyeron que el consumo no se daba como un proceso ajeno al contexto del individuo, sino que, por el contrario, era necesario entenderlo como una conclusión de diversas variables que impactan las condiciones de vida de una persona, las cuales, al ser modificadas tienden a reducir o modificarlo.

Los consumidores en estadios de farmacodependencia construyen sus relaciones y sus dinámicas entorno a las sustancias. Los estudios realizados por la profesora Degenhardt se centraron en establecer estas relaciones, en contextos y momentos específicos, direccionados por la oferta de heroína y los procesos de adaptabilidad de los consumidores frente a la disponibilidad de esta. El seguimiento a las dinámicas del tráfico de drogas, triangulado con

información recopilada por medio de entrevistas, fueron los insumos empleados para estas investigaciones(16,19). Degenhardt, es actualmente una de las investigadoras más reconocidas por sus investigaciones en el consumo de heroína en Australia, esta autora, además del trabajo realizado para aproximarse a las relaciones de los consumidores con su entorno, ha brindado evidencia para la gestión del riesgo a nivel social y político de las variaciones en el tráfico, el acceso a la sustancia y el impacto de estas coyunturas (18).

Otros autores plantean la necesidad de abordar las dinámicas que se establecen entre los consumidores, las sustancias consumidas, las redes de consumo, los actores inmersos en él, los espacios en que se da y cómo el entorno tiende a aumentar o reducir los riesgos. Para esto, autores como Darke (24) empleando software de georreferenciación, identifico y mapeó los lugares de consumo, y su incidencia en zonas con presencia de delitos. De igual forma, otros autores analizan la relación de los lugares de consumo con el impacto en la salud de los consumidores y el aumento de los riesgos (25,26). Por ejemplo, los estudios que indagan el consumo en espacios carcelarios muestran que la probabilidad de transmisión de VIH tiende a aumentar producto del contexto en que emerge el consumo y las condiciones de difícil acceso a parafernalia higiénica para la punción (27)

A partir de la revisión se pudo identificar que las investigaciones relacionadas con la inyección de drogas establecen como objetivo central analizar la prevalencia de VIH entre las redes de personas inyectoras, salvo con algunas excepciones. Estos estudios en totalidad de enfoque epidemiológico se centran en estudios de cohortes, en los cuales hacen seguimiento de las redes de consumo para establecer el tiempo transcurrido entre el inicio de la práctica de la punción y la seroconversión, y la estabilización de la prevalencia de VIH u otros virus y eventos de sobredosis con relación a la vinculación o puesta en marcha de programas de reducción de riesgos y daños.

En algunos casos, se indaga sobre otros aspectos relacionados con el consumo, complementando la información sobre las prevalencias del VIH. Se pudo evidenciar un desarrollo académico importante entorno a Vancouver en Canadá. Se pudo establecer que es la ciudad con mayor consumo del país y tiene una historia importante con respecto a la intervención de personas inyectoras de drogas; aquí se encuentra la primera sala de consumo supervisado en América y la más reconocida a nivel mundial, Inside.

Además de esto, ha avanzado desde inicios de la década del 2000 en estudios para establecer las prevalencias, pero también las prácticas de consumo, el riesgo que estas conllevan y las diferencias que se pueden establecer entre inyectores de opioides y de cocaína. Al igual que las diferencias entre hombres y mujeres inyectoras, siendo los estudios de Vancouver pioneros en abordar el consumo desde una perspectiva de género, lo cual, permitió evidenciar las condiciones de exclusión, estigma y presión social en que se da el consumo entre mujeres. Situaciones que aumentan la vulnerabilidad frente a los hombre, elevando el riesgo de transmisión de enfermedades o muerte por sobredosis (28)

Otro aspecto importante en los estudios realizados en Vancouver, son las relaciones de poder que se establecen al interior de los espacios de consumo y entre las redes mismas de consumidores, en donde se profundiza en los tipos de violencias experimentados por las mujeres inyectoras tanto en espacios abiertos de consumo, como en sitios establecidos para garantizar la protección de los consumidores, como las salas de consumo supervisado, además de las implicaciones y los actos de violencia raciales que se presentan entre consumidores (29).

En Estados Unidos, los estudios a partir de la década de los 2000, al igual que en Canadá, producto del aumento paulatino del consumo de drogas inyectadas no solo en comunidades afroamericanas y latinas, sino principalmente, en población blanca, ha diversificado los objetivos de las investigaciones relacionados con los usuarios de drogas inyectadas.

Con respecto a estudios con perspectiva de género, se pudo evidenciar que la diferencia entre hombres y mujeres no se enmarca en factores el acceso a la educación, acceso a vivienda, incluso en aspectos étnicos, ni raciales. Las diferencias que se establecen se relacionan con la percepción social sobre el consumo entre mujeres, las cuales, tienen a tener mayor presión y desaprobación por las nociones del ser mujer, las cuales, se rompen al iniciar el consumo y se tiende a generar mecanismos de normalización por medio del rechazo, el juicio social y la culpa. Lo anterior, aumenta las posibilidades y la vulnerabilidad de las mujeres frente al hombre que concluye en mayor posibilidad de eventos de sobredosis letal y no letal y transmisión de virus, principalmente hepatitis B y hepatitis (30).

La edad de inicio o de tránsito a la inyección, es otro tema relevante en los estudios realizados en Norte América (31–34). Estos estudios se centran en establecer las diferencias en los

patrones de consumo en población joven que inicia con la inyección de drogas (35) y aquellos considerados como inyectores “tardíos”⁶ (36). Al igual que los riesgos en el inicio de la inyección entre hombres y mujeres, lo cual, en relación con lo expuesto en estudios anteriormente mencionados con perspectiva de género, las mujeres tienden a una mayor exposición al riesgo producto de la presión social, el compromiso que siente con sus parejas, las cuales tienden a incidir en el inicio del consumo inyectado, generalmente con insumo o parafernalia no estéril, lo cual aumenta el riesgo de transmisión de virus (37).

Otro objetivo relevante en los estudios norteamericanos con relación al consumo de opioides es el abordaje de las sobredosis letales y no letales. A partir de la georreferenciación, las condiciones en que se dan y la caracterización de las víctimas del evento (11,13).

La atención a la sobredosis, el nivel de efectividad de las diferentes tecnologías desarrolladas y la relación entre las sustancias y la forma de suministro del medicamento para la atención de sobredosis es una constante en los estudios revisado. Al igual que la evaluación de los programas de prevención y la necesidad de consolidar espacios de consumo supervisado (38)

Para el caso de Europa, según el Informe Europeo sobre Drogas de 2017, a diferencia de Norte América, durante los último 10 años el consumo por vía parental ha disminuido. Sin embargo, según este mismo informe, se notificaron 1233 nuevos casos de transmisión VIH en 2016. Esta situación refleja que, a pesar de la disminución de la incidencia con respecto a años anteriores, sigue siendo un problema relevante para la salud pública.

Copeland (39) a partir de un estudio mixto, reconstruye la historia de vida de jóvenes escoceses participantes de un estudio de cohorte, que fallecieron prematuramente a causa de sobredosis o comorbilidades derivadas del consumo de heroína inyectada. Este estudio es relevante porque, en primer lugar, articula el enfoque cuantitativo y cualitativo, algo que no es recurrente en los estudios revisados, reconstruyendo las trayectorias de vida de los consumidores y las distintas relaciones establecidas durante esta. En segundo lugar, porque el objetivo del documento según lo planteado por el autor va dirigido a dar insumos a los profesionales de la salud y los tomadores de decisión para abordar de forma efectiva el consumo de opioides, puesto que no se trata solo de factores clínicos, sino sociales,

⁶ El inyector joven o típico son aquellos que iniciaron en la inyección en edades entre los 17 y 29 años; y tardíos a lo que iniciaron con 30 años o más.

encausando la discusión desde un enfoque sociológico a partir de la determinación social. Y tercero, porque según el texto y contrastado con el Informe Europeo sobre drogas 2017, Escocia es el país con mayor prevalencia de consumo de heroína inyectada de Europa.

Finalmente, con los estudios revisados realizados en México y Colombia, se puede evidenciar una población consumidora con características similares, principalmente habitantes de calle, con inicios tempranos en la inyección de drogas entre los 17 y 19 años, con divergencias en las edades promedio de consumo actuales. En Colombia las edades de los consumidores se encuentran entre los 26 y 28 años, mientras en México está sobre los 40 años (3,40)

Durante la revisión se pudo consultar un artículo que permitió complementar la información consultada sobre el consumo en México, puesto que aborda el tema del consumo de heroína desde una perspectiva histórica, centrando el análisis de las políticas de drogas en ese país, teniendo en cuenta la influencia de Estados Unidos en ésta; y el impacto en los consumidores mexicanos desde finales del siglo XIV hasta mediados del siglo XX, sirviendo de contexto para entender la situación de consumo actual (41).

En cuanto a los estudios realizados en Colombia, se pudo establecer que se centran en la prevalencia de VIH, la caracterización de la población y las prácticas de consumo. Uno de los estudios de referencia en las investigaciones colombianas, es el trabajo de Castaño y Calderón (42). Constantemente se hace referencia a este, puesto que es uno de los pioneros en el país en la caracterización de la población consumidora de heroína. Este estudio se desarrolló en la ciudad de Medellín y su área metropolitana y consistió en entrevistar a 42 personas internadas en distintos centros de tratamiento, donde se les indagó sobre el tipo de heroína consumida antes de iniciar tratamiento, vía de administración, frecuencia de consumo, parafernalia, prácticas y rituales asociados al consumo, relaciones sexuales e ideaciones y gestos suicidas.

Este documento fue la línea de base para la serie de investigaciones realizadas entre 2011 y 2014 por el Ministerio de Justicia y la Universidad CES, las cuales, indagaron variables similares a las expuestas por Castaño y Calderón. Estos trabajos se desarrollaron en Cúcuta, Armenia, Pereira, Bogotá, Medellín y Cali. Con excepción de esta última, se realizaron estudios comparativos en todas las ciudades. Esto permitió ver variaciones importantes, sobre todo en la prevalencia de VIH.

Se consultó un artículo realizado en Medellín y Pereira en el cual se profundiza en la identificación de los comportamientos de riesgo para la transmisión de VIH entre los usuarios de drogas inyectables (21). Arrojando información similar a la expuesta en Por Castaño y Calderón y los estudios del CES.

A continuación, se exponen los estudios realizados en Colombia, los cuales fueron consolidados por el Ministerio de Justicia y consultados en esta revisión.

Tabla 2. Listado de estudios sobre consumo de drogas inyectadas en Colombia

Tabla 2. Listado de estudios objeto de análisis detallado

Año	Ciudades	Metodología	Autores	Entidad Ejecutora	Entidad contratante	Título
2001-2003	Bogotá	ERR + Seroprev VIH/HCV	Mejía / Pérez	Uniaandes/ PP Rumbos	Organización Mundial de la Salud	La inyección de drogas en Bogotá: una realidad oculta
2009	Santander de Quilichao	ERR	Abadía y cols.	Universidad Nacional	Ministerio de Protección Social	Evaluación rápida de situación del consumo de heroína en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca
2010	Medellín	Multimétodo	Pérez	Nuevos Rumbos	Ministerio de Protección Social	Heroína: consumo, tratamiento y su relación con el microtráfico en Bogotá y Medellín
	Bogotá					
2010	Medellín	RDS + Seroprev VIH	Berbesi y cols.	Universidad CES	Ministerio de Protección Social/UNODC	Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgo asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira
	Pereira					
2011	Medellín	ERR	Pérez y cols.	Nuevos Rumbos	Ministerio de Protección Social /UNFPA	Contexto de vulnerabilidad al VIH/sida en los grupos de consumidores de drogas de alto riesgo CODAR en las ciudades de Medellín y Armenia, evaluación y respuesta rápida, caracterización e identificación
	Armenia					
2012	Cúcuta	RDS + Seroprev VIH-multimétodo	Quintero	ATS	Ministerio de Protección Social/ Gobernación de N. De Stder	El consumo de heroína en Cúcuta y Pamplona: una realidad visible
2012	Cali	RDS + Seroprev VIH/HCV	Berbesi y cols.	Universidad CES	Ministerio de Protección Social/Alcaldía de Cali	Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgo asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Cali
2013-2014	Medellín	RDS + Seroprev VIH/HCV	Berbesi y cols.	Universidad CES	Ministerio de Salud y PS / OPS	Comportamiento de usuarios de drogas inyectables en dos ciudades de Colombia
	Pereira	RDS + Seroprev VIH/HCV	Berbesi y cols.	Universidad CES	Ministerio de Salud y PS / OPS	
2013-2014	Armenia	RDS + Seroprev VIH/HCV	Berbesi y cols.	Universidad CES	Ministerio de Justicia y del Derecho	Comportamiento de usuarios de drogas inyectadas en tres ciudades de Colombia
	Bogotá	RDS + Seroprev VIH/HCV	Berbesi y cols.	Universidad CES	Ministerio de Justicia y del Derecho	
	Cúcuta	RDS + Seroprev VIH/HCV	Berbesi y cols.	Universidad CES	Ministerio de Justicia y del Derecho	

Fuente: Ministerio de Justicia, Observatorio de Drogas de Colombia

A partir de la revisión bibliográfica realizada en Colombia, se pudo establecer que no se cuentan con estudios de referencia direccionados a entender las condiciones y los determinantes en que se da el consumo de drogas inyectadas en el país. El estudio de Castaño

y Calderón, tratan de aproximarse, sin embargo, solo indagan sobre antecedentes familiares, no hay una reconstrucción de historias de vida y, la población entrevistada en este estudio es población que en el momento de la entrevista no se encuentra en consumos activos.

4. MARCO TEÓRICO

En este apartado se presentará la perspectiva teórica desde la cual se propone el desarrollo de esta investigación. De igual forma, se presentarán los conceptos de sentido y práctica, y sus abordajes desde distintas perspectivas teóricas. Para concluir con la interpretación que se dará a estos dos conceptos en esta investigación y a las dimensiones de analíticas desde las que se abordarán, a partir de la revisión teórica expuesta.

4.1 Perspectiva teórico-conceptual

El consumo de SPA se ha abordado bajo distintos enfoques, y desde de diversas perspectivas teóricas, aportando a la comprensión, en algunos casos, de este fenómeno que, si bien no es nuevo, durante las últimas décadas ha permeado en mayor proporción la cotidianidad de un gran número de sociedades, estableciéndose como un evento importante para la salud pública.

El adentrarse en el consumo de estas sustancias supone dos posibles abordajes iniciales. En primer lugar, el análisis puede partir de una mirada estructural y colectiva a partir de la cual se analice el impacto económico, social, político e incluso cultural del consumo para una sociedad. En segundo lugar, desde una aproximación desde lo individual y colectivo, que permita una mirada desde la diferencia y la experiencia propia de las personas y su relación con las sustancias.

Para este trabajo, se estableció un abordaje desde el interaccionismo simbólico y, específicamente centrado en la configuración del consumo de SPA desde las vivencias, hitos, significados, sentidos y experiencias de vida de un grupo de usuarios de drogas inyectadas en la ciudad de Cali. Para esto, se tomó como referencia a Howard Becker y sus estudios centrados en los usuarios de marihuana y la configuración de este consumo⁷, en donde a partir

⁷ Howard Becker desarrolla el concepto de la sociología de la desviación, complementando los postulados de Durkheim sobre todo aquello que se encuentra fuera de la normal socia. En este sentido, Becker establece el

de tres variables (conocer, aprender y consumir), plantea el proceso de construcción de un consumidor de marihuana y, su relación con el marco normativo y socialmente aceptado con respecto al consumo.

Sin embargo, antes de continuar y, reconociendo que el público al que va dirigido este trabajo es principalmente del área de la salud pública, se presentan a continuación algunos abordajes teóricos desde la psicología y la sociología con los cuales se ha abordado el tema del consumo de SPA. Este breve resumen teórico tiene como fin aportar a futuros estudios, algunas herramientas teóricas, sobre todo a aquellas personas que por su formación no han profundizado en este aspecto.

4.2.1 Modelos conductistas y cognitivos sociales

Desde la psicología y las ciencias de la educación clásica, las corrientes conductistas proponen que las prácticas están ligadas a dos situaciones posibles, el acondicionamiento clásico y el operante(47). En ambos casos, la relación entre el sentido -motivación- y la práctica se explica a partir de la causalidad. Desde acondicionamiento clásico ligado a un estímulo, o a una recompensa o un castigo en el acondicionamiento operante.

Sea cual sea la lógica bajo la cual se dé la práctica, esta debe darse en el mundo material -en el mundo real-, puesto que va direccionada a la acción del sujeto, a la corporalidad de este. El conductismo, propone que el análisis de las prácticas debe ser objetivo, puesto que el sentido -motivación- es material -o materializable- para el sujeto. Recompensa, castigo o estímulo, podrán ser materiales o podrán materializarse en el cuerpo del sujeto de la práctica. Otra característica de la práctica producida en el mundo material, es que puede ser explicada a partir de las leyes de la física, la intensidad o prolongación del estímulo, tienden a intensificar la práctica(47,48).

Otras corrientes de la psicología y la educación, como los de la acción por imitación, plantean que las prácticas se configuran a partir de tres categorías: ambiente, comportamientos y procesos psicológicos individuales. Establecen que las prácticas se configuran en la relación del sujeto con su entorno, y la exposición a sistemas simbólicos y representativos, que son incorporados y exteriorizados por medio de la práctica. La intensidad de esta puede estar

consumo de marihuana y a quienes consumen como *outsider* o desviados, y desarrolla sus postulados en el libro *Outsider: hacia una sociología de la desviación*

mediada por el nivel de exposición y los contenidos de esta. En otras palabras, la prácticas se dan bajo un proceso de imitación en la relación de un individuo sobre otro(49).

Estos modelos teóricos para aproximarse a las prácticas, además de ser ampliamente aceptados en el campo del aprendizaje -principalmente infantil-, han sido acoplados, para comprender e incidir en los comportamientos en salud; siendo clave para los modelos teóricos de la salud pública. El desarrollo de teorías intra e interpersonal, proponen el análisis de las acciones -prácticas- a partir de la configuración de procesos internos y externos al sujeto. En donde el sentido se configura partir de creencias, percepciones, capacidades y expectativas frente a la acción (50). En el que, además, entran en juego múltiples actores y factores externos, estableciendo una tensión entre las construcciones subjetivas, y objetivas que la determinan.

Dos ejemplos de estos modelos son: en primer lugar, el cognitivo social, desde el cual se analiza las prácticas a partir de nueve categorías: entorno, situaciones (percepciones del entorno), capacidad de comportamiento (conocimientos), resultados esperados de la acción, expectativas de los resultados de la acción, autocontrol, aprendizaje observacional, autoeficacia (confianza en sus conocimientos) y afrontamiento emocional (manejo de las emociones producto de la acción)(50).

En segundo lugar, el modelo de la acción razonada y el comportamiento planeado. Este plantea una relación directa entre factores externos, procesos subjetivos individuales, desarrollo de actitudes y normas que permiten la intensión y ejecución de la acción. De esta forma, descompone su análisis en tres categorías principales: actitudes, normas subjetivas y percepción de control, que a su vez, las relaciona como las creencias, motivaciones y percepciones de poder que configura el individuo sobre la acción (49,50).

Sin embargo, una de las críticas a estos modelos planteados desde distintas corrientes de la sociología, se centra en relaciones causales, en el que toda decisión -materializada en un estímulo, (premio, recompensa o exposición) tiene una consecuencia -un acción-. Estableciendo la explicación de esta a situaciones puntuales, repetitivas en el tiempo, pero sin un sentido; entendido éste como un proceso de movilizador de la acción, producido histórica y culturalmente.

4.2.2 El positivismo sociológico y la sociología comprensiva: bases para el abordaje del sentido y las prácticas

Dos de las corrientes clásicas de la sociología, son el positivismo sociológico y la sociología comprensiva. La primera, se aproxima al mundo social desde una mirada científicista, ligada a las ciencias naturales, en donde las acciones se producen en las estructuras y los sujetos son simples “actores” que ejecutan la acción, pero que no configuran un proceso de conciencia sobre esta. La segunda, aborda las acciones como un proceso de relación recíproca entre lo objetivo y lo subjetivo, pero que al final, sobresale el sentido que le dé el sujeto a la acción, priorizando el carácter individual de la acción.

Para profundizar, el positivismo sociológico se fundamenta en la regulación de la sociedad por medio de leyes naturales que responden al funcionamiento de la vida social, económica, política y cultural. La antropóloga María Cecilia de Souza Minayo establece que hay tres tesis básicas que sintetizan el positivismo sociológico: (1) la realidad se constituye esencialmente de aquello que los sentidos pueden percibir; (2) las ciencias sociales y las ciencias naturales comparten un mismo fundamento lógico y metodológico, diferenciándose exclusivamente en el objeto de estudio; (3) existe una distinción fundamental entre el hecho y el valor: la ciencia se ocupa del hecho y debe buscar liberarse del valor. Por lo tanto, esta corriente se propone un abordaje del mundo social a partir de la aproximación y entendimiento de las leyes que rigen los hechos sociales; tomando distancia de los prejuicios, preconcepciones y/o valoraciones que se pueden presentar frente a estos, alterando la objetividad del investigador (51,52).

Emile Durkheim, uno de los padres fundadores de la sociología, plantea que para hablar de positivismo sociológico es necesario en primer lugar establecer con claridad qué es un hecho social; puesto que, no todas las acciones individuales, por más que se enmarquen en la vida social pueden considerarse hechos sociales. Acciones rutinarias, socialmente y biológicamente esperadas son acciones del campo de la biología y la psicología (52). Los hechos sociales, por lo tanto los define como “todo modo de hacer, fijo o no, que puede ejercer una coerción exterior sobre el individuo;... que es general en todo el ámbito de una sociedad dada y que, al mismo tiempo, tiene una existencia propia, independiente de sus manifestaciones individuales” (52).

A partir de la definición de hecho social dada por Durkheim, se deduce que las acciones individuales (deberes, compromisos), no se dan en el individuo mismo, se producen a partir de normas, derechos y costumbres que son comunes a una sociedad. Estas son objetivas porque no responden a los deseos individuales, no son contruidos en un proceso introspectivo, sino que son incorporadas a partir de un proceso educativo, socialmente legitimado. Lo anterior, sin desconocer que a nivel individual se pueda o no estar de acuerdo con esto, se ve reflejado en procesos de inclusión (o aceptación de las “reglas” sociales, y por lo tanto socialmente aceptado) o la exclusión social (expresados en procesos sancionatorios, ligados al desacatamiento de la norma) (52)

La teoría durkheimiana plantea tres características necesarias de identificar, para establecer la producción del hecho social, las cuales son: 1) la exterioridad de lo social, 2) la generalidad y la independencia de lo social y 3) la naturaleza obligatoria de lo social. La exterioridad hace referencia al objetivo de lo social, puesto que se instaura por medio de mecanismo por fuera de la conciencia y la voluntad del individuo, ya sea el sistema educativo, la iglesia o la milicia. La generalidad e independencia social, pretende establecer el carácter general de su existencia misma como hecho social, más allá de los matices que puede tener en las manifestaciones individuales. Por último, la naturaleza obligatoria de lo social alude a la coerción social para el hacer, posiblemente distante a las inclinaciones o deseos particulares (52)

Partiendo de las tres anteriores características del hecho social, a diferencia de los modelos cognitivo social o de acción razonada, la acción no se da como un proceso de repetición o de imitación. Desde la teoría de Durkheim, la acción se produce dentro de un marco de determinación que condiciona la práctica del individuo en sociedad. Por lo tanto, el sentido de la acción se produce en cuanto se direcciona al cumplimiento de las leyes sociales, y se ve reflejada en la ejecución de esta por parte del individuo (52)

Para los positivistas, la sociología debe desarrollar un método científico que le permita una aproximación real al mundo social. Cualquier aproximación que se haga sin el rigor del método científico, se entiende como sentido común, el cual es una construcción social de las comunidades para explicar su mundo. Al ser una construcción social, se interpreta como un

proceso subjetivo impregnado de preconociones, juicios de valor y creencias que “contaminan” el entendimiento del mundo social (52).

Desde esta corriente la acción se sustenta en la objetivación de la estructura, el sentido es el de cumplir lo esperado socialmente, y el sujeto se reduce a un actor que interpreta la acción, pero que no tiene la posibilidad de reflexionar y actuar sobre esta. Solo puede estar o no de acuerdo con esta, pero no pasa por su decisión modificar el sentido entorno a ésta.

Desde otra orilla, la sociología comprensiva establece distancia con el positivismo en cuanto considera que las acciones sociales se fundamentan en un proceso subjetivo, con un sentido particular que se produce a partir de un proceso de racionalización de la acción, enmarcado por valores, representaciones sociales, creencias y relaciones. Esta corriente no plantea un abordaje desde el método científico, ni da por hecho que los sujetos solo responden a leyes sociales que rigen las relaciones sociales, sino que el análisis debe centrarse en la comprensión del mundo social a partir de las percepciones de los sujetos y las relaciones sociales (51).

Max Weber -pionero de esta corriente-, plantea que las prácticas son una conducta humana en función de otros, o en otras palabras, una acción condicionada y soportada a partir del sentido que se produce cultural e históricamente (53). Por lo tanto, *“los objetos sociales no son lo que son, sino que son lo que significan, en este sentido, el fin último no es lo que es un individuo entendido desde una perspectiva filosófica, sino lo que significa en función de su entorno”* (54).

La sociología comprensiva plantea fuertes críticas a los modelos cognitivos sociales y la acción razonada, en cuanto considera que la práctica en la imitación es vacía y responde a un interés totalmente personal. El sentido de ésta va orientado hacia el sujeto de la acción y no en función de los otros. Mientras que los modelos conductistas, las prácticas no son prácticas en sí mismas, por el contrario, son reacciones involuntarias hacia un factor externo generalmente intencionado. Se podría entender incluso como una reacción instintiva y básica inherente a cualquier ser vivo(53); estableciendo un puente con las críticas a estos modelos propuestos desde el positivismo.

La sociología comprensiva, considera que toda práctica se da en función de un sentido que se configura mediante un proceso mentado y subjetivado por los “sujetos de la acción” (53). Esto quiere decir, que el sentido, se da en un proceso individual consiente, sin embargo, los soportes de este son producto de los sistemas externos al individuo (valores, creencias, moral). El sentido presenta un carácter histórico, producido por la suma de referentes externos, acogidos, analizados y exteriorizados por los individuos y que se materializan en diversas prácticas a lo largo de la vida (54).

Weber expone que el sentido se configura y materializa a partir de 4 tipos ideales de acción(53):

- Acción racional con arreglo a fines: la acción es racionalizada por el individuo, una vez ha sopesado los fines, objetivos y consecuencias, para posteriormente establecer cuáles son los medios más pertinentes para lograr sus fines, con el mejor impacto en contra posible.
- Acción afectiva: el individuo establece sus fines y objetivos ligados a la acción, y empleará cualquier medio posible, determinado por sus afectos o estados emocionales, sin tener relación o interés por las consecuencias.
- Acción tradicional: se centra en las tradiciones a las cuales está supeditado el individuo, por consiguiente, tanto los medios, como los fines y consecuencias ya se encuentran establecida. La acción entonces, no se produce a partir de la racionalidad o la evaluación de las posibles variables por parte del individuo.
- Acción racional con arreglo a valores: la acción es racionalizada por el individuo a partir de sus creencias religiosas, éticas, estética y de estructura objetivada que configure su postura sobre la acción, sin tener en ningún momento una relación o interés por los resultados de dicha acción.

Por su parte, Niklas Luhmann propone una teoría de sistema centrada en la corriente comprensiva. Esta plantea que “los sistemas sociales son sistemas identificados por el sentido” (54). El sentido en razón a las experiencias individuales en función de su entorno y su significación de éste, y de los demás hacia el individuo. La generación de sentido es un proceso individual de búsqueda de significado y significancia a las experiencias y

conocimientos objetivos y subjetivos, consientes e inconscientes sobre una acción o práctica determinada.

La sociología comprensiva, más que la acción en sí, centra su interés en el sentido, puesto que, según Weber, “en la acción está contenida toda la conducta humana, en la medida en que el actor le atribuye un sentido subjetivo”, por lo tanto, es el sentido quien define y le da soporte a la acción.

4.2.3 Perspectivas centradas en los individuos: microsociología

A partir de los avances de la sociología comprensiva y su interés por comprender el mundo social, se han desarrollado diversas corrientes sociológicas que centran su interés en aspectos determinados de las relaciones sociales. Entre estas corrientes se encuentran: 1) fenomenología, 2) interaccionismo simbólico y 3) etnometodología.

Fenomenología

Desde la fenomenología sociológica se plantea una aproximación a las relaciones sociales y en general al mundo social a partir de la construcción de significados y sentidos de las acciones, en la vida cotidiana. Esta mirada centrada en el sujeto y por ende subjetiva y soportada en el sentido de la acción, plantea una distancia con el positivismo y las corrientes centradas en la objetividad científica. Esta corriente reconoce la constitución del mundo social a partir de la vida cotidiana de las personas, lo que significa situar a los individuos en el espacio y tiempo en que se encuentran, pero además con todas sus cargas emocionales, que inciden en la producción del sentido de sus acciones (51).

Desde esta perspectiva, Schutz plantea que la acciones se dan a partir de las relaciones entre individuos (intersubjetividad), la comprensión y significación de las relaciones sociales y la racionalidad (norma) e intencionalidad (beneficio) de estas. Sin embargo, esta acción se encuentra soportada por un sentido que se produce a partir de múltiples factores, como el lugar desde el que se sitúa socialmente el sujeto, sus experiencias y conocimientos (55). Esto quiere decir que si bien, las experiencias pueden ser compartidas por varias personas, los conocimientos y sus percepciones frente a este pueden ser distintos, producto del proceso biográfico y reflexivo de cada sujeto.

Por lo anterior, Minayo plantea que la fenomenología “propone una aproximación desde la subjetividad de los individuos, que no pretende establecer generalidades, sino un entendimiento diferencial” que parte desde la experiencia ” (51).

Etnometodología

La etnometodología, se fundamenta en la descripción minuciosa y detallada de los objetos de investigación. Por lo tanto, se plantea a partir de estudios de campo, desde el cual la observación participante es crucial para aproximarse al detalle en la descripción de las personas, sus creencias, sus relaciones y su cultura. Su objeto de investigación se centra en las interacciones sociales, pero a diferencia de la fenomenología, su abordaje se realiza desde el hacer, y no desde el sentido. Esta corriente propone que las personas en cuanto sujetos racionales, plantean acciones (razonamiento práctico) que les permite vivir su cotidianidad, lo que implica que a partir de las prácticas las personas construyen y reconstruyen la realidad social (51).

Desde esta perspectiva, Garfinkel propone que la vida social se constituye a partir de estructuras, reglas, normas y conocimientos comunes que permiten las interacciones sociales. Sin embargo, a diferencia de Durkheim, Garfinkel expone que los individuos no actúan bajo la coerción de estas, por el contrario, hay un proceso de reflexividad desde el cual se da la construcción y reconstrucción de la realidad social, a partir de pensamientos y acciones que se da en cada individuo (52,56)

Por lo anterior, la etnometodología propone una aproximación desde el individuo, se centra totalmente en el hacer, y no en lo que piensa o sienten los individuos. Distanciándose de la antropología, en cuanto no pretende producir análisis culturales totalizantes, sino una intermediación entre los sistemas de significados del grupo objeto de estudio y los del investigador (51).

Interaccionismo simbólico

Blumer define el interaccionismo simbólico a partir de la capacidad humana de observar la vida, y generar procesos de interpretación diversos que guían, a los individuos, colectivos y sociedades.

Es por esto, a diferencia de la fenomenología y la etnometodología, el interaccionismo simbólico no tiene como principal interés la definición de un objeto de estudio que defina el mundo social. Esta perspectiva establece que los objetos sociales son cosas que está “afuera” en el mundo real, y el papel del interaccionismo es aproximarse a las interpretaciones que los sujetos le dan y el cómo lo definen (57).

Según lo expuesto por Blumer, el interaccionismo se fundamenta entonces en que el comportamiento humano es auto-dirigido, producto de la capacidad humana de pensar y modelar el pensamiento a partir de la interacción social, llenando este pensamiento de significados y símbolos, lo que se define como el sentido simbólico de la acción. De igual forma, estos significados y símbolos no son estáticos en el pensamiento humano, éstos se incorporan y modifican según los posibles cursos de una acción, las ventajas y desventajas que se puedan dar, en la interacción con los otros, que al final permite la construcción en sí misma de grupos y sociedades. A esta característica reflexiva del pensamiento humano desde el interaccionismo simbólico, Blumer lo denomina el sentido relacional (57).

Desde la perspectiva interaccionista, los sentidos de la acción se producen a partir de los procesos de socialización a los que se ven expuestos los individuos, mediante los cuales, se incorporan sistemas de significados y símbolos. Éstos, se modifican a partir de la flexibilidad de los individuos para actuar en un contexto determinado, permitiéndoles adelantarse a los posibles desenlaces de la acción, tal como plantea Weber al considerar que toda práctica se da en función de un sentido que se configura mediante un proceso mentado y subjetivado por los “sujetos de la acción” (53). Por lo tanto, desde el interaccionismo la acción es un proceso racional con arreglo a fines o valores, que configura en las interacciones la producción y reproducción del mundo social.

4.2.4 Teorías intermedias: el constructivismo estructuralista de Pierre Bourdieu

Desde esta perspectiva, las prácticas son un proceso de construcción histórica incorporada por un individuo, que relaciona de forma directa lo individual con lo social, la subjetividad del sujeto con las estructuras objetivadas (normas, reglas, etc.) (43-46). Esta incorporación de valores, representaciones y significados, generan la disposición del individuo para actuar percibir, sentir y pensar. En otras palabras, el sentido que se le da a una acción por parte del individuo, se relaciona directamente con la posición ocupada por éste dentro del espacio

social, sus valores, experiencias y reconstrucciones individuales, enmarcadas dentro de un sistema subjetivado biográficamente (58).

Bourdieu plantea que la aproximación individual de las personas a lo dado y lo vivido (experiencia), parte de un elemento individual y singular, pero se interpretará bajo un sentido más amplio que permite contrastar, problematizar y cuestionarse sobre el resultado de la acción última. Los actos humanos están marcados en sentido y significación por el orden social, cultural y simbólico, situación que complejiza el análisis, al entenderlo como un proceso multifactorial e histórico (59).

Para aproximarse al análisis de los sentidos y las prácticas desde la teoría expuesta por Bourdieu, es necesario establecer que esta teoría se centra en el análisis de las clases sociales, a partir de los estilos de vida que se configuran en éstas (60). Esto, a partir de las prácticas que se producen y reproducen, en lo que el autor denomina el espacio social que, a su vez, se encuentra conformado por campos. Estos hacen referencia a las diferentes esferas o dimensiones que conforman el mundo social (económico, social, político, simbólico) y se concretan en escenarios como la familia, el sistema educativo, el barrio, los espacios de participación política, etc.

La pertenencia a una clase social o el lugar ocupado por un individuo en el espacio social se define por los capitales que éste disponga, ligándose al desarrollo de capitales planteado por Marx, que hace referencia al cumulo de factores culturales, económicos o relacionales, que le permiten a un individuo situarse socialmente en una posición u otra. Para Bourdieu, es justamente la posición social la que moldea (no determina) lo que denomina las condiciones sociales de existencia, haciendo referencia a los gustos, gestos, prácticas, y estilos de vida, que se condensan y se sintetizan en el concepto de habitus (58).

Antonio Álvarez Souza, afirma que la práctica social está condicionada por el habitus, entendido como una estructura mental, producida a partir de las condiciones de existencia de cada individuo. Por lo tanto, la práctica social es intrínseca a la estructura que la posibilita, y las peculiaridades del individuo que la realiza (45). Es por esta razón, que el habitus no se liga de forma exclusiva a la división de clases, sino que también se produce por la posición ocupada y las experiencias de los individuos, a partir de procesos materiales y simbólicos relacionados con lo generacional, la edad, el género, la condición étnico-raciales, entre otras.

Las prácticas se presentan como una apuesta teórica que permite avanzar en una aproximación del mundo social, en el cual, este se configura a partir de la mutua interacción entre los sujetos y los objetos, o entre los individuos y los eventos que constituyen el mundo social. Y que, a su vez, se encuentran producidos por historias y contextos que producen sentido a estas prácticas.

En un posicionamiento teórico similar, la teoría de la estructuración planteada por Giddens, propone traspasar las discusiones teóricas en torno al funcionalismo y el estructuralismo que proponen la supremacía de la estructura sobre la acción. Al igual que los desarrollos desde la hermenéutica que establecen el sentido y la acción sobre la estructura respectivamente (61,62).

Esta postura manifiesta que la práctica es constitutiva al sujeto y objeto social, razón por la cual, las prácticas son desarrolladas como aspectos constitutivos de la vida social, que se expresan dentro de la estructura social. El interés de estudio por lo tanto, se debe centrar en las prácticas sociales, las cuales, se presentan de forma recurrente por un proceso de racionalidad social, más no individual, que se expresa en un tiempo y un espacio determinado (43). Retomando el principio de funcionalidad de la práctica en los otros, y en el individuo que la ejecuta.

4.2.5 Consumo como práctica y sentido

El consumo de SPA se configura a partir de prácticas y sentido internos y externos que le dan un significado según la posición desde la que se producen estas prácticas y estos sentidos. Desde este supuesto, abordar el consumo de sustancias psicoactivas plantea retos en todos los campos (asistencial político, económico, cultural y social). Hablar del consumo de SPA, sobre todo de aquellas normadas como ilegales, plantea asumir una postura teórico-ética frente a éste (consumo), y sobre los consumidores.

Con respecto Becker (66), plantea que hegemonícamente el usar estas sustancias es una conducta identificada y reconocida como “*desviada*” a partir de una operacionalización “histórico-social, cultural y, por consiguiente, arbitraria y contingente”. En otras palabras, es un acto que se considera transgresor a las normas socialmente aceptadas, y que por lo tanto

desencadena una reacción de un grupo social frente a las acciones de otro, sobre el cual se genera la etiqueta de outsider o desviado (66).

Al trabajar el consumo, se tiende a abordar desde dos enfoques, los cuales, como se presenta a continuación, plantean posturas históricamente reconocidas, pero que reducen el margen de análisis y limita su comprensión. El primer enfoque se presenta como un proceso de socialización, ocio e incluso status, en el cual la sustancia sirve como mediadora en la construcción de vínculos sociales o dinamizadora de espacios. Sin embargo, esta mirada generalmente se relaciona con sustancias legales como el alcohol y el tabaco, reconociéndolo en ocasiones desde una mirada caricaturesca y minimiza el exceso en su consumo y los impactos para la salud individual y colectiva (principalmente el consumo de alcohol).

La segunda postura relacionada con el consumo de sustancias ilícitas se categoriza como una conducta desviada, desconociendo el carácter recreativo y social, que incluso en el contexto colombiano tiene un marco jurídico con la Política de Drogas de Colombia del año 2007-, al igual que el cultural que puede tener este -incluso social desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños-, estigmatizándolo como generador de rupturas normativas, según lo expuesto por Martin Güelman⁸ en la VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata en 2012. La criminalización y estigmatización del consumo, desconoce el papel de mediador cultural entre los individuos de las sustancias, y el de la síntesis del consumo a partir de: 1) los imaginarios colectivos de acompañamiento y resistencia en las prácticas de consumo; 2) los rituales en los consumos: territorialidades, prácticas y expresiones simbólicas; 3) tocar lo más profundo del ser. Este último punto expone una dimensión aún más compleja y profunda sobre las sustancias, a partir de las experiencias espirituales canalizadas a través de las sustancias, principalmente por los enteógenos⁹, y que más recientemente ha abierto la discusión para su uso a nivel terapéutico en salud mental.

⁸ Güelman M. (2012). Sociabilidad y consumo de drogas: *Un análisis de sus vinculaciones desde las experiencias de jóvenes de barrios marginados del área metropolitana de Buenos Aires*. Presentado en: VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata. "Argentina en el escenario latinoamericano actual: debates desde las ciencias sociales" (La Plata)

⁹ "Los enteógenos son un grupo de plantas con propiedades psicoactivas que hacen parte esencial de culturas ancestrales, de sus formas de transmisión de conocimientos y de procesos de curación individual y social. Estas plantas son consideradas por estas culturas como un *regalo de los dioses*". En este grupo de sustancias

Por otro lado, otra postura para abordar el tema se centra en el contexto punitivo e ilegal detrás del consumo, toda una perspectiva enfocada desde el mercado ilegal de las sustancias en cuanto producción, tipos, cadenas de distribución y mercadeo. Sin embargo, al hablar de consumo de SPA, se plantean una serie de condiciones y dinámicas que trascienden las representaciones o los adjetivos que recaen sobre las sustancias y los consumidores. El análisis plantea retos más profundos y complejos que se relacionan con la construcción y la relación de los individuos consigo mismo, con su entorno y con las sustancias, incluso del rol de estas y de las prácticas que incidieron e inciden en la configuración de las sociedades.

4.2.6. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN

El proceso de socialización se ha establecido como un objeto de estudio fundamental para diversas áreas de las ciencias sociales, principalmente la sociología, la psicología y la psicología social, para aproximarse a la forma de identificar, interiorizar e interactuar con uno mismo, con los otros y con el entorno. La socialización desde una perspectiva sociológica clásica se entiende como un proceso de interiorización de la existencia objetiva del individuo (Berger y Luckman), la cual se desarrolla según plantea Cimaomo como un *“proceso formativo mediante el cual se aprenden, se interiorizan, los elementos que definen la participación en dicha sociedad (lenguaje, esquemas de conductas, esquemas legitimadores, etc.)”*

La socialización para Berger y Luckman es un proceso que comprende la socialización primaria y la secundaria. La primaria hace referencia a la incorporación de signos y símbolos cognitivos, en la cual, el principal aprendizaje es el lenguaje como concepto amplio que trasciende la comunicación verbal y no verbal, y se instaura como una forma inicial que cimenta la interpretación de la realidad social y la legitimidad de esta. Por consiguiente, los agentes centrales en la socialización primaria son la familia, la escuela, la iglesia y los medios de comunicación, emisores de signos y símbolos que permiten la interacción con el otro y con el entorno, pero sobre todo de cómo, con quien, y qué se interactúa, generando así un proceso de apropiación e incorporación de la sociedad y la cultura por parte del sujeto y una

primera etapa de inserción del sujeto en dicha sociedad y cultura, lo que implica una alta carga de significados y emociones que se tornan naturales, aunque no lo sean.

La socialización secundaria, por su parte, hace referencia a la internalización de “submundos” institucionales, haciendo referencia a los diferentes roles que se cumplen en una sociedad bajo la premisa de la existencia de una división social del trabajo, y por los cuales, cada individuo desarrolla o potencializa diferentes conocimientos, motivo por el cual la carga de información tiene un alto componente técnico y vocabulario específico, y una menor carga emocional, a diferencia de lo ocurrido en la primaria.

El proceso de socialización se expone entonces como un cumulo de signos, símbolos, sentimientos y conocimientos que se van entrelazando la biográfica de los individuos con la historia (época) en la que transcurre sus vidas configurando la trayectoria misma de los individuos.

Sin embargo, durante las últimas dos décadas este proceso de construcción del sujeto se ha comenzado a cuestionar, puesto que plantea, incluso desde las postulaciones de Durkheim sobre la acción social, la relación causal de las consecuencias microsociales a partir de una visión macrosociológica (65). Que no es más que plantear que las formas de sentir, actuar, pensar y en general, construirse como sujeto parten del proceso de los valores y normas adquiridas (familia, iglesia) en un primer momento de la vida y por ende, estableciéndose como el soporte de la relación estructura-individuo (socialización secundaria), normando todo lo que se encuentra por fuera de lo socialmente aceptado como una anomalía o una desviación, tal como se establece dentro de los imaginarios colectivos el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente aquellas que representan mayor riesgo como lo son los consumos inyectados de estas.

En contraposición a este enfoque, o mejor, como un camino alternativo para aproximarse a la construcción de sujeto y por ende de sus prácticas, comportamientos, y sentidos, Danilo Martucelli y Kathya Araujo (65) proponen dos posibles enfoques distintos a la socialización: 1) la subjetivación, entendido como un proceso resultante de las dinámicas sociopolíticas de emancipación de los individuos y 2) la individuación, la cual se presenta como un análisis sociohistórico.

Más allá de las diferencias entre el enfoque establecido para el análisis del proceso de configuración del sujeto en cuanto actor social, es imperante establecer que este proceso se enmarca en un conjunto de tensas relaciones, en donde las normas sociales (estructura), se relaciona con procesos individuales de subjetivación y exteriorización de estas. De un proceso continuo de desarrollo centrado en una construcción base, puesta en contexto en una serie continua de relaciones posteriores (socialización), que se configura cada vez más desde un proceso vivencial o experiencial (individual) para su entendimiento y comprensión, y no como desarrollos homogenizados según la posición social ocupada por los individuos, y por lo tanto se distancia de las posturas categóricas de desviación o anomalía, y se centra en experiencias vividas.

En otras palabras, los sentidos y prácticas se construyen según la experiencia vivida por cada persona y, por tanto, no se describen como procesos sistemáticos explicativos desencadenantes asociados a similitud en posición social, acceso a capitales u otras características y condicionantes sociales.

Es por lo anterior que el interés de este estudio se centra en los individuos, sus historias, motivaciones y la relación construida con su entorno. En este sentido, el consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales, se reconoce como un proceso de ritualización individual y colectiva, construido y sentido a partir de dinámicas y estímulos externos, que se materializan a partir de la interiorización de cada individuo, que a su vez es vivida y experimentada de forma exclusiva por cada sujeto y por tanto se configura un sentido, prácticas y motivos únicos para cada uno.

5. OBJETIVOS

A continuación, se exponen los objetivos propuestos para la presente indagación.

5.1 Objetivo general

- Analizar las prácticas de consumo de drogas inyectadas en un grupo de personas inyectoras de drogas en Cali vinculadas al Programa de Reducción de Riesgos y Daños del Municipio.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los perfiles sociales y de consumo de un grupo de consumidores de drogas inyectadas en Cali vinculadas al Programa de Reducción de Riesgos y Daños del Municipio.
- Recuperar las trayectorias de vida de un grupo de personas inyectoras de drogas de Cali.
- Comprender las prácticas y el sentido del consumo de un grupo de personas inyectoras de drogas de Cali.

6. METODOLOGÍA

A continuación, se presenta el desarrollo de la metodología empleada para el desarrollo de la presente indagación.

6.1 Tipo de estudio

Con el objetivo de comprender las dinámicas que se configuran entorno al inicio y desarrollo del consumo por vía intravenosa en la ciudad de Cali, se plantó un estudio cualitativo con un componente cuantitativo, que permitió aproximarse a través de la voz de los sujetos a las prácticas y los sentidos del consumo. El papel del investigador se centró en generar las condiciones de confianza para recuperar o reconstruir con los y las participantes, relatos que ligen las experiencias de consumo con un contexto social y cultural y con una trayectoria de vida. El reto entonces fue comprender esas prácticas como acciones con sentido individual, pero del mismo modo, identificar los condicionamientos objetivos.

Para cumplir con los objetivos planteados, se propuso una primera fase de caracterización de la población a partir del análisis de la base de registro de los participantes del Programa de Reducción de Riesgos y Daños, en la cual, se contó con información sobre condiciones socioeconómicas, historia y prácticas de consumo, sobredosis, acceso a servicios de salud y antecedentes familiares de consumo y clínicos.

En la segunda fase, se seleccionaron 7 personas que reflejaron la diversidad de la población y se profundizó en sus historias individuales, así como en algunos resultados de la caracterización, sobre todo relacionado con antecedentes, inicios en el consumo, cambios durante el periodo de consumo en la práctica y en el sentido de ésta, u otras variables relevantes que se identifiquen a partir del análisis de los datos. Con esto, se transita de la

variable o del dato impersonal a la experiencia vivida y con ello se da paso al carácter comprensivo, esto es, la capacidad de colocarse en el lugar del otro y captar subjetividades como manifestaciones del vivir total. Esto significa, expresiones de las biografías operando en el marco de la historia colectiva, pero contextualizadas e implicadas por la cultura del grupo en que se inserta (63).

Para esta segunda fase se realizaron relatos biográficos (o narrativas de vida), los cuales buscaron “investigar el sentido de la experiencia humana común en lugares sociales específicos”. Estos relatos no pretenden ser una verdad sobre un hecho, sino la versión posible vivida, experimentada y sentida por un individuo (51).

Estos relatos biográficos se desarrollaron a partir de entrevistas abiertas que permitieron explorar hitos y hechos relevantes para los entrevistados, sin estructurarlo o encasillarlo en una pregunta. Por el contrario, se establecieron diálogos fluido que permitieron al investigador profundizar en los hechos, cuestionándolos y explorando detalles a partir de las reconstrucciones elaboradas por los individuos en su discurso sobre sus relaciones con distintas dimensiones objetivas y subjetivas que construyen su realidad social y producen sus sentidos en relación con las prácticas mismas del consumo.

En cuanto al análisis de la información secundaria recogida en la base del programa, se empleó el software estadístico STATA 15, del cual la Universidad del Valle cuenta con la licencia en la Escuela de Salud Pública para el análisis de los datos arrojados por el instrumento de caracterización. Con respecto al procesamiento de los relatos biográficos, se realizó la codificación de forma directa en las transcripciones de los audios, a partir de un árbol de categorías de codificación cerrada bajo los ejes de las dimensiones objetiva y subjetiva propuestas, pero se tuvo en cuenta categorías emergentes que enriquecieron el análisis y dieron respuesta a los objetivos específicos propuestos en la investigación.

Finalmente, para dar respuesta al objetivo tres se plantea un análisis de contenido en torno al concepto de práctica y sentido, aplicado al consumo por vía inyectada y las dinámicas en torno a este.

6.2 Población y muestra

Como se ha mencionado, el Distrito de Santiago de Cali, cuenta desde diciembre de 2015 con un programa de Reducción de Riesgos y Daños que atiende a personas inyectoras de

drogas (PID), con acciones que buscan reducir el impacto en su salud derivadas del consumo y dinámicas de vida en torno a este (habitabilidad en calle, poco autocuidado, diagnósticos médicos previos o nuevos (VIH, Hepatitis b y C, sífilis, entre otros).

A inicios de 2018 este Programa cambia de operador¹⁰, lo que conllevó a modificar y actualizar su base de usuarios. Para esto, se crea una matriz de registro de usuarios, conformada por 8 módulos (información de contacto, datos sociodemográficos, prácticas de consumo, antecedentes familiares de consumo y/o violencia, eventos de sobredosis, acceso a programas de reducción del consumo, acceso a servicios sociales y de salud, y diagnósticos médicos). Para esta investigación se tuvo acceso a dicha base, el 19 de agosto de 2019, a partir de la cual se contó con 265 usuarios para iniciar la depuración de la base.

Una vez se tuvo acceso a la base, se realizó la revisión de esta y posteriormente se depuró, teniendo en cuenta los siguientes pasos:

1. Se revisaron datos perdidos (no se realizó imputación¹¹ de los datos perdidos).
2. Se revisaron datos duplicados.
3. Se revisó la coherencia de la información del dato (Ej. Personas que manifiesten vivir sin VIH, pero reciben tratamiento antirretroviral).
4. Se realizó un duplicado de la base anonimizados (sin cédula, ni nombres) para realizar el análisis.

Una vez realizado este proceso se identificaron 118 usuarios con información incompleta, por lo cual se redujo la base a 147 usuarios. Posteriormente, a partir de las variables de análisis escogidas descritas en el apartado metodológico, se verificó la calidad de los datos registrados identificando datos perdidos. Se pudo establecer que en 7 registros la información se encontraba mal diligenciada o era inexistente. Por tal motivo, la base final se trabajó con registros de 140 usuarios.

Con respecto a las personas entrevistadas, se realizó una selección de 10 posibles entrevistados (5 hombres y 5 mujeres) a partir de los resultados obtenidos en el análisis

10 Los entes territoriales legalmente no pueden operar de forma directa, por lo tanto. Deben contratar a instituciones, generalmente a las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) para la ejecución de estos proyectos.

¹¹ Hace referencia a llenar las casillas vacías según un criterio determinado

cualitativo en el cual se clasificó la población en cuatro subgrupos, correspondientes a edad y género.

6.3 Variables

La base del Programa de Reducción de Riesgos y Daños de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, se encuentra dividida en 7 sesiones (variables sociodemográficas, consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes familiares de consumo y violencia, sobredosis por opioides, acceso a tratamientos para sustituir o abandonar el consumo, acceso a servicios sociales y de salud, y diagnósticos en salud), las cuales indagan sobre situaciones relacionadas con el consumo de SPA y situaciones relacionadas a este. La información brindada en esta base es amplia, y detallada principalmente en las variables sobre consumo. A partir del objetivo planteado para este estudio, se realizó la revisión de la base y se seleccionaron un grupo de variables con las cuales se dará respuesta a la caracterización planteada. Dichas variables que se muestran a continuación permiten un análisis con suficiencia y coherencia con los alcances de la investigación.

Tabla 3. Tipos de variables de caracterización

Variable	Definición operacional	Tipo de Variable	Valores posibles	Métodos de recolección
Edad	Edad de la persona al momento de realizar el registro	Cuantitativa discreta		Fuente secundaria, Secretaría de Salud Pública Municipal
Sexo	Sexo de la persona	Cualitativa nominal	Hombre, Mujer, Trans	
Identidad sexual	Reconocimiento personal sobre el patrón sexual y romántico	Cualitativa nominal	Hetero, Bisexual, Lesbiana, Homosexual, Otro	
Estado civil	Condición legal y civil de una persona en función de tener o no una pareja, que determina derechos y obligaciones de las personas.	Cualitativa nominal	Casado/a, Soltero/a, Separado/a, Viudo/a, Unión Libre, Divorciado/a	
Nivel de escolaridad	Nivel académico alcanzado en función de los años cursados y aprobados satisfactoriamente	Cualitativa ordinal	Primaria incompleta, primaria completa, Secundaria incompleta, Secundaria completa, Técnico, Tecnólogo, Profesional, Postgrado	

Actividad laboral	Actividades realizadas por la persona que le genera algún tipo de ingreso	Cualitativa nominal	Hurto, Empleo formal, Venta de SPA, Retaque, Trabajo sexual, Independencia, Venta ambulante, Desempleado, Estudiante
Número de hijos	Número de hijos de la persona al momento de realizar la encuesta	Cuantitativa discreta	
Hijos a cargo	Número de hijos que son responsabilidad del encuestado, en función de su manutención y demás requerimientos económicos y emocionales	Cuantitativa discreta	
Vinculación al SGSSS	Tipo de vinculación del encuestado al SGSSS	Cualitativa nominal	Subsidiado, Contributivo, No afiliado, Especial
Su padre consume o consumía alcohol	Antecedentes de consumo de alcohol del padre	Cualitativa nominal	Sí, No
Su padre consume o consumía cigarrillo	Antecedentes de consumo de cigarrillo del padre	Cualitativa nominal	Sí, No
Su padre consume o consumía otra sustancia psicoactiva	Antecedentes de consumo de SPA del padre	Cualitativa nominal	Sí, No
Su madre consume o consumía alcohol	Antecedentes de consumo de alcohol de la madre	Cualitativa nominal	Sí, No
Su madre consume o consumía cigarrillo	Antecedentes de consumo de cigarrillo de la madre	Cualitativa nominal	Sí, No
Su madre consume o consumía otra sustancia psicoactiva	Antecedentes de consumo de SPA de la madre	Cualitativa nominal	Sí, No
Algún familiar cercano a usted consume o consumía alcohol	Antecedentes de consumo de alcohol familiares distinto a padres	Cualitativa nominal	Sí, No
Algún familiar cercano a usted consume o consumía cigarrillo	Antecedentes de consumo de cigarrillo familiares distinto a padres	Cualitativa nominal	Sí, No
Algún familiar cercano a usted consume o consumía una sustancia psicoactiva diferente	Antecedentes de consumo de SPA familiares distinto a padres	Cualitativa nominal	Sí, No
Sustancias consumidas el mes previo a la primera inyección de drogas	Sustancias consumidas el mes previo a la primera inyección de drogas de la persona al momento de realizar la encuesta	Cualitativa nominal	Sí, No
Tiempo consumido por vía intravenosa	Tiempo transcurrido desde la primera inyección de cualquier droga	Cuantitativa discreta	

Lugar de inicio de consumo	Lugar en que consumió cualquier sustancia por primera vez, por vía intravenosa	Cualitativa nominal	Calle, Lugar público (parques), En una "olla", En casa de pareja/amigo/conocido, Su propia casa, Habitación/hotel/residencia
Persona con la que se inyectó la primera vez	Persona con la cual se inició en el consumo de drogas por vía intravenosa	Cualitativa nominal	Amigo(s), Pareja (novio/a, esposo/a, compañero/a), familiar, Solo/a, Con persona(s) conocida(s) que no considero amigo(s), Desconocidos
Sustancias consumidas en los últimos 6 meses diferente a la heroína	Sustancias consumidas distintas a la heroína	Cualitativa nominal	
Dinero invertido diariamente en consumo de SPA	Gasto de bolsillo para la compra de SPA	Cuantitativa discreta	
Número de sobredosis presentadas	Número de sobredosis presentadas de la persona al momento de realizar la encuesta	Cuantitativa discreta	
Uso del servicio de salud	Acceso al servicio de salud por parte de los encuestados	Cualitativa nominal	Ha visitado a un médico en el último año, No ha ido al médico por dificultades de acceso, Ha evitado usar el servicio por temor a la policía, Ha visitado a un médico hace más de un año
Número de comidas ingeridas al día	Número de comidas ingeridas al día de la persona al momento de realizar la encuesta	Cuantitativa discreta	
Acceso a servicios sanitarios y de aseo	Acceso a servicios sanitarios y de aseo de la persona al momento de realizar la encuesta	Cualitativa ordinal	Frecuentemente, Ocasionalmente, No tiene acceso
Sexo con parejas ocasionales durante los últimos 6 meses	Prácticas sexual esde riesgo por parejas ocasionales	Cualitativa nominal	Sí, No
Usa condón en relaciones sexuales con parejas ocasionales	Prácticas sexuales de riesgo con parejas ocasionales	Cualitativa nominal	Sí, No
Ha intercambiado sexo por drogas y/o dinero	Práctica de riesgo producto del intercambio de sexo por drogas y/o dinero	Cualitativa nominal	Sí, No

Con respecto a los relatos biográficos se realizó un abordaje desde dos dimensiones (objetiva y subjetiva). Cada una contiene ejes de indagación que guiaron el desarrollo de las entrevistas y que fueron ajustados de acuerdo con los resultados de la caracterización. Se proyectó que

a partir de las dimensiones y los ejes propuestos, emergieran categorías analíticas que se tuvieron en cuenta para el análisis de las prácticas y sentidos en torno al consumo de drogas inyectadas en su fase inicial y su desarrollo posterior.

Las dimensiones y ejes propuestos para abordar los relatos biográficos son:

Dimensión objetiva

- Trayectoria biográfica:
 - Relaciones y dinámicas familiares
 - Relaciones y dinámicas escolares
 - Relaciones y dinámicas con pares
 - Relaciones y dinámicas de pareja
 - Relaciones y dinámicas laborales
 - Relaciones y dinámicas contexto urbano
 - Contextos de consumo
- Dimensión subjetiva
 - Prácticas de consumo (Qué, cómo, donde, con quien)
 - Motivaciones para el consumo (por qué, para qué)

6.4 Recolección de información

Se solicitó autorización a la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali para el acceso y análisis de la base de registro de los participantes del Programa de Reducción de Riesgos y Daños del Municipio construida por el equipo del mismo programa. De igual forma, se solicitó permiso para realizar los relatos de vida con las personas inyectoras registradas por la Secretaría.

Los relatos de vida tuvieron como objetivo profundizar en situaciones relacionales y experiencias vividas que incidieron de forma directa o indirectamente en la toma de decisión de inyectarse drogas la primera vez y, continuar esta práctica de consumo. Estos relatos fueron realizados por el investigador principal, e inicialmente se desarrollaron en el espacio de atención del Programa de Reducción de Riesgos y Daños de la SSPM, esto con el fin de evitar la movilización de los participantes de su zona de tránsito por sus dinámicas y rutinas diarias. Sin embargo, a partir de las medidas de aislamiento por COVID-19, estas entrevistas se realizaron en la calle, en la zona de consumo de los usuarios durante sesiones de consumo

o post-consumo que dificultó en algunos casos el normal desarrollo de estas, y generando espacios de recuperación y de pausa en medio de las entrevistas.



Fotografía 1 y 2. Usuario preparando la dosis durante de heroína y basuco durante la entrevista.



Fotografía 3 y 4. Zona de consumo donde se realizó las entrevistas

Las personas que se seleccionaron para ser entrevistadas fueron contactadas de forma directa por el investigador en la zona de consumo del barrio Sucre, en la ciudad de Cali. Se contó con el apoyo del líder comunitario Cesar Augusto Londoño quien hace parte del programa y en algunos casos sirvió de puente entre las partes.

Una vez contactada la persona el investigador procedió a presentarse y presentar el consentimiento informado en el cual se hizo especial énfasis en la confidencialidad de la información suministrada y la identidad de los entrevistados, al igual que el fin netamente académico de la información. Cabe resaltar que todas las entrevistas fueron grabadas y se pidió autorización para grabar e igualmente para realizar las entrevistas, puesto que por las

condiciones de los entrevistados en algunas ocasiones diligenciar el consentimiento informado se tornó difícil.

El tiempo promedio por entrevista fue de una hora, sin embargo, por el tipo de información que se abordó, y por las dinámicas de los entrevistados principalmente de consumo, el tiempo varió significativamente en cada una de las entrevistas.

6.5 Plan de análisis

Con respecto al análisis de la información, cabe recordar que este estudio es cualitativo, con un componente cuantitativo que tiene como fin dar contexto a la investigación a partir de la caracterización de la población objeto. Por lo tanto, este componente cuantitativo se trabajó en la primera fase de análisis, para esto se empleó el programa de análisis estadístico STATA 15, con el cual se analizó la base de registro del Programa de Reducción de Riesgos y Daños de la SSPM. Se realizó un análisis univariados y bivarados, con el fin de establecer medidas de tendencia central, que permitieron establecer las características generales de la población inyectora del municipio de Santiago de Cali.

El componente cuantitativo, se centra en la construcción de relatos biográficos, los cuales fueron grabados en audio y posteriormente transcritos por una socióloga graduada de la Universidad del Valle que fue contratada por el investigador principal para tal fin. Una vez transcritos, los audios fueron categorizados de forma directa en el texto, empleándose dimensiones propuestas para el análisis, y las categorías analíticas emergentes identificadas.

Para finalizar, se trabajaron tanto los datos analizados en la base, como en los relatos biográficos a partir de la triangulación de la información. Para esto, se comparó la información obtenida en ambos procesos. Con esto se propuso una aproximación al evento de estudio, a partir de dos técnicas diferentes, pero que permiten complementar la información entre sí.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la escritura de las consideraciones éticas se tomaron como referente 3 de las 25 pautas propuestas para la Organización Mundial de la Salud, en el documento de Pautas CIOMS. Las pautas que sirven de referencia son:

- Pauta 6: atención de las necesidades de salud de los participantes.

- Pauta 9: personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado pauta.
- Pauta 12: recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud,

Debido al tipo de estudio realizado, los riesgos son mínimos, puesto que se trató de un proceso que se limitó a la solicitud de información la cual fue totalmente voluntaria y confidencial. Siendo justo la voluntad, la confidencialidad y el anonimato, las herramientas empleadas para reducir cualquier situación de incomodidad o malestar sentido por los/las informantes que participaron en la investigación.

De igual forma, cabe anotar que, durante la construcción de los relatos de vida, no se presentaron situaciones emocionales que alteraran la tranquilidad y el estado de ánimo de los/as entrevistadas.

Respecto a la voluntad de participar en la investigación, se diseñó un formato de consentimiento informado, el cual se entregó para ser firmado por los entrevistados, sin embargo, en la mayoría de los casos por el contexto de las entrevistas no fue firmado por los informantes, motivo por el cual se realizó de forma verbal y se grabó la aceptación. En este se precisaron los objetivos de la investigación, su alcance, el deseo de retirarse, duración, usos, riesgos y beneficios de la investigación para la comunidad o sociedad en general, así como su contribución al conocimiento científico. En este documento se explicita la adquisición de compromisos por parte del investigador en relación con la custodia de la información recolectada.

Frente a las medidas que se tomaron para asegurar el respeto a la privacidad y confidencialidad, el investigador principal y equipo de investigación e intervención, fueron las únicas personas en tener acceso a los datos¹².

Toda la información se encuentra en medio magnético, la cual fue asegurada por medio de carpetas cifradas en el computador del investigador principal. Esta información no será

¹² Cabe resaltar que por el tipo de población y el entorno en el que se realizaron las entrevistas, se estableció que la mejor forma de garantizar la protección de los entrevistados y el investigador fue realizar la entrevista de forma abierta en la vía pública y sin anonimato. Puesto, que el hacerlo de forma anónima en espacios cerrados genera suspicacias entre los actores de la comunidad, más cuando se trata de un entorno marcado por la ilegalidad. De igual forma, es importante mencionar que posterior a la investigación se ha tenido contacto con algunos entrevistados y entrevistadas y, con miembros del programa para corroborar que las entrevistas no les hubiesen generado algún tipo de conflicto o riesgo en el territorio.

enviada por ningún motivo a través de medios electrónicos, ni será accesible a otros usuarios. Al finalizar cada entrevista se solicitó permiso mediante a los participantes sobre su deseo de archivar o no la información suministrada para para futuras investigaciones o entrega a organizaciones para fines académicos, se especificó a los participantes que aceptaron que la información suministrada será guardada de manera permanente por el investigador, y que, además, será utilizada exclusivamente para fines académicos e investigativos. Los resultados serán divulgados al finalizar el estudio y estarán a disposición de los y las participantes y comunidad en general.

Con el fin de minimizar los riesgos para el investigador y garantizar que las actividades se cumplieran según lo estipulado, respetando así el tiempo de los y las participantes, se plantearon las siguientes estrategias:

- Los relatos de vida se realizarán en el espacio del programa¹³ y en el momento en que el participante considere, al entender que, debido al consumo y la sustancia consumida, el riesgo de generar un síndrome de abstinencia es alto y requiera ausentarse. Sin embargo, se le propondrá una cita previa, sin que esto implique la no modificación de esta, o la posibilidad de realizar en otro momento que considere el participante.
- Se hará especial énfasis en que la investigación solamente es realizada con fines académicos sin ningún tipo de conflicto de interés por parte del investigador.
- Siempre se contará con el documento de identificación de parte del entrevistador.
- Durante las entrevistas siempre se mantendrá una actitud neutral, de imparcialidad, sin hacer juicios de valor sobre los relatos de los y las entrevistadas. Se responderá amable y respetuosamente a todas las preguntas que realice el participante y, finalmente se agradecerá por el tiempo otorgado para las entrevistas.

¹³ Como se ha mencionado previamente, por las normas de bioseguridad normadas en el decreto 457 de 2020 en el que se decretó aislamiento preventivo obligatorio a causa de la pandemia de COVID 19, las entrevistas iniciaron fue del cronograma inicialmente propuesto, y se realizaron en la vía pública, en donde se da el consumo de heroína en la ciudad.

- En caso de contar con equipos tales como cámaras de video o fotográficas, grabadoras periodistas, etc. se explicará su utilidad y funcionamiento y, únicamente se procederá a hacer uso de estas con la debida autorización de los participantes.

Declaración de conflicto de intereses

El proyecto de investigación ENTRE LA VIDA Y EL CONSUMO: ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS DE CONSUMO A PARTIR DE LOS RELATOS DE VIDA DE PERSONAS INYECTORAS DE DROGAS EN CALI, se encuentra en el marco del trabajo de grado del estudiante Carlos Felipe Muñoz Barreneche, quien curso asignaturas para optar al título de la Maestría de Salud Pública de la Universidad del Valle. El producto de la investigación será cedido por el investigador a la Universidad del Valle, la cual no tienen otro fin que aportar a la investigación académica, que sirva de insumo para la toma de decisiones a nivel nacional, regional y local. Es importante mencionar que el investigador hace parte del Programa de Reducción de Riesgos y Daños del municipio de Santiago de Cali, sin embargo, a partir de la naturaleza de la investigación, la cual recae sobre los participantes del programa y no sobre el programa mismo, se garantiza que no habrá situaciones que lleven a sesgar los resultados ni a tener intereses económicos para desarrollar esta investigación. Tampoco existen intereses por parte de ninguna organización para llevar a cabo el estudio en mención.

8. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos tanto en la caracterización de la población, como de los relatos de vida propuestos.

8.1 MÁS ALLÁ DE LAS CIFRAS

En el presente apartado se exponen los resultados del análisis univariado y bivariado realizado a partir de la base de caracterización de los usuarios atendidos en el programa de reducción de riesgos y daños en la ciudad de Cali.

En primer lugar, se presentará los datos generales de la población a partir de sus características demográficas, para posteriormente profundizar en sus antecedentes familiares de consumo y violencia, además de sus prácticas de consumo y de autocuidado. A continuación, a modo de síntesis se expondrá en una infografía un comparativo por grupo de

edades y sexo de las PID caracterizadas que permitan una aproximación en las diferencias y similitudes a partir de estas dos variables y el impacto en sus condiciones de vida y salud.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PID ENCUESTADAS EN EL PROGRAMA

La población registrada en el Programa corresponde principalmente a hombres, concentrando al 86% (121) del total, frente al 14% (19) de mujeres. Con respecto a su identidad sexual, tanto en hombres como en mujeres se identifican como heterosexuales (98,3% y 78,9% respectivamente). Para el caso de los hombres, el 0,1% se identificó como bisexual, mismo porcentaje para quienes se identificaron como homosexuales, mientras que en las mujeres el 10,5% se identificó como bisexual, igual proporción de quienes se reconocen como lesbianas (3 personas no reportaron información).

Tabla 4. Identidad sexual por sexo									
SEXO	BISEXUAL	%	HETEROSEXUAL	%	HOMOSEXUAL	%	LESBIANA	%	Total
HOMBRE	1	0,8	116	98,3	1	0,8	0	0,0	118
MUJER	2	10,5	15	78,9	0	0,0	2	10,5	19
Total	3	2,2	131	95,6	1	0,7	2	1,5	137
Fuente: Elaboración propia									

Del total de la población, 95% se reconoció como heterosexual, mientras que el 5% restante se identificó como bisexual, homosexual o lesbiana. Estos datos se aproximan a los publicados por el Observatorio de Drogas de Colombia en 2015 (H en Colombia), en el cual se reporta, con base en información del Sistema único de Indicadores sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas -SIUCAD-, que entre 2012 y 2014, el 2,8% de las Personas Inyectoras de Drogas -PID- se reconoció como gay, lesbiana o bisexual.

Con respecto a la edad, el 100% se encuentra en edades productivas por debajo de los 50 años, con un mínimo de 17 y un máximo de 47 años. El 94% de la población es menor de 40 años, siendo el grupo entre los 24 a 31 años el de mayor contribución con el 55%, seguido

del grupo de 32 a 39 que representa el 20%. El grupo que abarca a las personas entre 17 y 23 años es el tercero con el 19%, finalizando el grupo de 40 a 47 años que representan el 6%.

Tabla 5. Grupo de Edades			
(GRUPO EDADES)	Freq.	Percent	Cum.
17-23	26	18.71	18.71
24-31	76	54.68	73.38
32-39	28	20.14	93.53
40-47	9	6.47	100.00
Total	139	100.00	
Fuente: Elaboración propia			

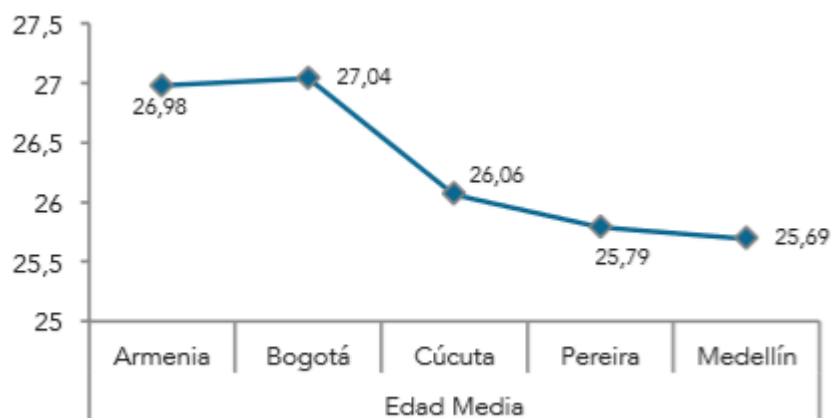
Al comparar los grupos de edad por sexo, la tendencia es similar en hombres y mujeres. La mayor participación se concentra en el grupo de 24 a 31 años. Para el caso de los hombres el segundo grupo con mayor representación es el de 17 a 23 años, seguido de 32 a 39 años y finalmente el de 40 a 47 años. Para el caso de las mujeres, se registraron el mismo número de casos en los grupos de 17 a 23 años y el de 32 a 39 años, mientras que no se registraron casos entre 40 a 47 años.

Tabla 6. Número de hombres y mujeres según grupos de edad					
SEXO	17-23	24-31	32-39	40-47	Total
HOMBRE	21	67	23	9	120
MUJER	5	9	5	0	19
Total	26	76	28	9	139
Fuente: Elaboración propia					

Según los datos la población inyectora de drogas atendida por el programa de Reducción de Riesgos y daños de Cali, tiene un promedio de edad de 29 años, con un mínimo de 17 y un máximo de 47 años. En términos generales, se puede concluir que los PID registrados, corresponde principalmente a hombres en edades productivas, menores de 40 años (93%). Esta información se aproxima a los datos arrojados por otros estudios realizados en el país. Para el caso de Cali (CES, Observatorio) en 2012, el 90 de los consumidores de heroína inyectada en la ciudad fueron hombres. En 2015, según informe del SUICAD, el 58% de quienes usaron heroína se encontraban entre los 18 y 26 años. Por otra parte, el estudio Mejía (2003) sobre consumo de drogas inyectables en la capital del país, identificó que la edad promedio de consumo fue de 27 años, mientras que para Medellín en 2010, fue de 20 años.

Este patrón se presenta de forma reiterativa en los estudios realizados en diferentes ciudades colombianas como se puede evidenciar en la siguiente gráfica.

Gráfica 1. Edad media de las PID en serie CES, 2014



Fuente: La heroína en Colombia, ODC, 2015.

Con respecto al estado civil de las PID objeto de este análisis, se encontró que el 86% son solteros/as, el 7% viven en unión libre, el 6% son separados/as, mientras que el 0,7% son viudos/as. El 48% tiene al menos un hijo/a, presentándose una mayor proporción de quienes tienen hijos en personas separadas (88%), unión libre (90%) y viudas (100%). Entre los solteros la mayor proporción se encuentra en el grupo de quienes no tienen hijos (58%).

Tabla 7. Estado civil por número de hijos					
ESTADO CIVIL	TIENE HIJOS				Total
	NO	%	SÍ	%	
SEPARADO/A	1	13	7	88	8
SOLTERO/A	70	58	50	42	120
UNIÓN LIBRE	1	10	9	90	10
VIUDO/A	0	0	1	100	1
Total	72	52	67	48	139
Fuente: Elaboración propia					

Entre quienes tienen hijos, el 67% tiene 1 hijo/a, el 25% tiene 2, el 5% tiene 3 y el 2% tiene 4 hijos, 66% contestó que no tiene a ningún hijo/a a cargo, el 24% tiene a 1 a cargo, el 5% a 2, el 3% a 3 y el 2% a 4.

Con respecto a la educación, el 57% no concluyó la educación básica, el 32% culminaron la educación básica secundaria, el 9% ha cursado o se encuentra cursando cursos de formación técnica y/o tecnológica, mientras que el 2% cursó o cursa actualmente una carrera de nivel profesional.

Al revisar la actividad económica prioritaria durante los últimos 6 meses, 48% del total de personas encuestadas desempeña actividades laborales como independiente. La mayoría manifiestan tener trabajos principalmente relacionados con reciclaje y monte y descargue de camiones en los centros de acopio de alimentos mayoristas (galerías, mercados). Con respecto a los desempleados, el porcentaje alcanza el 13%, el empleo formal corresponde al 3% y aquellos que se encuentran estudiando al 0,72%. Las demás actividades reportadas, son reflejo del contexto en el que se desenvuelve esta población y las dinámicas que se expresan en poblaciones en situaciones de calle (principalmente), estas actividades son: el hurto con un 3%, el retaque¹⁴ 13%, trabajo sexual el 2% y ventas ambulantes, el 16%.

Tabla 8. Principal actividad económica en los últimos 6 meses		
ACTIVIDAD	Freq.	Percent
INDEPENDIENTE	67	48.20
VENTA AMBULANTE	22	15.83
DESEMPLEADO	18	12.95
RETAQUE	18	12.95
EMPLEO FORMAL	4	2.88
HURTO	4	2.88
TRABAJO SEXUAL	3	2.16
VENTA DE SPA	2	1.44
ESTUDIANTE	1	0.72
Total	139	100.00

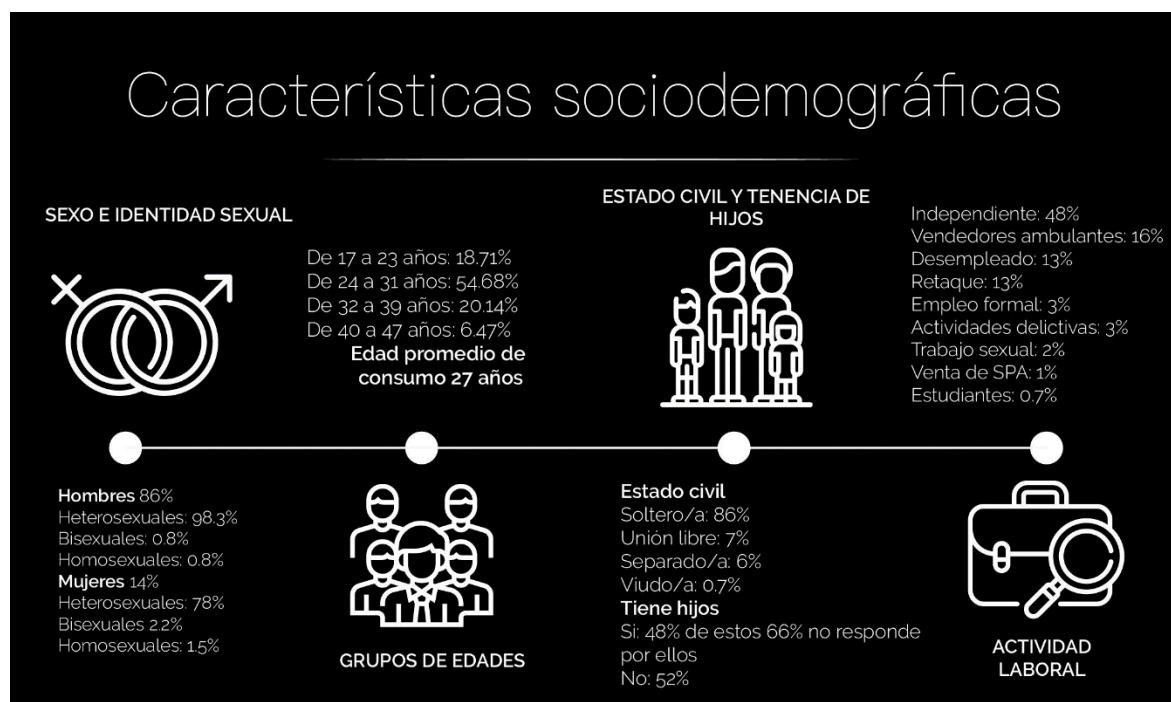
En cuanto al aseguramiento, el 11% se encuentra afiliado al régimen contributivo, el 69% al régimen subsidiado y el 20% restante se encuentra como población pobre no asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta situación, concuerda con las características anteriores de la población, la habitabilidad en calle, bajo nivel educativo y trabajo principalmente en la informalidad o el retaque. Vale anotar que el porcentaje de

¹⁴ Retaque es una palabra redireccionada de retacar, la cual significa en el argot popular: pedir dinero o hacer labores no convencionales, como lavar parabrisas en los semáforos.

afiliados al régimen contributivo se puede explicar a partir de la vinculación como beneficiarios de un familiar, generalmente el padre o la madre.

La gráfica a continuación presenta a modo de síntesis las características sociodemográficas de la población caracterizada:

Gráfica 2. Características sociodemográficas



ANTECEDENTES DE CONSUMO DE SPA Y/O VIOLENCIA FAMILIAR

Otro aspecto importante para el análisis tiene relación con los antecedentes familiares de consumo de sustancias psicoactivas y de violencia. Al indagar sobre este tema, el 64,75% reportaron que tanto el padre, como la madre no han presentado consumo de sustancias psicoactivas distintas al alcohol y el cigarrillo y el 5% refirió positivamente a la pregunta. En los casos en que uno de los dos consumió (padre o madre), se evidencia mayor consumo de los padres con respecto a las madres, 26,62%, frente al 3,60% respectivamente.

Tabla 9. Su padre y/o se madre consumían o consumen alguna SPA distinta a alcohol o cigarrillo			
	Freq.	Percent	Cum.
AMBOS	7	5.04	5.04
MADRE	5	3.60	8.63
NINGUNO	90	64.75	73.38
PADRE	37	26.62	100.00
Total	139	100.00	

Con respecto al consumo de alcohol y/o cigarrillo entre los padres y las madres, se pudo evidenciar que se presenta mayor prevalencia de consumo para ambas sustancias entre los padres. Para el caso del consumo del alcohol quienes afirmaron que su padre consumía o consume alcohol corresponde al 64,18%, frente al 36,5% de quienes reportaron este consumo en las madres. Para el caso del consumo de cigarrillo se reportó un 36,27% de los padres, mientras en que las madres, el 38,24%.

Tabla 10. Presencia de consumo de alcohol y/o cigarrillo en padre y/o madre				
	Consumió o consume alcohol		Consumió o consume cigarrillo	
	Madre	Padre	Madre	Padre
No	63,5	35,82	61,76	53,73
Sí	36,5	64,18	38,24	46,27
Total	100	100	100	100
Fuente: Elaboración propia				

Al indagar antecedentes de violencia en el hogar, un poco más de la mitad de las y los encuestados (54,68%), han sido víctimas o han presenciado situaciones de agresión en el hogar. Una de las limitantes que presenta la base es que no especifica los tipos de violencias presenciadas o vividas.

Tabla 11. Ha presenciado o ha sido víctima de agresiones en su hogar			
	Freq.	Percent	Cum.
NO	63	45,32	45,32
SI	76	54,68	46,76
Total	139	100	
Fuente: Elaboración propia			

A continuación, la gráfica sintetiza los antecedentes de consumo y violencia a nivel familiar:

Gráfica 3. Antecedentes de consumo



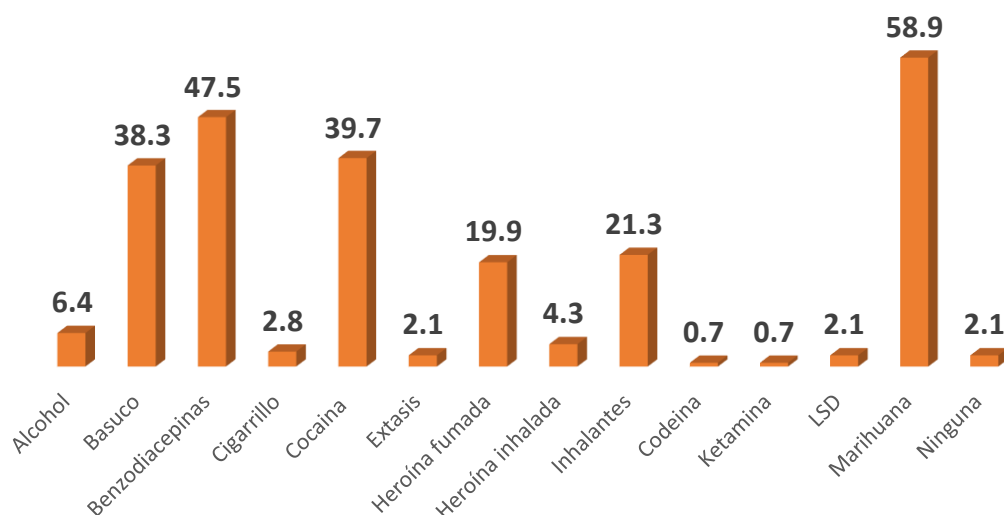
CONSUMOS INICIALES¹⁵

Al indagar sobre consumos previos al inicio de la inyección de drogas, se pudo establecer que el mes antes de inyectarse drogas por primera vez, el 98% consumían algún tipo de sustancia y el 67% eran policonsumidores¹⁶. Con respecto a la cantidad de sustancias consumidas, el 37% consumía 1, el 20% consumía 2, el 10% consumía 3, el 19% consumía 4, el 7% consumía 5, el 2% consumía 6, 1% consumía 7 y el 2% consumía 8 sustancias. En cuanto a las sustancias consumidas, las 5 principales sustancias consumidas el mes previo a la primera inyección fueron: marihuana consumida por el 58,9%, benzodiacepinas por el 47,5%, cocaína el 39,7%, basuco el 38,3% e inhalantes el 21,3%.

¹⁵ Una de las limitantes que se presenta en este estudio es el establecer la edad de inicio, puesto que en la base se preguntó por el tiempo desde la primera punción y no por la edad.

¹⁶ Consumo frecuente de más de una sustancia psicoactiva.

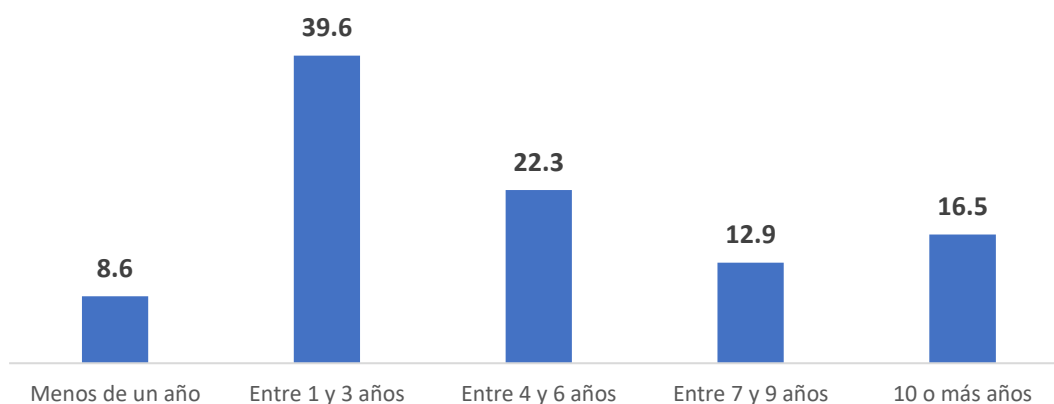
Gráfica 4. SPA consumidas 1 mes antes de iniciar a inyectarse



Fuente: Elaboración propia

Al indagar el inicio del consumo inyectado, se observó que poco menos del 50% de los usuarios tienen trayectorias de consumo de 3 años o menos. En este sentido, el 39,6% entre 1 a 3 años, el 22,3% lo hace de 4 a 6 años, 12,9% entre 7 a 9 años, el 16,5% hace más de 10 años y el 8,6% se inyecta desde hace menos de un año. De igual forma, se pudo evidenciar que la primera inyección la realizó principalmente con un amigo/a (51,81%) o solo (37,41%) y en algunos casos esta primera vez se realizó con familiares, la pareja o con desconocidos.

Gráfica 5. Tiempo de la primera punción de SPA



Fuente: Elaboración propia

Los lugares donde iniciaron el consumo fueron: en una “olla”¹⁷ (56%), en la calle (15%), en su propia casa (12%), en un parque (10%), en la casa de la pareja o un amigo (5%) y en una habitación/hotel/residencia (2%). En cuanto a los motivos, el 50% afirmó la curiosidad como su principal motivación, el 26% manifestó que pensaban tener mejores efectos que los tenidos con otras sustancias, el 13% lo hizo por depresión y el 11% por otros motivos, entre ellos la influencia de amigos, síndrome de abstinencia producto del consumo de heroína fumada, superación de episodios traumáticos y coyunturas que promovieron el tránsito del consumo fumado al inyectado (humedad de la heroína¹⁸, acceso a parafernalia para inyección y no para fumarla, entre otras).

La siguiente gráfica presenta un resumen de las condiciones que marcaron el inicio del consumo por vía inyectada de las personas vinculadas al programa de reducción de riesgos y daños.

Gráfica 6. Consumos iniciales



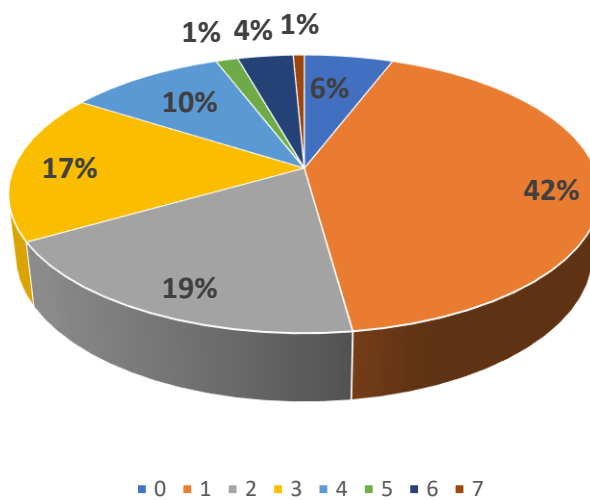
¹⁷ Espacios de venta y consumo de SPA, también llamados espacios de tolerancia.

¹⁸ La heroína para ser fumada debe estar totalmente seca, puesto que la contacto con el agua esta se disuelve de forma inmediata, y no es posible consumirla por vía fumada y/o aspirada/esnifada, solo por vía inyectada.

PRÁCTICAS DE CONSUMO ACTUAL

Las personas caracterizadas que son consumidoras exclusivas de heroína inyectada corresponden al 6%, el 94% restante son policonsumidores(as). En los últimos 6 meses, el 42% consumió una sustancia distinta a la heroína, el 19% consumió 2 sustancias, el 17% consumió 3, el 10% afirmó haber consumido 4, el 1% consumió 5, el 4% aseguró haber consumido 6 SPA distintas a la heroína inyectada, mientras que el 1% consumió 7 sustancias distintas. Entre las principales, se identificó la marihuana, el basuco, las benzodiacepinas, la cocaína y los inhalantes.

Gráfica 7. No. SPA consumidas últimos 6 meses distinta a heroína

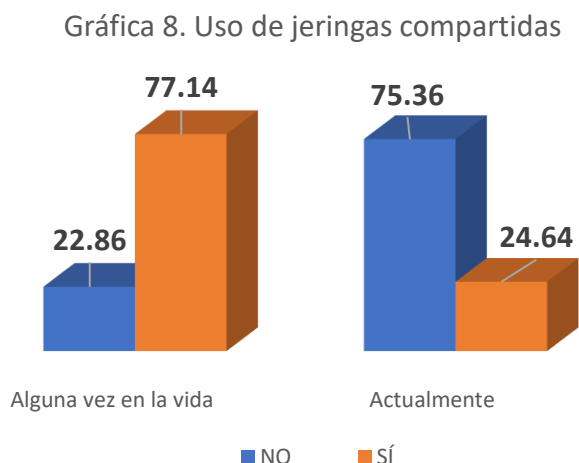


Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la frecuencia de consumo, el 62,14% respondió que se inyecta 4 o más veces al día, seguido por quienes se inyectan entre 2 a 3 veces por día que corresponden al 30,71%. Quienes se inyectan 1 vez al día representan el 7,14%. En cuanto al gasto de bolsillo diario para suplir el consumo de SPA, el promedio es de \$30.600 (9 USD) con un mínimo de \$5.000 (1,5 USD) y un máximo de \$90.000 (27 USD). Se registraron 3 casos en los que reportaron el costo total mensual resultado de un aprovisionamiento mensual de \$300.000, \$400.000 y \$600.000 respectivamente.

Al indagar sobre prácticas de consumo, se evidencia un cambio sobre el uso compartido de jeringas antes de ingresar al Programa y el momento actual en el que se encuentran

vinculados a este. Se puede establecer una disminución, ya que mientras el 77,14% de los encuestados manifestaron que han compartido jeringas alguna vez en su vida, el 24,64% lo hace actualmente, como se muestra en la gráfica.



Fuente: Elaboración propia

Además del uso compartido de jeringas, se identificaron otras prácticas de riesgo, entre las que se encuentran: la punción realizada por un tercero al cual le ha pagado por esta acción¹⁹ (53,57%), sacar la dosis (heroína) de mezclas²⁰ previamente realizada por otra persona, la cual también ha sacado su dosis de la misma preparación (42,86%) y dividir la mezcla (heroína), pasando la dosis de una jeringa a otra (62,14%). El 49,64% confirmó que se ha inyectado con jeringas con mezclas listas o premezcladas, sin embargo, el 86,33% confirmó que al menos una vez alguien intentó venderle la jeringa con la mezcla de heroína lista.

En cuanto al uso de la parafernalia o implementos empleados en la punción, el 88,57% afirmó reutilizar la jeringa. Si bien esta práctica no tiene riesgos de transmisión de virus (VIH, VHB, VHC) en cuanto no sea compartida o reutilizada de otra persona, los principales riesgos se centran en infecciones cutáneas, bacterianas, heridas en la dermis (rupturas, accesos, laceraciones, entre otros). Por otra parte, el 43,57% usa cazoleta²¹ para mezclar la sustancia,

¹⁹ En la mayoría de los casos se registró este proceso en el momento del inicio del consumo, en el cual las personas buscaron ayuda en personas con experiencia en la punción realizada en el consumo inyectado.

²⁰ Cuando se habla de mezcla, se refiere a la dilución de la heroína en agua.

²¹ Cucharilla de aluminio en la cual se realiza la mezcla de la heroína con el agua, que sirve como recipiente para calentar y filtrar la mezcla antes de la punción.

de estos, el 36,43% cocina²² la mezcla antes de la punción. Además de esto, el 61,15% manifiestan que filtran²³ la sustancia. Este dato es posiblemente más elevado que aquellos que usan la cazoleta para la mezcla, posiblemente porque realizan las mezclas en las bolsas de plástico donde se vende la heroína, y posteriormente la filtran, sin la posibilidad de cocinar la sustancia (que, siguiendo esta posibilidad, presenta un porcentaje menor como se puede evidenciar).

En el momento de la punción, 82,86% afirmaron alternar las venas y 84,78% alteran el punto en el que se inyectan. Con respecto a sobredosis, 47,14% manifestó que han experimentado sobredosis en un 98%, causado por el consumo de heroína. Entre los posibles motivos desencadenantes del evento se registró la mezcla de heroína con otras sustancias, principalmente benzodiacepinas, alcohol, basuco y cocaína; consumo posterior a un periodo de abstinencia; aumento de la dosis; desconocimiento de la dosis consumida; cambio de dealer (proveedor) y aumento de la calidad de la heroína²⁴ consumida regularmente.

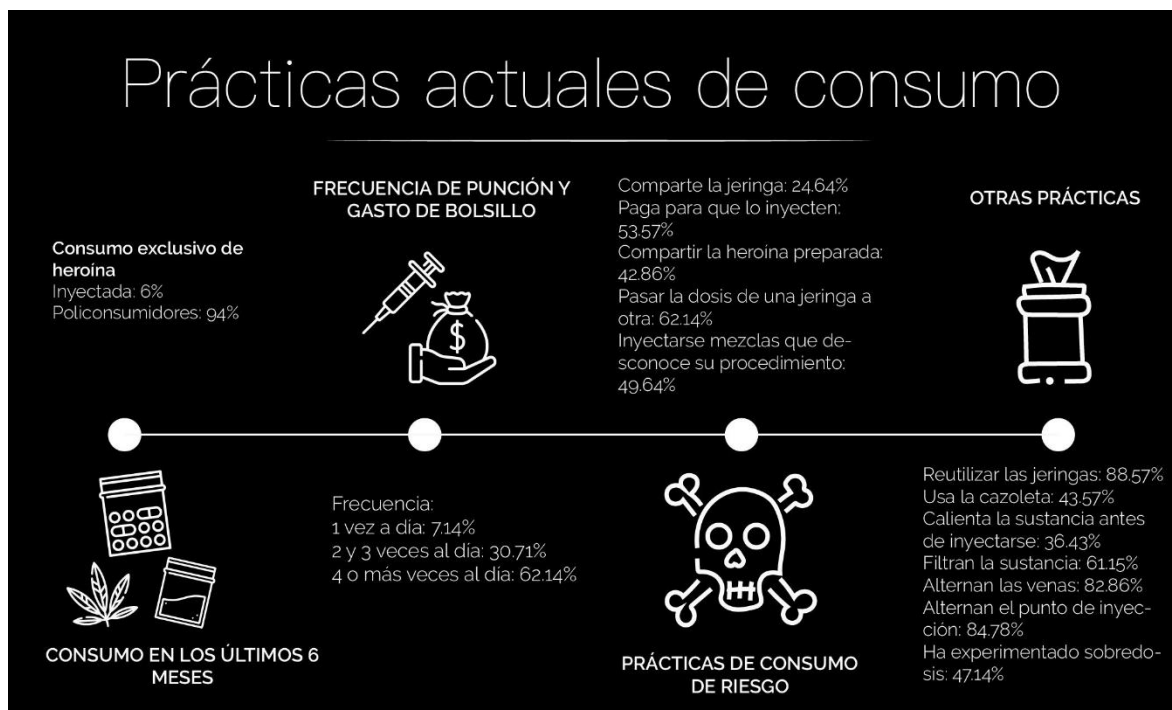
A continuación, se presenta a modo de síntesis los resultados sobre prácticas actuales de consumo.

²² Hace referencia a calentar la mezcla para eliminar posibles bacterias en las sustancias y disminuir los riesgos de infecciones.

²³ Para filtrar la sustancia se emplean motas de algodón que se ponen en la mezcla, para posteriormente absorber la sustancia colocando la punta de la jeringa sobre el algodón.

²⁴ La calidad de una SPA hace referencia al porcentaje real que contiene una dosis de la sustancia esperada. Esto se da a partir de las dinámicas del mercado ilegal, en el cual, se espera una alta rentabilidad de la sustancia por parte del dealer. Situación que logran adulterando la sustancia con otras sustancias con propiedades fisiológicas similares a la sustancia inicial. Resultando con esto que la dosis consumida está compuesta por distintas sustancias que alteran su calidad y pureza, reduciendo el porcentaje de la sustancia esperada por el consumidor.

Gráfica 9. Prácticas actuales de consumo



PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

Además de las prácticas de consumo de las personas caracterizadas, se indagó sobre acceso a alimentación, servicios sanitarios y prácticas sexuales. Con respecto a la alimentación, el 41% manifestó que toma 3 comidas al día, seguido de aquellos que toman habitualmente dos comidas diarias que corresponden el 27,34%, 4 o más comidas el 23,02% y una comida el 8,63%. Con respecto a las comidas que priorizan, el 55,47% manifestó que la comida más importante es el desayuno, seguido del almuerzo con el 37,23%, mientras que la comida (cena) es prioritaria para el 7,30%.

En cuanto al acceso a servicios sanitarios y de aseo, el 72,46% manifestó acceder frecuentemente a estos servicios, el 17,39% contestó que el acceso que tienen es ocasional, mientras que el 10,14% no tiene acceso a estos servicios. De quienes acceden de forma frecuente u ocasional, 48,46%, lo hacen principalmente en vivienda particular 27,69% en residencias o pensiones, 10,77% en fundaciones y el 6,92% lo hacen a través de baños públicos.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta con respecto al autocuidado fue el relacionado con las relaciones sexuales. Frente a la pregunta si han tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 6 meses, el 56% contestó afirmativamente, frente al 44% que contestó en sentido contrario. Al indagar sobre el uso de condón con parejas ocasionales, el 15% contestó no usar preservativo en estos encuentros. En la última relación sexual (sin importar si es pareja ocasional o no) se identificó que 1 de cada 3 encuestados no usó preservativo

En cuanto a la práctica de realizar intercambios de sexo por drogas, el 31,88% aseguró que sí ha ejercido esta práctica, de estos, el 47,05% realizó intercambios exclusivamente con mujeres, el 41,17% exclusivamente con hombres y el 11,76% con hombres y mujeres.

Gráfica 10. Prácticas de autocuidado



Si bien los resultados arrojados en el análisis permiten identificar a una población principalmente de hombre, habitantes de calle policonsumidores y con inicios tempranos en el consumo inyectado, al analizar por género, se identifican algunas situaciones que permiten profundizar en condiciones de inequidad, diferencias en las condiciones de vida y salud, y estigmas y afrontamientos diferentes de las sustancias y del entorno.

En este sentido, se puede evidenciar que, si bien la proporción de mujeres es menor sus condiciones de vulnerabilidad y riesgo son mayor que el de los hombres, esto concuerda con la literatura entorno al estigma y la discriminación entre personas consumidoras, que para el caso de las mujeres significa mayores barreras de acceso a servicios y desarrollos más tempranos de impactos en la salud mental y física derivada del consumo, con respecto a los hombres.

Este aspecto es clave para aproximarse a las distintas realidades, significados y prácticas entorno al consumo inyectado de drogas, y profundizar en los distintos campos abordados en la caracterización. Por lo anterior, para la construcción de los relatos de vida se seleccionaron a 8 personas, 4 hombres y 4 mujeres, de diferentes grupos de edades (17 a 23, 24 a 31, 32 a 39, 40 a 47 años). Para el caso de las mujeres, en la caracterización no se registraron mayores de 40 años, motivo por el cual inicialmente se propuso entrevistar a dos mujeres pertenecientes a un mismo grupo de edad, sin embargo, por la dificultad de acceder al territorio en medio de la cuarentena obligatoria por COVID 19 y al identificar información similar en las 3 mujeres entrevistadas, y consultado con el director de tesis, se decidió no realizar más entrevistas; al final fueron 7 (4 hombres y 3 mujeres).

8.2 ENTRE LA VIDA Y EL CONSUMO: CONOCER, APRENDER, CONSUMIR Y SENTIR

Finalizada la caracterización y con la salvedad realizada al final del capítulo anterior sobre el número de entrevistados, cabe resaltar que el proceso de recolección de información tal y como se llevó a cabo fue muy enriquecedor para esta investigación y para el investigador. Esto se debe a que tras la imposibilidad de realizar las entrevistas en un espacio cerrado y desarrollarlas, en cambio, en la vía pública, supuso una serie de retos en cuanto al contacto con los informantes, los equipos utilizados (aislamiento del sonido ambiente), los lugares donde se realizaron las entrevistas²⁵ y las posibilidades de intercambios comunicativos con el entrevistado y con el entorno²⁶.

²⁵ Durante una entrevista realizada en la vía pública en la zona conocida como la “Calle del H”, tanto el entrevistado como el entrevistador fueron increpados por un grupo de personas del sector, puesto que al parecer se ubicaron en una zona de expendio y el uso de la grabadora generó incomodidad entre estos.

²⁶ Es relevante mencionar que, estar en los espacios cotidianos de las personas y acompañar sus actividades cotidianas (principalmente de consumo) ampliaron las posibilidades tanto de indagación directa como indirecta por parte del investigador.

En este capítulo se abordarán los relatos sobre el consumo de un grupo de usuarios de drogas inyectadas a partir de sus experiencias, profundizando en aquellos hitos o pruebas sociales y vivencias entorno a las sustancias y las relaciones construidas con estas (65). Con esto se pretende una aproximación a un grupo de personas que reflejan dinámicas y particulares de sus consumos bajo un contexto específico, sin generalizar la explicación de los sentidos del consumo o sus prácticas, puesto que se reconoce los procesos de individualidad y las diferencias en cuanto a los sentires de cada uno de los entrevistados y entrevistadas. A continuación, los resultados serán presentados a partir de las siguientes tres categorías ordenadoras del contenido, tomadas y adaptadas del estudio Outsider: hacia una sociología de la desviación de autoría de Howard Becker (66).

- **Conocer:** hace referencia al proceso de acercamiento inicial a una/s sustancia/s, en el cual un individuo conoce su existencia y construye un primer vínculo y/o significado de éstas. Durante este acercamiento inicial puede o no presentarse consumo.
- **Aprender:** tiene lugar cuando un individuo presenta consumos iniciales exploratorios de una sustancia/as y, por ende, se hace necesario adquirir conocimientos para su uso y consumo, efectos esperados, riesgos, entre otros. Dentro de este proceso son relevantes dos aspectos en la consolidación de proceso de consumo, el acceso que implica: dónde, cómo y con quién adquirirla y la técnica que supone: cómo consumirla.
- **Consumir:** hace referencia a prácticas más o menos recurrentes de consumo, tipos de sustancias, edades de inicio, formas de consumo y contextos. Igualmente, refleja la producción y transformación de los sentidos y las prácticas de consumo en la trayectoria de vida y en los diferentes periodos de consumo.

Los principales hallazgos de este estudio se desarrollarán en función de las anteriores categorías de la siguiente manera: el conocer y aprender se abordarán a partir de dos escenarios recurrentes en las entrevistas: la familia y los amigos o pares. El consumo, desarrollado a partir de las prácticas y sentidos se expondrá en un tercer momento y abordará el momento inicial con sustancias distintas a la heroína y posteriormente el uso de la heroína por diferentes vías de administración.

Familia

Se identificó que la familia es uno de los principales espacios donde se da el primer acercamiento y conocimiento sobre las SPA, a partir de expresiones culturales, asociadas con rituales, celebraciones y congregaciones de carácter festivo o conmemorativo.

En las dinámicas familiares, se observaron tres tipos de disposiciones respecto al consumo, a saber: 1) consumo de SPA socialmente aceptadas, 2) aceptación por parte de algunos miembros de la familia del consumo de SPA legales e ilegales y, 3) consumo de SPA legales e ilegales aceptado y normalizado.

Consumo de SPA socialmente aceptadas

Al profundizar en las historias de vida, se identificó que el contacto con SPA en algunos casos no se da en el momento de consumo inicial o el ofrecimiento directo por parte de otro usuario o dealer (proveedor). Este primer momento se presenta de forma indirecta, en una relación donde el individuo y las sustancias comparten un mismo entorno o en otras palabras coinciden en un lugar y tiempo determinado.

Las SPA son consumidas por un tercero y no necesariamente se desencadena el inicio del consumo por parte del individuo observante. Se presenta un reconocimiento e incorporación de un marco normativo impuesto al sujeto para el acceso a algo, en este caso la sustancia, pero que es accesible a otro y aceptado a nivel social. Esto se ve ejemplificado con el marco normativo del alcohol,²⁷ el cual establece que, en ninguna circunstancia se puede vender a menores de edad y su consumo se encuentra totalmente prohibido para esta población. Sin embargo, esta regulación suele ser débil en espacios en donde el marco normativo no se reconoce o se flexibiliza, coincidiendo en lugar y espacio la sustancia, el actor activo (aquel que puede acceder) y el actor pasivo (aquel que la norma regula).

Es justo en este tipo de situaciones donde se identifica el primer acercamiento y conocimiento de las sustancias, tomando como base una percepción socialmente aceptada de las SPA, principalmente las legales (alcohol y el tabaco), en contextos específicos de ocio o festividad.

²⁷ Para el caso colombiano esta regulación se encuentra condesada en el DECRETO 120 DE 2010 (enero 21), por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol.

Es evidente el cumplimiento de marcos normativos establecidos estructuralmente (regulación) que son incorporadas y adaptados dentro del grupo específico (familia), modulando las acciones de cada uno de los miembros del hogar en torno a la sustancia. Cada uno de los miembros ocupará un rol y por tanto tendrá obligaciones, licencias, permisos interiorizados y asignados/aceptados por otros en cuanto al consumo. Estos roles corresponden según Enrique Pichón (67) a conductas organizadas dentro de un modelo, el cual, responde a las posiciones de individuos dentro de una red de interacción que, a su vez, se encuentran ligados a expectativas propias y de los otros. Adicionalmente determinan los juicios y conductas para quienes incumplan las acciones esperadas dentro de este modelo organizado de conducta.

Esta postura parte de una noción de las SPA que se configura bajo acuerdos sociales tácitos o explícitos, que establecen una categorización, entre: las aceptadas (legales) y las no aceptadas (ilegales). Se normalizan representaciones simbólicas y prácticas asociadas a las sustancias y su consumo, lo cual tiene un gran peso en la configuración de las representaciones y acciones de los individuos, operando como elementos iniciales en la conformación de su relacionamiento frente a las SPA.

Estos consumos tienden a presentarse al interior de algunos de los hogares de los entrevistados por parte de miembros de la familia, principalmente de una figura masculina. Suelen darse en contextos de festividad familiar (cumpleaños, aniversarios, logros, etc.), así como sociales o culturalmente arraigados (navidad, fin de año, reuniones con vecinos/familiares/amigos, etc.). En estos espacios se dan los primeros contactos con las sustancias, presentándose en algunos casos directamente el consumo y en otros solo el conocimiento sobre su existencia y cierto grado de naturalización o autorización implícita de su uso. Vale decir que esta familiaridad con la sustancia aumentaba en la medida que se incrementaba la frecuencia de este tipo de acontecimientos.

“Mi papá compraba cerveza y él tomaba y ponía la botella en el piso y yo miraba, pero no me dejaban tomar, no me daban, hasta que un día a escondidas yo cogí la botella y tomaba, él no se daba cuenta, tenía 7 años.” (Ilish)

Acciones como la anterior se identifican entre los entrevistados de forma frecuente, tanto con el alcohol, como con el tabaco. La relación entre el consumo o el conocimiento de las sustancias y la relación con el consumo familiar ha sido ampliamente descrita en la literatura académica. Para el caso del alcohol, el consumo de este se da en el momento en que se presenta la aceptación de la sustancia por parte de los padres y por tal motivo, un contexto de normalización que puede incidir en su consumo (68), convirtiendo a la familia en el principal escenario y actor que ejerce influencia sobre las personas a edades tempranas (69).

En este sentido, René Landero y María Villarreal (70) en un estudio realizado con 980 estudiantes en Monterrey-México expusieron la correlación significativa entre la historia familiar de consumo de alcohol y el consumo de los estudiantes escolares, sin establecer que el consumo presentado al interior del hogar fuera o no consumos problemáticos. Esta correlación también se ha descrito de forma amplia en población universitaria, en la cual, se identifica que quienes se encuentran en la media más alta de consumo de alcohol presentan antecedentes familiares, con respecto a aquellos que manifestaron no presentar historias de consumo al interior del hogar (71).

Otros factores que se pueden identificar en la literatura plantean que además de antecedentes de consumo familiar en espacios de ocio y recreación, también existe una correlación significativa en la prevalencia de consumo de alcohol en población escolar y universitaria y la violencia intrafamiliar, principalmente la violencia física (72, 73). Así, como la relación inversa a esta, lo que significa un mayor riesgo de ejercer violencia hacia otros, principalmente de hombres a un miembro de su familia (principalmente pareja e hijos), cuando existe antecedentes y prácticas de consumo problemático de alcohol (74). En una de las entrevistas se pudo evidenciar la incidencia directa entre los antecedentes familiares del consumo de alcohol y los problemas conexos a este, con la configuración temprana del sentido sobre las sustancias y la relación construida con ellas como herramientas de escape a una realidad vivida y que trasciende a un consumo problemático soportado en el discurso a partir de la relación con la familia.

“en mi caso, realmente, es porque mi padrastro es una persona muy vulgarmente... muy morronga, y siempre ha sido así, tengo 29 años, ha sido desde que yo tengo 12, 13 años, que mientras mi mamá está presente,

él está bien, aparentemente. Una persona que, en sano juicio, porque es muy bebedor, una persona que no cruza palabras con la gente, pero cuando mi mamá no está si me dice frases” (Cristian)

Lo anterior reafirma los hallazgos evidenciados en las entrevistas, la familia como actor clave en la socialización e integración de los individuos como seres sociales y, por tanto, en la incorporación de normas, prácticas, sentidos y valores, dentro de los cuales, también se incorpora la relación con el alcohol y otras sustancias legales (71)²⁸.

Aceptación por parte de algunos miembros de la familia del consumo de SPA legales e ilegales

A diferencia de las situaciones anteriores, en algunos casos, el primer contacto y el consumo se da al interior de la familia, pero con sustancias ilegales. En este sentido, se hace evidente la relación y la influencia de otros miembros de la familia con este tipo de sustancias y su capacidad de incidir.

Esta segunda aproximación se da en contextos familiares en los que tienen lugar prácticas de consumo de uno o varios miembros de la familia por quienes hay una naturalización de la sustancia y de su uso, aun cuando sigue percibiéndose para el resto del grupo como una conducta desviada, que se distancia de las normas sociales e internamente impuestas. Esto supone la familia como un espacio de tensión, en donde el infractor no reconoce a sus jueces (66), en motivo a que las normas no son tomadas como un acuerdo colectivo, sino como opciones personales a través de las cuales cada uno interioriza y reacciona frente a la estructura de forma distinta.

“A los 10 años conocí la marihuana, mi hermano consumía y en la casa no sabían, ya luego la probé. Pero a los 10 vi a mi hermano en el cuarto consumiendo [...] se endeudó con una droga (hermano), vino a Caracas y cuando nació el hijo, lo mataron delante del hijo, es triste” (Ilish)

²⁸ Además, se instaura como un escenario en el que se catalizan otras situaciones como la violencia, las relaciones conflictivas, maternidades y paternidades ausentes, entre otras, que pueden incidir en el desarrollo de prácticas de consumos problemáticos

Esta situación plantea entonces, las relaciones de tensión dentro del ámbito familiar y la ruptura de las reglas sociales que presuponen ciertos comportamientos esperados como “correctos”, acorde a las expectativas y comportamientos de los acuerdos establecidos y socialmente aceptados. La ruptura de las reglas supone entonces una desviación dentro de la estructura, y la incapacidad de cumplir con lo que se espera (66), pero que, desde una visión del individuo, no es más que el producto de la disociación entre las metas individuales y la estructura y por ende de las discrepancias entre lo esperado y lo realizado, o entre la agencia y la estructura.

Consumo de SPA legales e ilegales aceptado y normalizado

La tercera forma, se presenta dentro de estructuras familiares en las que el consumo se ha normalizado, bajo prácticas que difieren de aquellas socialmente establecidas. En este caso la tensión no se da al interior de la familia, sino frente a la norma incorporada, puesto que ha establecido e incorporado su propio marco normativo a partir de las experiencias vividas no como individuos, sino como colectivo, y es el grupo que establece las acciones desviadas como legítimas, incidiendo sus formas de relacionamiento con las sustancias y sus representaciones.

“...él (padrastro) también consumía basuco [...] sí sabía (madre sobre consumo del padre), pero no lo tenía ahí siempre, ahí frenteado, no frenteaba [...] mi hermano mayor, que mataron, él consumía perico, marihuana y cigarrillo” (Katherine)

Este tercer contexto tiene como peculiaridad que, además de presentarse una incorporación temprana de las sustancias, la familia emerge como un espacio de acceso y de aprendizaje en cuanto a las técnicas de consumo, aspecto que se profundizará más adelante.

“Mi hermana consumía sacol, yo no, me dio el arretrato, yo le dije que me echara un poquito, ella me echo” (Brigitte)

Un aspecto que se refleja en estos casos es la aceptación y no culpabilidad del uso de sustancias propio a partir del consumo del otro (familiar). Por el contrario, se percibe como una acción legítima dentro de sus “reglas sociales” y sus dinámicas de relacionamiento consigo mismo y con su entorno, que pone al juez (estructura) como un actor incapaz de

juzgar a quien inicialmente se plantea como juzgado (consumidor) (66). En otras palabras, los procesos de socialización se dan en cada individuo de forma diferencial y bajo sus propios supuestos de normalidad y aceptación (sin desconocer aspectos estructurales) sin que esto suponga necesariamente una alineación a los supuestos socialmente aceptados y, por el contrario, discrepa de la socialización como proceso mecánico de incorporación de normas sociales en las prácticas y sentidos individuales.

Los resultados obtenidos en esta indagación no son ajenos a lo expuesto por diversos autores con respecto a las implicaciones que tiene la falta de norma, la naturalización y el consumo al interior de la familia, ubicándose en estos casos como un factor de riesgo que aumenta la posibilidad de consumo en adolescentes (75, 76). En este sentido, Marina Muñoz y José Graña plantean a partir de un estudio realizado con 1570 adolescentes que existe una correlación entre la ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre, con el desarrollo de prácticas de consumo por parte de los adolescentes (77).

De igual forma, se evidencia que los antecedentes de violencia y conflicto entre padres y adolescentes y de consumo por parte de madre y padre, pero sobre todo del padre, aumenta las probabilidades de desarrollar consumo de alcohol, cigarrillo y marihuana (78-81), pero no se evidencia que incida en el consumo de otras SPA como la cocaína, drogas sintéticas, heroína, entre otras, que se dan principalmente en la interacción con personas por fuera del hogar (82) como se expondrá más adelante.

Estos primeros hallazgos al interior de los contextos familiares coinciden con las teorías de la socialización que afirman que todas las conductas del ser humano son aprendidas, incluidas las conductas desviadas, como son el consumo de drogas (83, 84). En esta línea, el uso de drogas es una más de las muchas conductas que resultan de la interacción entre las características del individuo y las influencias en competencia de los múltiples grupos sociales. De ahí que cobra gran relevancia la influencia de los adultos, especialmente de los padres o adultos de referencia (85).

Se observan pues dos procesos que van configurando el consumo, el cual, empieza a estar presente como una práctica o una posibilidad, esto son la inculcación y la incorporación. La inculcación supone una serie de acciones pedagógicas, no necesariamente conscientes,

realizadas, en estos casos, en la familia por agentes (adultos hombres generalmente) que imponen reglas, normas o prácticas normalizadas. La incorporación, en cambio, viene dada por la interiorización de los agentes de las regularidades inscritas en sus condiciones de existencia (86). Confluyen entonces, escenarios de socialización que ponen en común una forma particular de concebir y actuar sobre las sustancias y sujetos operando en esos escenarios que van configurando, muchas veces de forma no consciente, disposiciones frente a las sustancias legales e ilegales que determinarán consumos futuros, así como para otros, directamente prácticas de consumo en edades tempranas.

Aprender en familia

Ahora bien, si durante el conocimiento o acercamiento a las sustancias, tuvieron lugar prácticas de consumo mediadas por las dinámicas familiares antes mencionadas, en este apartado se profundizará en dos temas principales que juegan un papel medular en el inicio de la carrera de consumo de cualquier tipo de sustancia, a saber: acceso (compra) y uso (técnicas de consumo).

Los procesos de aprendizaje suelen darse al interior de familias que presentan antecedentes o hábitos de consumo de sustancias legales y/o ilegales, al igual que de consumos problemáticos y no problemáticos. Al establecer a la familia como un entorno de aprendizaje se identifican dos procesos a través de los cuales las personas más significativas para el individuo lo influyen: la imitación y el reforzamiento social. En la imitación el sujeto observa y retiene las conductas de otros en función de su modelo de conducta o actitudes, tanto de los iguales como de la familia, de ahí que la influencia sea de ambos. Esto se observa en los casos analizados por la repetición de los rituales de celebración y su instalación como algo habitual, inclusive, con alta carga emotiva. El reforzamiento social, entre tanto, estuvo dado por el significado de quien consumiera o estimulara el consumo, los valores y compromisos ligados a dicho consumo para el niño/a o el joven y las normas familiares aceptadas, que, no solo validaban sino promovían el consumo (87).

Sin embargo, a partir de los relatos se puede evidenciar que el nivel de aprendizaje y la frecuencia de uso desarrollada por un individuo a partir de las condiciones dadas al interior del hogar suelen ser limitadas, principalmente por dos variables que se vuelven relevantes:

el acceso a la sustancia y la técnica para su uso y consumo (situación que presenta mayores facilidades fuera del hogar, como se expondrá en el siguiente apartado).

En este sentido, el acceso a las sustancias dependerá de un tercero que en este caso es un hermano, hermana u otro miembro de la familia que suministra la sustancias, por lo tanto, el acceso a la sustancia está supeditado al consumo de este y a sus prácticas (tiempos, lugar, cantidad y tipo de sustancia). Esto se ve reflejado en una de las entrevistas, en la cual el informante manifiesta que accede a marihuana inicialmente por medio de su hermano que usaba la sustancias y dejaba “las patas” o parte final de un cigarrillo de marihuana, lo cual significaban el único acceso que tenía a dichas sustancias. Una situación similar se refleja en el siguiente testimonio.

“... comencé con sacol como a los 15 o 16 años, mi hermana me lo daba porque ella consumía” (Brigitte)

“a los 10 comencé a consumir marihuana [...] me encontraba las patas en el cuarto de mi hermano” (Ilish)

Una situación similar se presenta con el aprendizaje y desarrollo de las técnicas de consumo, a partir de la observación y, posterior repetición de las acciones observadas que, en todos los casos se complementa y perfecciona por fuera del hogar. Un ejemplo de esto es el uso de marihuana, la cual, suele ser la primera sustancia ilegal usada por los y las entrevistadas y, generalmente la aprendieron a usar mientras alguien más consumía al interior del hogar. Pero fue por fuera como aprendieron a combinarla con nuevas sustancias para potencializar el efecto²⁹.

Un aspecto importante que mencionar, aunque la información no es suficiente para profundizar, se relaciona con el parentesco, la edad y la vinculación en el proceso de acceder y consumir. A partir de algunos relatos, se pudo identificar que las personas cuyos familiares brindan su experiencia y conocimientos de consumo suelen ser familiares cercanos y que se encuentran en momentos del curso vida similares (hermanos/as, primos, tíos/as generacionalmente cercanos). Cuando las edades son distantes, el rol de enseñanza es débil

²⁹ La cocaína, heroína o incluso fibras vegetales secas son usadas para tal fin.

y limitado o en algunos casos se limita al acceso a la sustancia. Aquí cobran relevancia las relaciones entre pares y los grupos de referencia, en los que confluyen gustos e intereses similares, que a su vez construyen vínculos y redes, al igual que el desarrollo de prácticas, y en este caso el consumo de alguna sustancia (66, 88). Este tema se abordará en el apartado de las relaciones por fuera del hogar

Por otra parte, se pudo evidenciar la interiorización y aceptación del consumo en algunas familias, principalmente en aquellas con antecedentes de consumos problemáticos, y/o consumo sustancia legales o ilegales (marihuana o fármacos de abuso³⁰) que presenta una menor carga valorativa y de estigma en parte por la agencia de los colectivos cannábicos y grupos de la sociedad civil y el lobby político entorno al uso médico, específicamente de la marihuana (89, 90). En uno de los relatos se pudo evidenciar que, para algunas familias o miembros de estas, el consumo es un proceso genético que se expresa en un individuo automáticamente a partir del consumo del padre o de la madre.

“Ellos decían, no, pobrecita, ella viene así porque el papá era así igualito, entonces eso viene de los genes, entonces no me decían nada, entonces me protegían como me excusaban, me decían, no pobrecita ella no tiene ni la culpa de ser así [...] mi papá consumía bazuco” (Katherine)

Más allá de ser un aprendizaje que se dé por observación y repetición, o un consumo con una mayor carga hereditaria como lo plantean algunos de los estudios más recientes desarrollados por la NIDA³¹, la familia como estructura es clave en este proceso y en esta fase del desarrollo del consumo de un individuo. Diferentes estudios han demostrado la influencia e incidencia del consumo de alcohol del padre en el desarrollo de este mismo consumo por parte de un adolescente (91, 92).

En este sentido, el consumo se establece como el proceso de construcción histórica incorporada por el individuo, que se configura en la relación con su entorno (45), y que

³⁰ Los fármacos de abuso hacen referencia a aquellos medicamentos legales de control, es decir, que no son de venta libre y requieren de prescripción médica para acceder a estos.

³¹ National Institute on Drugs Abuse de los Estados Unidos.

confluye en la configuración del consumo como práctica (58). En este proceso las estructuras objetivadas (reglas y normas) no responde a una macroestructura, y por lo contrario responden a microestructuras (familiares, comunitarias) que se configuran a partir de las trayectorias de vida y de consumo de las familias y comunidades, que reflejan sus experiencias vividas y particularidades (64).

Amigos, conocidos y grupos de referencia

El segundo escenario que se pudo establecer entre algunos de los entrevistados es la relación con personas externas a la familia que inciden de forma directa en el acercamiento y conocimiento de las sustancias, con la particularidad que, tiende a darse a partir de un consumo inicial (experimental). Es decir, a diferencia del proceso familiar donde el conocer no deriva en un primer momento al inicio del consumo, en contextos externos, el individuo conoce la sustancia y experimenta consumo.

Otro aspecto relevante y que difiere de la familia es el tipo de sustancia con las que se tiene contacto. Se evidencia una mayor exposición del individuo a sustancias tradicionalmente estigmatizadas y judicializadas para su porte y consumo. Cuando intervienen actores externos, la introducción a las SPA se da a partir de la construcción de redes secundarias, en el ingreso del individuo a un grupo(s) de referencia donde el consumo es uno de los ejes articuladores de las relaciones entre sus miembros, sin ser necesariamente el único o el principal, no obstante, si funge como filtro de entrada y permanencia.

“el skate (unía al grupo), siempre el skate, pero después de montar, la gaseosita, un baretico, para luego comenzar la siguiente tanda de skate, y así”.

“Primero dejé de vestirme como un niño y empecé a vestirme así, ropa ancha, tirado a rapero, porque también me gustaba el rap y junto a mi primo comenzamos a grafitiar. Y a los 12 o 13 años fue que conocí el punk, y me empecé a vestir diferente, pantalones pegados, camisa negra, me hacía las crestas y esas cosas, lo demás fue cambio de personalidad, hasta ahora que sigo siendo punk y es con la gente que parcho” (Ilish)

Al respecto, Becker (66) plantea el ingreso a estos grupos como un paso obligado para cualquier persona como usuario de SPA, partiendo del proceso de articulación y construcción de red del individuo y, como espacio de aprendizaje tanto de la sustancia, como de la adquisición y técnicas de consumo. Para el caso de los y las entrevistadas, no en todos se evidenció el acceso a grupos de referencia, sin embargo, si se constituyeron redes con otro par, generalmente con experiencias previas en el consumo que facilitó los procesos desarrollados al interior de los grupos. En algunos casos estas redes fueron la base para la consolidación de grupos de referencia para otros usuarios, sin embargo, esto se presentó cuando los informantes ya habían desarrollado sus carreras de consumo.

La incorporación de un individuo a un grupo se sustenta a partir de gustos e intereses en común, que configuran un sentido tanto al interior como al exterior de este y, que al final son los que les dan significado a las acciones desarrolladas por estos (93). Por lo tanto, el uso de sustancias se plantea aquí como acción disruptiva que supone una postura teórico-ética, que no es evidente o racionalizada en la mayoría de los miembros del grupo, a menos que se plantee como un proceso organizado con un objetivo claro y centrado ya sea en la regulación y/o legalización de una sustancia, como por ejemplo los colectivos cannábicos o, aquellas organizaciones pro-reformas de drogas cuyas acciones van dirigidas a incidir como agentes políticos activos frente a un tema concreto, la regulación de las SPA y la des-estigmatización de su consumo (89, 90). Sin embargo, este proceso de agencia y acción política no se evidenció ninguno de los entrevistados.

“Cacao y Natalia, dos cantantes de rap con ellos tuve una relación estrecha, ellos me introducen al parche, ahí conozco a más gente, ese parche dura por aproximadamente 6 o 7 años.” (Ilish)

Las rupturas de estos grupos con la norma social suponen para sus miembros una condición de estigmatización e ilegalidad que se da del otro externo, pero que se desvalora desde lo interno (66, 90). Y que, además en el contexto latinoamericano principalmente, supone una carga extra si se trata de adolescentes y/o jóvenes que suele traducirse en desconfianza y en un signo de alerta, ya no por sus posturas políticas, sino por sus comportamientos fluctuante o inestables frente a sus acciones, normas y valores (94); situación que se evidenció entre el desarrollo de las entrevistas, el estigma y la percepción de criminalización hacia los

informantes es una constante que se soporta en el hecho de ser jóvenes con estéticas y prácticas percibidas como contestatarias, entre ellas el consumo.

“En Caracas hay una carga valorativa fuerte sobre el consumidor de marihuana, parecido acá, nos miran por encima del hombro, siempre lo estigmatizan a uno que es un ladrón y por montar tabla, peor; piensan que uno le va a robar las carteras a las señoras y todas esas cosas. Eso siempre se ha dicho en Venezuela” (Ilish)

“A uno cuando parcha lo ven a uno como si ya fuera a robar, como lo peor, pero la verdad yo no robo gracias a Dios, sino me resulta un trabajo, me toca hasta pedir; prefiero pedir y no robar, no hacerle daño a nadie” (Cristian)

Se identificó que los vínculos construidos entre los diferentes miembros de los grupos a los que hicieron referencia de forma directa o indirecta los entrevistados, se consolidaron inicialmente en prácticas y gustos diversos, como la práctica de un deporte, la música o el gusto por el baile o el intercambio en espacios académicos. En un solo caso se evidencia el consumo de sustancias como una actividad articuladora y de pertenencia, en el que el abuso en el consumo y las prácticas de riesgo asociadas, son identificadas por el entrevistado como un movilizador de respeto y reconocimiento por parte de sus pares en el territorio.

“yo siempre he tenido una actitud de liderazgo, en las cosas buenas y en las cosas malas [...]yo también quería como ser el más, es tanto así que yo me llamo Rodrigo Rodríguez y la chapa mía en el barrio es "re drogo re drogas", no más le cambiaron dos vocales a mi apellido y dos vocales al nombre, porque de todas las personas en el barrio, el más adicto era yo. Si a mí me decían, vea, como será que una vez con hilachas de banano ponerlas al sol, hilachas del banano y cuando estén secas trillarlas con esa picadora de cigarrillo y fúmesela y si lo traba, y me pegaba unas embobadas, unas cosas me trababan mal y me vomitaba así pero entonces me decían eso, o sea yo fui a ser como el primero, el más áspero [...] el que sabe de todo nada al que nada le queda grande, yo siempre estaba ahí”. (Rodrigo)

Esta postura de resignificación positiva del riesgo enmarcada en el enfoque constructivista social reconoce los procesos de construcción de sentido, expectativas, motivaciones y contextos (46) que inciden en la toma de la decisión y que solo es interpretada bajo la lógica, creencias y expectativas del individuo. Colocando distancia con la percepción tradicional del riesgo o enfoque realista, el cual reduce la toma de decisión a proceso racional que espera que el actuar se enmarque en un deber ser de cuidado del individuo y de su entorno, evitando cualquier situación que genere una alteración de la “normalidad” y un cumplimiento de la norma, que bajo este supuesto se traduce en evitar el riesgo y no actuar bajo la irracionalidad (46, 95).

A excepción de este caso, los demás relatos coinciden que el uso de sustancias con amigos es una práctica secundaria o posterior a la consolidación del grupo. Los espacios compartidos suelen brindar las condiciones necesarias para experimentar o, practicar un hábito de consumo ya adquirido por uno o varios miembros del grupo y que, a su vez, suele ser quien permite el acceso inicial y posteriormente brinda la información para acceder con mayor regularidad.

Uno de estos espacios compartidos para la experimentación y el desarrollo de nuevas prácticas de consumo suelen ser las fiestas, retomando de esta forma su uso como un elemento incorporado dentro del goce y el placer, pero que para este contexto no suele limitarse al uso exclusivo de sustancias legales. Por el contrario, el uso de sustancias ilegales y su mezcla con alcohol suele aumentar, al igual que los riesgos asumidos³², en la mayoría de los casos a partir del desconocimiento sobre los efectos e impactos de las sustancias (96, 97).

“los sábados en la rumba, la rumba, los sábados en la rumba, en las minitecas y eso nos daban un trago y nos daban Cherrynol, trago de uva, ahí le echábamos Coca Cola, y le echábamos pepas y metíamos perico pa no quedarnos dormidos en la fiesta” (Katherine)

³² Se entiendo como un riesgo asumido a aquellas conductas o comportamiento que alteren de forma negativa aspectos biopsicosociales del desarrollo óptimo de una persona, en el caso específico del curso de vida de los entrevistados, del tránsito de la adolescencia a la adultez.

En la mayoría de los relatos se identificó que una vez se ingresa a *un grupito de amigos*, generalmente del mismo barrio o escuela, el uso de marihuana tiende a ser el primero en presentarse, impulsado principalmente por la curiosidad de algunos de los miembros de grupo, que suelen tener mayor experiencia y, que se traduce *en tener más calle* y, por ende, *haber conocido las drogas primero*.

Es importante mencionar que, si bien se referencia el consumo de otras sustancias como cocaína y basuco entre algunos miembros de los grupos, su uso no suele ser ampliamente compartido con el resto y, si bien el motivo de este no es claro, podría deberse a la diferenciación en la carga valorativa entre sustancias, que incluso en algunos medios académicos e institucionales suelen categorizar, como drogas duras (dependencia física y psicológica) y blandas (dependencia psicológica)³³. Sin embargo, las representaciones que se tienen de las sustancias y de los usuarios de estas, por parte de otros usuarios es un tema que corresponde a otra investigación.

Cabe resaltar que los hechos relatados hasta el momento por los entrevistados hacen referencia a momentos iniciales de su consumo, remontándose principalmente a su adolescencia, es por esto, que la pertenencia a grupos y lo aprendido por sus amigos o pares es de marcada relevancia. Puesto que, como se ha verificado más adelante marca un periodo de apertura cultural, relacional y de expectativas totalmente disímiles a lo configurado en el hogar. Esto conllevó a modificaciones tanto a nivel relacional, ideológico, culturales y estéticos, que incluyó también el gusto por una(s) sustancia(s), refleja la incidencia de los pares en la adolescencia sobre los entrevistados.

La literatura expone de forma amplia la importancia y la necesidad durante la adolescencia de la conformación de redes sociales que consoliden el reconocimiento y la reciprocidad entre pares. Que a su vez proporcionará un *medio de socialización al amparo de un clima donde los valores son establecidos por otros [...] y encontrarán apoyo en sus esfuerzos para emanciparse* (98), consolidando estos espacios como escenarios de construcción y afirmación para los individuos (99, 100).

³³ Rescatado en <http://cicode.ugr.es/drogodependencia/pages/legislacion/drogas>

En este sentido, y a modo de conclusión, es relevante mencionar que el papel que cumplen los grupos de referencia o redes sociales de pares (98), como referencia e influencia en el desarrollo individual y relacional es indiscutible. El rol cumplido se establece en un trasegar entre el reforzamiento de valores y actitudes socialmente aceptadas y, la incorporación o exacerbación de prácticas por fuera de la norma social, relacionadas principalmente con el consumo de SPA, el sexo y situaciones derivadas de estas, situación que refleja la importancia de la formación y el trabajo con pares, principalmente al hablar y abordar las drogas, sin embargo, no es objetivo de este estudio establecer una discusión frente a este aspecto (98, 100).

Aprender fuera de casa

Como se esbozó en el apartado anterior, los pares o amigos suelen tener una influencia preponderante en torno a los gustos y acciones de los individuos, sobre todo en la adolescencia (102, 103). Algunos autores coinciden en afirmar que esta influencia suele direccionarse al desarrollo de conductas desviadas o que supongan ciertos niveles de riesgo (98, 104), diferenciándose de la influencia que suele presentarse a través de figuras adultas de autoridad en la familia o la escuela, direccionada hacia la consolidación de objetivos a largo plazo, como las aspiraciones educativas (105).

Las redes de pares o amigos toman entonces mayor relevancia para las carreras de consumo que desarrolló cada uno de los individuos entrevistados, puesto que, el consumo inicial que se presentó en el anterior acápite se fortalece y, es precisamente fuera del hogar, en el barrio, el colegio, el trabajo o la calle los espacios apropiados como entornos de socialización secundaria³⁴ con sus pares y se instauran como escenarios propicios para el acceso y la técnica de consumo.

Cabe resaltar que se identificaron distintos motivos por los cuales los y las informantes deciden salir del hogar paterno, entre los cuales se resaltan la ruptura de vínculos familiares producto de antecedentes de violencia, desacuerdos con los padres, pero principalmente con

³⁴ La socialización secundaria, por su parte, hace referencia a la internalización de “submundos” institucionales, haciendo referencia a los diferentes roles que se cumplen en una sociedad bajo la premisa de la existencia de una división social del trabajo, y por los cuales, cada individuo desarrolla o potencializa diferentes conocimientos, motivo por el cual la carga de información tiene un alto componente técnico y vocabulario específico, y una menor carga emocional, a diferencia de lo ocurrido en la primaria

la madrastra o el padrastro y la conformación de un nuevo hogar con la pareja. Sin embargo, es transversal la necesidad de salir del hogar con el fin de acceder a las sustancias y solventar el consumo.

Aprender a adquirir una o varias sustancias supone su aprovisionamiento en un momento determinado por el usuario, al igual que la cantidad deseada. La compra directa y su determinación en cuanto al tipo de sustancia y la cantidad, mediado exclusivamente por la disponibilidad y la capacidad económica del usuario. Se identificó como un aspecto clave en el desarrollo temprano de consumos abusivos o problemáticos en algunos usuarios. de drogas que trascienden

La poca o nula información de calidad, basada en la evidencia, el autocuidado y la reducción de riesgos y daños fue una constante identificada entre los usuarios, que conllevó a un aumento en su consumo y al desarrollo de prácticas de riesgo soportadas a partir de la información dada por pares y que en la mayoría de los casos se da a partir de la experiencia individual.

“En la Guaira, durante un viaje patrocinado por la Universidad de Policía hay un incremento considerable del consumo al aprender que hay la posibilidad de acceder a más cantidad que solo un porro. Después de eso yo ya andaba con dos paquetes de 15000 diarios [...] Yo no consumía regularmente porque como no sabía dónde la vendían fumaba una vez a la semana, luego cuando conocí esa olla “la matica”, comencé a fumar regularmente. Antes de saber a dónde la vendían se la compraban a los consumidores.” (Ilish)

Esta situación es recurrente entre los estudios de factores predictores para el consumo de SPA, en los cuales se identifica el fácil acceso principalmente a tres sustancias: alcohol, tabaco y marihuana como un aspecto que predispone el aumento en la frecuencia de su consumo, al cual se le suma la existencia de *un grupo de amigos con actitudes y comportamientos favorables a las mismas* (106) como un segundo factor de relevancia.

Al indagar con respecto al proceso de aprendizaje y acceso, se puede evidenciar ciertos aspectos semejantes. Se idéntica que un primer paso es conocer las dinámicas del mercado

de la sustancia que se desea adquirir. La oferta de cada sustancia, al igual que cualquier otro producto cumple algunas reglas del mercado que es necesario conocer y manejar, esto es: lugares de venta, tipo de expendedores, costos, horas de venta, e inclusive, riesgos para su compra.

Una vez se tiene claro qué sustancia se desea adquirir, se plantea como necesario establecer una relación con alguien que conozca la sustancia o las dinámicas de venta y consumo que, generalmente ser algún miembro de los grupos de referencia en los cuales se encuentran inmersos los informantes. Esta persona brinda la información y las condiciones necesarias para el acceso a la sustancia deseada. Es importante mencionar que la persona que permite o transmite la información para acceder a las sustancias, no es necesariamente la persona que posteriormente enseña sobre las técnicas de consumo, en la mayoría de los casos son dos personas distintas quienes cumplen los roles de enseñar el acceso y la técnica.

“CF: ¿Cómo la conseguías, te la regalaban, la comprabas en una parte?

D: no, no, yo la compraba, me dijeron dónde era el flecho y yo seguí comprándola allá como era cerca de mi casa.”. (Diana)

Dentro de los hallazgos se evidenció que en algunas ocasiones el acceso no se dio de forma directa por parte de alguien que tiene un conocimiento previo, como en el relato anterior. Sin embargo, en algunos casos esta información fue recibida de forma indirecta o, en otras palabras, algunos usuarios mencionaron que conocieron las zonas de venta y consumo a partir de rumores, que no son más que información que circula y construcciones colectivas en torno a territorio en los cuales estas prácticas son recurrentes. Esta información es transmitida de manera informal y, según los datos recabados, fue de conocimiento de algunos informantes antes de iniciar el consumo.

“Pues me parecía fácil conseguirla porque como estudiaba por ahí mismo, pasaba por los lados las boutiques ¿no?, entonces los corridos se hacían afuera, me entendés, con su paño y todo. Entonces llegaban y le ofrecían a uno con las manillas, entonces por ahí derecho uno hacía la vuelta diplomáticamente” (John)

“...En La Merced yo la conseguía, en el parque, uno ya sabía que ahí vendían, entonces iba hasta el parque porque nosotros íbamos a la iglesia, entonces ese era el pretexto para salir, que íbamos a misa.” (Diana)

En este proceso de aprendizaje entre pares la idea del territorio³⁵ es fundamental, puesto que en él transcurre los encuentros, el esparcimiento, la enseñanza y la práctica, al igual que la compra y el uso de las sustancias. Y es que según la literatura son varios las características de un territorio que inciden en el consumo de SPA, entre las que se desatacan el desacato a las normas establecidas para la venta de sustancias como el alcohol y el cigarrillo (107, 108), la facilidad en el acceso a sustancias legales (109) y aspectos culturales relacionados con la zona (urbana o rural) (110).

Otro aspecto importante que se identifica con relación al territorio tiene que ver que es aquí donde transcurre el trabajo (formal e informal) que permite resolver las necesidades de los usuarios, entre ellas el consumo. Situación que es transversal a todas las entrevistas, puesto que, en ningún caso se cuenta con la capacidad económica o el apoyo de un tercero para soportar el consumo. Por lo tanto, en el caso de los entrevistados, fue necesario también aprender a conseguir los recursos necesarios que permitieran el acceso deseado o requerido a las sustancias, situación que se identificó como un tercer paso en el proceso de aprendizaje³⁶.

En la totalidad de las entrevistas se evidenció el desarrollo de diversas formas de trabajo, principalmente informal como la venta de dulces y bolsas para la basura, reciclaje, malabares, limpieza de parabrisas de carros y hurto. Esto coincide con lo descrito en la caracterización de la actividad económica de los usuarios de drogas inyectables asistentes al Programa de Reducción de Riesgos y Daños y que, a su vez, son actividades cotidianas en las zonas de venta y consumo al aire libre y es sectores cercanos a estas en las diferentes ciudades de

³⁵ Este aspecto será ampliamente abordado más adelante.

³⁶ En este punto es importante aclarar que los análisis aquí descritos solo corresponden a las 7 personas entrevistadas y, a los datos arrojados en la caracterización de los usuarios del programa de reducción de riesgos y daños de la ciudad de Cali al año 2019, no refleja la realidad o generalidad de los PID en otras regiones de Colombia o incluso de la ciudad de Cali, ni a usuarios de otras sustancias.

Colombia³⁷, ubicando de nuevo el territorio como un factor clave, en el que se dan diferentes situaciones que permite y facilita el consumo.

“Yo no tenía ya ningún apoyo de mi familia, ni un trabajo, entonces ahí en el parque donde consumíamos comencé a robar, ahí aprendí el raponazo sobre todo carteras y los celulares y las billeteras de los que jugaban futbol en la cancha. Uno iba a ver el partido y se descuidaban y uno vaciaba las maletas, y ahí mismo íbamos y comprábamos, así estuve como 3 o 4 años.” (Ilish)

“Conocí a un pana que le dicen Tito, era heroinómano también, y hacia malabares en una esquina y veía que le daban plata, y ahí comencé con los malabares, para cambiar ese mal hábito que tenía... comencé con el stick³⁸, me gustó mucho, claro. Ese el que siempre uso para los semáforos, el único que uso, aunque sé jugar otros, ese es el que más me identifica” (Ilish)

“En Cali me metieron 19 meses a la cárcel por robo de motos. Y en Aruba estuve dos años viviendo y de ahí me deportaron por robo a joyerías. Yo allá conocí y consumí el special k, tucibi”(Rodrigo)

Es importante resaltar que la obtención de los recursos suele modificarse en las historias de cada uno de los informantes, a medida que su consumo avanza y las condiciones de vulnerabilidad aumentan. Se identifican nuevas dinámicas como lo son la habitabilidad en calle, los consumos problemáticos, enfermedades, ruptura total con las redes de apoyo familiar, incorporación a bandas delincuenciales o actividades ilegales de mayor peligrosidad (sicariato o distribución y venta de SPA), entre otras; en los casos estudiados estas situaciones fueron experimentadas al menos en una ocasión por 6 de las 7 entrevistados/as.

³⁷ Nota aclaratoria: esta afirmación se da a partir de la experiencia laboral y académica del autor, quien a desarrollado estas labores en distintas zonas de venta y consumo del país.

³⁸ Malabar que consiste en mantener un palo o bastón en el aire sostenido por dos palos o bastones que porta el malabarista en cada una de sus manos.

Es relevante que al profundizar los cambios experimentados por los y las informantes durante el desarrollo de su consumo, se evidencia al igual que en la caracterización un mayor nivel de vulnerabilidad e impacto a nivel físico, mental y relacional en las mujeres con respecto a los hombres. Que se traduce en una habitabilidad en calle más rápida y con menores posibilidades de dejación, una mayor frecuencia de consumo, impactos visibles por daño en la piel y antecedentes de agresiones físicas y emocional asociadas a la práctica del trabajo sexual o al intercambio de sexo por drogas³⁹, que a su vez supone un aumento en las probabilidades de enfermedades de transmisión sexual, abortos inducidos sin acompañamiento médico, entre otros aspectos de salud.

“tenía un reservado en el centro, un edificio, que trabajaba en la oficina 305 de un edificio del centro poníamos clasificados en el Q’hubo y allá nos llegaban los cuadros de show lesbi, promoción de dos niñas con un solo chico, masajes, entonces ya, yo comencé a trabajar en una sala de masajes en el centro” (Katherine)

“Por ser mujer si me he sentido agredida, el hecho de consumir heroína en la calle, por ejemplo, para una mujer tiene más riesgo consumir en la calle que un hombre.” (Diana)

“En la calle muchas veces me he sentido agredida por ser mujer y consumir heroína.” (Brigitte)

La relación entre las mujeres y las drogas⁴⁰ se plantea en la literatura como un escenario marcado por la poca visibilización que rodea el fenómeno y la vulnerabilidad a las que se ven sometidas por un mayor estigma tanto usuarias (111, 112), como aquellas vinculadas al tráfico y la venta, que con respecto a esto algunos estudios estiman que del total de mujeres presas en América Latina el 70% corresponden principalmente a madres cabezas de familia capturadas por actividades de microtráfico no violento (113). Sumado a esto, existe un mayor riesgo de transmisión de VIH para las mujeres usuarias de drogas y/o con parejas hombre

³⁹ Cabe resaltar que entre los hombres entrevistados también se presentan prácticas sexuales de riesgo, sin embargo, en los relatos el abuso y el hecho de ser mujer consumidora en cualquier etapa del consumo o en cualquier situación, presenta una mayor vulnerabilidad y un mayor riesgo de toda índole en comparación con los hombres.

⁴⁰ Desde una perspectiva que vincula no solo el consumo, sino el tráfico y la venta.

consumidores, ya sea en el primer caso por el ejercicio del trabajo sexual como se evidenció en las entrevistas, o por las prácticas de riesgo realizadas con la pareja, principalmente en el consumo de drogas inyectadas y, en ambos casos las barreras de acceso a tratamiento tanto para VIH (114), como para consumos problemáticos generados por el estigma y por las acciones de cuidado de los otros (hogar, hijos, esposo) y no del cuidado de sí mismas que se espera de ellas (115, 116).

Continuando con las dinámicas relacionadas con el aprendizaje, se identificó un cuarto paso o condición necesaria, transversal a los tres anteriores: con el dialecto o la jerga empleada. En este sentido, fue necesario profundizar con los entrevistados sobre este tema puesto que, durante las entrevistas, constantemente se escuchaba a terceros que preguntaban por lenguas, paletas o bichas, al igual que se mencionaba de forma frecuente palabras como el carro, el plom, cierre o chute. Algunos entrevistados manifestaron que las primeras son formas coloquiales de llamarles a la marihuana, la cocaína y el basuco, principalmente por parte de los expendedores, mientras que las segundas, son usadas para referirse al tipo de consumo, a la vía de administración o a la compra compartida de una sustancia cuando no se tiene el suficiente dinero para adquirirla por sí mismo.

El lenguaje adquirido dentro del contexto de consumo cumple una doble función en las historias de consumo de los usuarios, por una parte, culmina el proceso de aprendizaje con respecto al acceso, pero se instaure como un primer momento con respecto al aprendizaje de la técnica, puesto que, como se mencionó en el párrafo anterior, se cuenta con palabras que hacen referencia a prácticas específicas para cada una de las sustancias. Algunos ejemplos de esto son el carro para referirse a la pipa en la que se consume basuco, el chute haciendo alusión a la inyección de heroína o, el cierre como un acto de compra entre dos o más personas de una dosis de heroína la cual es compartida posteriormente.

Adquirir una técnica es el siguiente eslabón identificado en la indagación y que coincide con la propuesta metodológica de Becker con respecto al desarrollo de carreras de consumidores de marihuana (66). Al igual que el acceso, la práctica presenta una relevancia en el análisis de las narrativas de los usuarios de SPA, puesto que permite reconocer el proceso y las acciones desarrolladas por un individuo para incorporar formas de consumo, que a su vez

supone implementos, formas de administración, tiempos, espacios y en general, toda la ritualidad que coexiste entre el usuario y la sustancia materializado en su uso.

Al indagar sobre este aspecto, se evidenciaron malas prácticas de consumo y, por consiguiente, exposición a daños y a riesgos que en algunos casos persisten. Las más frecuentes fueron: *el uso de jeringas usadas, la mezcla de sustancias, el consumo en espacios insalubres, el consumo de sustancias y dosis desconocidas y el consumo en solitario*. Esta situación deja en entrevisto un tema mencionado anteriormente y es el poco acceso y apropiación de información de calidad y basada en la experiencia que mitigue los daños asociados para las personas que deciden consumir o ya consumen SPA. Esta problemática es uno de los muchos retos de la salud pública actual y debe ser atendida de forma directa por la institucionalidad, al igual que apoyar de forma más decidida a las organizaciones de la sociedad civil abanderadas en el mundo frente a este tema⁴¹.

Durante el desarrollo de las entrevistas los informantes consumieron o prepararon los implementos y las sustancias para ser consumidas con posterioridad, esto permitió al investigador evidenciar la pericia técnica requerida tanto para el consumo⁴², como los pasos previos a. Al indagar sobre este tema, fue relevante el acceso a la información a partir de dos medios, la observación y el padrinaje.

El primero se identificó principalmente en el consumo de sustancias fumables e inhalables como fue el caso de la marihuana, los solventes y pegantes y, la cocaína. El basuco supuso para la mayoría de los usuarios un mayor desarrollo de la técnica, principalmente por la necesidad de la construcción de la pipa⁴³.

⁴¹ Nota aclaratoria: la opinión del autor reflejada en este párrafo corresponde a la experiencia académica y laboral con la que cuenta este en este campo.

⁴² Conviene subrayar que el grado de dificultad dependerá en gran medida del tipo de sustancia y la vía por la cual sea suministrada, un ejemplo de esto es el consumo de marihuana, la cual, puede ser vendida en cigarrillos previamente armados o en flores, las cuales será necesario trillar y armar el cigarrillo para su consumo, o el basuco el cual requerirá de una pipa generalmente construida por la misma persona usuaria, lo que supondrá para ambos casos el conocimiento y la habilidad adquirida para lograr su ejecución y correcto consumo que concluya en el efecto deseado.

⁴³ Entendida esta como el mango o subidor y la base o cama donde se coloca el basuco, el cual, se construye con aluminios, ceniza de tabaco o ladrillo, además de una aguja que permite perforar el aluminio y permite el tránsito del aire y el humo producto de la combustión.

“Yo andaba con unos amigos que eran más calle, conocieron las drogas primero que yo, pero al juntarme yo con ellos, fui aprendiendo más de las drogas, y pillando por ahí fui aprendiendo a consumir.” (Cristian)

“Aprendí así, pillando afuera del colegio, cuando pasaban por ahí fumando marihuana” (Katherine)

Para el caso de la heroína, se concluye que la observación no fue el método más usado para aprender su uso, puesto que, esta vía de administración no solo supone la preparación de la sustancia, sino aprender a realizar la punción que, supone conocer las venas, aprender a inyectarlas sin romperlas o causar absesos u otras complicaciones derivadas de la mala técnica de la inyección.

“¡Que boleta!, había unos puntos donde me trataba de inyectar que se me infectaban, así como un nacido y me salía puro pus, horrible qué asco y me dolía todo.” (Diana)

El consumo de heroína, contrario al de la marihuana, los inhalantes y aspirados, el aprendizaje de la técnica se centró en el padrinaje. Un tercero que se encargó inicialmente de inyectarlos y explicarles el procedimiento, desde la preparación de la parafernalia y la sustancia, hasta como identificar y punzar una vena.

Fue relevante que la relación entre el usuario y padrino se dio bajo un interés mutuo de intercambio, en el que la adquisición y el consumo siempre fueron el común denominador en los relatos.

“o sea, pa que él me diera a mí me tocaba irlo a buscar y gastarle la mitad de la plata o la mitad del H, o sea, me tocaba darle 2.500 o la mitad de la bolsa para que él me chuteara porque él era el que me chuteaba porque yo no sabía inyectarme” (Diana)

Es frecuente que, dentro de estas relaciones de conveniencia, se establezcan relaciones de poder en las cuales el conocimiento es el recurso para la dominación de un usuario sobre

otro, que en algunos casos se acompañó de violencia física, verbal y/o psicológica⁴⁴. Estas situaciones evidenciaron que posterior a vivir episodios de violencia, se presentaron entre los usuarios malas prácticas de inyección que conllevaron a lesiones en el cuerpo y en algunos casos a contraer enfermedades de transmisión por vía sanguínea: VIH, virus de la hepatitis C, sífilis, entre otras.

Este tipo de riesgos asociados al consumo de drogas inyectadas son ampliamente descritos en la literatura, en los cuales se abordan generalmente la prevalencia de VIH en Norte América y Asia por el alto consumo presentado principalmente en población joven menor de 30 años (117-119) y, la ocurrencia de sobredosis letales y no letales, estudios que han tomado mayor relevancia en las últimas dos décadas en Norte América a raíz de la epidemia de consumo de opiáceos que para 2016 dejó solo en Estados Unidos alrededor de 160000 fallecidos (120, 121), situaciones presentadas principalmente a malas prácticas de inyección y espacios de consumo regulado.

“... me tocó a la brava aprender a chutearme, primero fue tanto la este que iba a las droguerías y les decía a los médicos que me inyectaran y unos lo hacían, yo les pagaba y otros no lo hacían, pero vos vieras Felipe, uyy eso fue tenaz, después a la brava aprendí a chutearme y cuando aprendí a chutearme dejé de buscar a ese tonto, pero me tuvo así por ahí un año y medio largo...” (Diana)

Aprender la técnica de consumo y depender de sí mismo para adquirir las sustancias, se presenta como el cierre del proceso. Cabe resaltar que esto no es un paso a paso secuencial ni estandarizado, como todo lo relacionado con el consumo, por lo contrario, es flexible y depende de variables tan disímiles como el tipo de sustancias, el lugar, las características personales del consumidor, las relaciones construidas o la experiencia vivida.

⁴⁴ Si bien en las encuestas se expone la presencia de violencias principalmente entre las mujeres usuarias, entre las entrevistadas solo una manifestó la vulnerabilidad y las agresiones que se han presentado por el hecho de ser usuaria de SPA en situación de calle. Sin embargo, al hablar con algunas de ellas fuera de la entrevista y con algunos de los funcionarios del programa en conversaciones informales, se evidenció la presencia de violencias, ligadas principalmente al acceso a la sustancia o al consumo de estas cuando se desconocía la técnica de consumo.

Por consiguiente, también es necesario mencionar que este proceso se presenta con cada nueva sustancia que se desea consumir, aunque por experiencias previas el proceso se reduce y en ocasiones la información necesaria se ha incorporado previamente desde la interacción con otros que confluyen en el territorio. De igual forma, es importante profundizar en los momentos en que se da el consumo dentro de la trayectoria de vida de una persona, el tipo de consumo, de sustancias, espacio y círculo de consumo, entre otras variables que inciden en las prácticas desarrolladas tanto de consumo como los momentos y circunstancias al que se circunscribe y el sentido que se le da a este. Aspecto que se tocará a continuación.

Consumo: prácticas y sentidos

Como plantea Sevilla (46), lejos de basar las acciones y decisiones en postulados de la corriente realista en donde el riesgo se asocia a la irracionalidad y la falta de sentido, en el consumo de SPA el riesgo es como una respuesta lógica a múltiples situaciones biográficas que lo configuran y reconfiguran y a su vez, se soporta en múltiples sentidos y prácticas que se desarrollan en la tensión constante entre lo objetivo y subjetivo, basado en los postulados del constructivismo estructuralista.

Por tanto, en este apartado se presentarán los hallazgos con respecto a la configuración del sentido y de prácticas de consumo de sustancias distintas a la heroína para posteriormente profundizar en ella.

Consumo inicial de SPA distintas a la heroína

Tanto las prácticas como los sentidos son diversos entre los y las entrevistadas, sin bien plantean algunos puntos de encuentro, tienden a distanciarse y a establecer un propio cause que corresponderá en gran medida de las vivencias, los significados y los impactos (positivos y negativos) de las sustancias sobre cada individuo.

Una de las primeras similitudes que se pueden establecer en las narrativas, es la división tácita entre el consumo de sustancias legales e ilegales. Son marcadas las afirmaciones que establecen al inicio del consumo con el uso de sustancias ilegales, principalmente la marihuana. Si bien la entrevista no permitió profundizar en este punto e indagar sobre los motivos de esta diferenciación, se pueden diferir que las convenciones sociales y carácter

legales sobre las SPA, establecen entre los usuarios una asociación entre la legalidad o ilegalidad de la sustancia y el reconocimiento del inicio de su consumo.

Es así como la categoría legal que reviste a las sustancias y que a su vez fundamenta la norma social (venta, compra, tenencia y uso) y las representaciones sociales, es asumida por algunos usuarios como una anécdota o una experiencia con respecto al consumo de alcohol o cigarrillo y no es identificado como el inicio de su consumo, puesto que, asocian el consumo de sustancias psicoactivas solo con la ingesta de las ilegales.

Lo anterior se refleja en la frase *“La primera sustancia que probé fue el cannabis, la marihuana, que es como uno empieza”*, enunciada por un usuario que previamente hace referencia a episodios de alcohóramiento. En este punto, el entrevistado desconoce totalmente el consumo de alcohol y su uso excesivo como parte de su carrera de consumo, minimizándolo a un hecho trivial, normalizado y dado, sin ningún tipo de repercusión o injerencia en el desarrollo de su consumo.

Esta percepción sobre las sustancias por parte de los usuarios entrevistados y la incorporación de marcos normativos y de representación en torno a la legalidad o ilegalidad de las sustancias y por ende de la ruptura o no de la norma a partir de las variables ligadas al reconocimiento de su uso y, de los impactos a partir del status que se le otorga, conlleva a desconocer la relevancia y los impactos principalmente del alcohol y el cigarrillo, al igual que el inicio real de sus trayectorias de consumo.

Para tener un panorama más amplio de esta afirmación, de las 7 personas entrevistadas, uno manifestó haber iniciado su consumo con alcohol⁴⁵, a pesar de que las seis restantes al ser indagadas por la primera sustancia consumida lo asociaron con sustancias ilegales, pero al preguntarles por el alcohol y cigarrillo manifestaron haber usado antes, sin reconocer este hecho como el inicio de sus carreras de consumo.

⁴⁵ Un punto importante que puede enriquecer la discusión sobre el consumo, se relaciona con la necesidad de ampliar la asociación del consumo de alcohol y cigarrillo, puesto que, suele limitarse su análisis a resultados de antecedentes de consumo familiar y/o mediadores sociales y en muchos casos se minimiza su consumo y sus impactos individuales, familiares y comunitarios, en especial cuando se presenta de forma problemática, incluso reduce su carácter mismo y lo establece como una sustancia más dentro del consumo cotidiano que se incorpora a cierta edad o curso de vida y que suele simbolizar el inicio de una etapa como por ejemplo la adultez.

Incluso se pudo evidenciar que, dentro de su consumo actual el cigarrillo no es reconocido de forma expresa como parte de esta dinámica o al menos el sentido de su consumo no se relaciona con placer o gusto. Es interpretado como un de medio o acompañamiento para el consumo de otra sustancia, y no como una sustancia en sí misma. Esto se pudo evidenciar durante algunas entrevistas en las que consumieron y al indagarles sobre ello, manifestaban que lo hacían para pasar el rato mientras podían volver a usar heroína y/o basuco, pero, sobre todo para ir recolectando la ceniza que luego usarían para basuco. Vale anotar que es un implemento necesario en el proceso de preparación de la pipa para consumirlo⁴⁶.

Ahora bien, al indagar sobre el proceso de consumos en cuanto prácticas, sustancias, lugares, compañías, frecuencia, motivaciones y sentidos del consumo de SPA ilegales (tomando en cuenta lo mencionado con respecto al alcohol y cigarrillo en los párrafos anteriores), se evidencia que tienden a ser similares en razón a las sustancias consumidas al inicio y las prácticas en torno a este, pero difieren en cuanto a las motivaciones y sentidos. Reflejan con mayor severidad las diferencias y diversidades de prácticas y sentidos a medida que avanza el consumo y, con esto, la experiencia y la experimentación con nuevas sustancias, las relaciones construidas, los contextos y entornos que se transitan.

Al profundizar en las similitudes y diferencias con respecto a prácticas y sentidos del consumo, se puede evidenciar que la marihuana es la sustancia usada con mayor frecuencia inicialmente, así lo afirmaron seis de los siete entrevistados/as⁴⁷. Este consumo se dio en edades tempranas, en promedio a los 15 años, y se presentó en contextos de ocio y en territorios cotidianos como el colegio, el barrio o fiestas.

Con respecto al sentido que se le da en un primer momento al consumo de marihuana, suele ser diverso y motivado por distinto factores entre los que se identifican la mediación y

⁴⁶ La ceniza se usa como base o soporte para el basuco, al colocarse en la pipa a modo de “la cama” sobre la que posteriormente se colocará la sustancias a ser quemada y absorbida por el usuario.

⁴⁷ Es necesario aclarar que la marihuana como sustancia de inicio corresponde a factores como la facilidad en el acceso, como se evidenció en apartados anteriores, representaciones individuales y colectivas sobre el impacto en la salud, su carácter de sustancia natural, entre otras. De igual forma, es indispensable manifestar que este documento no pretende legitimar posturas y representaciones entorno al consumo de marihuana como la puerta de acceso a otras sustancias. La convivencia entre estas y los individuos responde a procesos históricos que ha conllevado a diferentes uso y formas de relacionamiento, sin embargo, en algunos casos este relacionamiento se torna problemático a partir del contexto en que se da y las pocas herramientas con que se cuentan para abordarlo, que generalmente se reduce al estigma, la criminalización y la exclusión del individuo.

sociabilidad entre individuos, el reconocimiento y acceso a grupos específicos, la recreación y el ocio. En todos los casos el sentido que se establece se relaciona con el placer y con la posibilidad de ruptura de la norma (66).

“...y ellas eran cuatro personas que vivían en la casa, ellas me decían que eran primas resultaron siendo bisexuales, todas consumían y yo por no quedar mal. Ellas me dijeron vos algún día has probado marihuana, y yo, uf yo soy marihuanerísimo, mentiras que no me gustaba...” (Rodrigo)

“compramos una marihuana y no la fumamos y de ahí pa allá seguimos haciéndolo todos los días en el parque del barrio” (Katherine)

“desde noveno hasta once yo era la que les daba la hierba pa que fumaran y me comprarán” (Diana)

Posterior a este consumo inicial, rápidamente suele presentarse el uso de nuevas sustancias, principalmente de cocaína e inhalantes que se dan en contextos similares al de la marihuana, pero que en el transcurso del tiempo transitan de un uso colectivo a uno individual y en espacios privados. Migran de consumos con motivaciones y sentidos relacionados con acciones grupales de interacción y sociabilidad, a acciones individuales ligados al mantenimiento de un hábito y a la búsqueda de placer producidos por la sustancias o para acciones específicas, como lo manifiestan algunos usuarios que relacionan este hecho con manejo de emociones como el rechazo, dolor y rabia, el dolor físico e irritabilidad: “he sentido los síntomas más fuertes que son, dolor de cabeza, hasta los dientes te duelen, te duelen los ojos, te fastidia la gente” o, en algunos casos para contar con energía para la ejecución de una acción específica “mira que yo salía a trabajar normal y me fumaba dos en el día, uno cuando me iba a ir a trabajar ahí a la carrilera”.

“La mayoría de las veces en todos los hogares, o los jóvenes lo hacen por olvidar una pena, una rabia, y como somos tan jóvenes. En mi caso, yo no estoy hablando de una pena amorosa, sino de una pena, se puede decir... que, de rechazo, ¿no? Yo voy y me refugio en las drogas, en el sentido que consumido en el momento se me olvida el problema que he pasado ¿no? [...] Yo me he confrontado en dos ocasiones con mi padrastro,

precisamente por eso, por defender a mi mamá, pero mi mamá lo defiende es a él, entonces ese es mi dolor y mi rabia, y mis sentimientos me han alejado de ella, y vengo y me refugio acá en la calle con la droga.”
(Cristian)

A medida que aumenta la trayectoria de consumo suele presentarse policonsumo⁴⁸, sin embargo, cada nueva sustancia consumida se desarrolla en contextos similares a los descritos en el proceso tanto de conocimiento, como de aprendizaje, aunque los tiempos pueden variar a raíz de la experiencia acumulada. Cabe resaltar que en todos los casos se observó el tránsito de uso grupal a individual y, dependiendo el gusto desarrollado por la sustancia se continua o para su uso.

En este punto, las sustancias usadas suelen ser variadas y sin un orden o tiempos establecidos, sin embargo, suele ser frecuente que la heroína inyectada sea una de las últimas sustancias en ser empleadas⁴⁹ junto al basuco. Estos consumos presentan características propias, tanto en su práctica como en sus sentidos, que producen un hábito más arraigado y cambios durante el proceso de consumo.

Práctica y sentido del consumo de heroína inyectada

A modo de recordatorio, la heroína pura o diacetilmorfina⁵⁰ es un polvo generalmente blanco que se deriva del alcaloide morfina que, a su vez, se encuentra en la planta de adormidera (*papaver somniferum*) o amapola. Sus formas de uso pueden varias según el medio en que es introducida en el cuerpo, a saber: esnifado (aspirado), fumado o inyectado, haciendo que sus efectos varíen su nivel de intensidad y de riesgo.

Entre los tipos de consumo, el inyectado se identifica como el de mayor riesgo, en primer lugar, por la mayor probabilidad de sobredosis (letal o no letal) y en segundo lugar por la probabilidad de transmisión de virus a causa del ingreso directo al torrente sanguíneo de implementos y/o sustancias contaminadas, o por enfermedades bacterianas producto de malas prácticas de consumo (122, 123). Por lo anterior, se estima que este consumo presenta

⁴⁸ Consumo de diversas sustancias en un mismo periodo de tiempo.

⁴⁹ De las 7 personas entrevistadas, solo una manifestó que el consumo de heroína fue la segunda sustancia en consumir, las demás afirmaron que fue la última junto al basuco.

⁵⁰ Consultado en el web site: www.drugs.com

la principalmente carga de pérdida de AVAD (1), como se presentó en la introducción de este documento.

Sin embargo, a partir de los resultados obtenidos se evidenció que en ninguno de los entrevistados el consumo de heroína se dio por vía inyectada, situación que afirman se extrapola al grueso de las personas usuarias de esta sustancia. Esto se da a partir del estigma que se tiene sobre los inyectores tanto de personas que no usan drogas, como de aquellas que sí lo usan, incluidos los usuarios de basuco y de heroína fumada.

La inyección de sustancias carga con tal estigma, que incluso el territorio está demarcado para su uso. A diferencia de la marihuana, la cocaína o incluso el basuco, se evidenció que existen zonas simbólica y territorialmente demarcadas donde la venta y el consumo es permitido. Hacerlo por fuera es motivo de sanción social (agresión) (66) ejercida principalmente por dealers o vendedores de otras SPA, que ven en esta práctica como un riesgo para sus ventas, puesto que, la probabilidad de una sobredosis letal es alta y con esto la presencia de autoridades y el potencial cierre temporal del expendio. Esto se evidenció durante una de las entrevistas en la que fue necesario parar y cambiar de calle debido a que en el espacio donde se estaba realizando no estaba permitido el consumo de heroína, así como la permanencia de quienes la usan.

El control territorial y el estigma sobre la población inyectora, incluso entre pares, ejerce una presión para que el acercamiento inicial a la heroína se dé por vía fumada o esnifada, vías de consumo que presentan un riesgo significativamente bajo de sobredosis. El inicio del consumo de heroína por vía fumada y esnifada se encuentra ampliamente descrito en la literatura revisada, mostrando un patrón de tránsito a la inyección⁵¹. El paso del consumo fumado al inyectado se da por varias variables, siendo la más relevante el incremento de la tolerancia y por ende la necesidad de aumentar la dosis. En este punto se estable un análisis de costo-efectividad en el cual, por la misma cantidad al inyectarse se tiene un rendimiento entre 5 y 10 veces mayor al consumirla fumada (124, 125).

Este mismo comportamiento se ve reflejado en la experiencia de consumo recogidas, en las que seis de los siete entrevistados iniciaron el consumo de heroína por vía fumada, en una

⁵¹Los tiempos en que se pasa de consumo fumado al inyectado varían dependiendo cada caso.

mezcla que se realiza principalmente con marihuana o basuco, la cual es puesta sobre una lata o superficie metálica delgada que es calentada y los vapores que emanan de las sustancias son absorbidos por medio de un subidor (pitillo) o de forma directa por el usuario. Este consumo es conocido como “balazo” o “balaceo”, en algunos lugares también es conocido como chino o camino del dragón (3).

Los motivos iniciales de consumo de heroína suelen coincidir en los relatos con el de otras sustancias ya mencionadas, al menos cuando es fumada. La curiosidad y el deseo de llegar a nuevos niveles de sensibilidad y placer fue en la mayoría de los casos los principales motivos, tal como se evidenció en la caracterización. Sin embargo, difiere de otras SPA, en primer lugar, porque por el estigma de la heroína y los usuarios de esta produce un sentimiento de culpa que se alimenta búsqueda constante de aceptación por parte de quienes considera lastimó o decepcionó por su decisión, que en la mayoría de los casos corresponde a una figura femenina (madre y/o abuela). En segundo lugar, asumen procesos reflexivos y de cuestionamiento frente a los pros y los contras del consumo de heroína, balanceando los riesgos y el placer (físico y emocional)⁵².

“...ante los ojos de Dios y en esta entrevista y le pido perdón a mi mamá por haber procedido a probar esta droga porque también los problemas son por esta droga, procedo a pegarme los plones y me encanta, ME ENCANTA. Yo siento que estoy bien, me siento bien físicamente, me causa la sensación de estar bien, no voy a comenzar a reírme como un bobo, porque la heroína no te da risueña, la heroína te apacigua, te calma.”
(Cristian)

Un punto en común entre varios entrevistados/as es que al momento de consumir por primera vez el sentido y el significado que se le otorgó es el mismo: placer y una total satisfacción al consumirla. De igual forma, también fue recurrente que en este primer momento se desconociera la sustancias que se consumió, puesto que las expectativas y deseos esperados era sobre otra sustancia, generalmente cocaína.

⁵² Esta dos situaciones se reiteran cuando se da el tránsito de fumada/esnifada a inyectada, hecho que se da al reconocer al consumo no solo se produce como una acción social (52), sino también en la interacción de las condiciones objetivas-subjetivas que configuran el sentido (58-61) y la resignificación del riesgo y de la relación con el entorno (47), reconociendo tanto el pasado, como el presente y con mayor o menor grado de conciencia, las proyecciones a futuro, sin que ello implique necesariamente el cálculo de riesgos o beneficios.

“...yo voy y me meto un pase pues, llego yo y me meto un pase, deme dos bolsas pues y la pepa, cuando yo llego a mi casa yo siento como si me estuvieran arañando así, calor por el cuerpo, y el mareo más verriundo del mundo, ya había consumido H y no sabía que era heroína, supuestamente por perico...” (Rodrigo)

En un caso el consumo no fue placentero, pero se mantuvo por la presión social y la búsqueda de aceptación, sin embargo, este hecho no es frecuente. Ni en la caracterización, ni en el grueso de las entrevistas o la bibliografía revisada se registra este motivo dentro del consumo de heroína, como si suele ser mencionada con otro tipo de sustancias.

Con respecto a los tiempos de uso por esta vía, varían dependiendo de la persona, no obstante, se agotan rápidamente como lo indica la literatura para buscar nuevas formas, que desembocan más temprano que tarde en la inyección. En este tránsito se presenta, de forma generalizada una modificación, además de la práctica, en el sentido debido al aumento de la tolerancia y el costo-beneficio, es decir, en una menor inversión de recurso porque se compra menos, rinde más (aumento del número de dosis) y se genera una mayor intensificación en los efectos obtenidos (124, 125).

“me comencé a inyectar cuando ya me descoliquiaba⁵³ a esta hora no era una sola bolsa, tenía que consumirme dos bolsas pa poderme quedar descoliquiado [...] entonces ahí fue cuando dos personas que ya están muertas por heroína, me dijeron, no, a usted le va a tocar comenzar a inyectarse, y yo ¿por qué?, porque ya no le hace nada, es más la misma bolsa que usted se va a comprar ahoritica, con esa bolsa le va a durar todo el día, eche cinco balazitos en una bolsita y échele diez de agua, inyécteselo, me inyecté y quedé fue [...] foqueado, foqueado y yo ve claro, antes me tenía que consumir ocho, diez bolsas al día, ahorita con una sola de H inyectada duro todo el día” (Rodrigo)

⁵³Hace referencia al alivio o calma del síndrome de abstinencia posterior a consumir la sustancia que la dependencia física a la sustancia que lo genera.

Los cambios en las prácticas relacionadas con el consumo de heroína conllevan a un proceso de reflexión sobre el placer vivido y los riesgos asumidos que, se profundizan y agudizan en la medida que avanza el consumo. Este proceso reflexivo pone en tensión lo objetivo y lo subjetivo, y con ello la construcción del sentido y la práctica que se soporta en la interlocución de las normas, valores, estigmas y representaciones, en contraposición con la introspección frente a su deseo y posibilidades de placer que, terminan por sobreponerse orientando la acción, la práctica y el sentido de la inyección.

Los resultados permiten establecer que la inyección como medio de consumo supone entre los usuarios de SPA, incluidos consumidores de basuco y de heroína fumada, una degradación del individuo que se asocia con *“el nivel más bajo que se puede llegar”* en el consumo. Sin importar el grado de vulnerabilidad vivido por los individuos y, las posibles similitudes entre ellos, la práctica se instaura como una cuestión subjetiva que categoriza y determina frente a los otros (no inyectores) el nivel de impacto (social) y el lugar que ocupa dentro del campo social.

De igual forma, a partir de las entrevistas se identificó que la incorporación de la punción como práctica supone conlleva a las rupturas familiares o redes cercanas por fuera del consumo que aún permanecen, principalmente por el estigma que hay por este tipo de consumo y segundo, por el ciclo de *“conseguir, consumir, conseguir”* que conlleva el consumo problemático de la heroína, producto de la velocidad con que se tiende a experimentar síndrome de abstinencia y con el la necesidad de un consumo frecuente. Esta situación también aceleró en todos los entrevistados la habitabilidad en calle y, aseguran que es extrapolable a la mayoría de los usuarios de drogas inyectadas, como lo manifiesta uno de los entrevistados *“la mayoría de las personas que están en la calle, la mayoría, puede decirse que el 100% son heroinómanos, pero también consumen basuco”*.

Si bien es frecuente la asociación entre heroína, basuco y habitabilidad en calle (3), el alcohol y los solventes tienen incidencia con este fenómeno. Estudios realizados principalmente en Europa Occidental y Estados Unidos exponen la relevancia de los desórdenes del comportamiento en población con habitabilidad en calle, y estipula el consumo problemático de alcohol y la dependencia a otra SPA como los de mayor prevalencia (126, 127). Situación similar se identificó en Vancouver Canadá (128), ciudad en donde la epidemia del consumo

de opioides ha llegado a tal proporción, que desde principios del siglo XXI se han librado fuertes luchas por parte de la sociedad civil que llevó a reformas de políticas de drogas, al establecimiento de la reducción de riesgos y daños como un abordaje amplio e integrado que incluye promoción, prevención y atención tanto para la reducción de daños (entrega de material de inyección, salas de consumo supervisado, equipo extramurales de salud, entre otros) como para la atención farmacológica y psicoterapéutica.

Para el caso de la ciudad de Cali, en 2014 se realizó un análisis del autoreporte de consumo de SPA de 763 personas en situación de calle vinculadas al centro de atención temporal municipal, evidenciando que 77% consume alguna sustancia, principalmente marihuana, basuco y cocaína (129). Cabe resaltar que este estudio no identificó a usuarios de drogas inyectadas a pesar de la alta prevalencia en calle de esta población como se ha presentado anteriormente, esto conlleva a profundizar en la oportunidad en el acceso a servicios sociales para la población inyectora, la cual, según la caracterización arrojó un poco accesibilidad (11%) y, que posteriormente se reafirmó en las entrevistas. Que evidencia el estigma, la vulnerabilidad social e institucional con la población inyectora PID, sin embargo, no es un tema para profundizar en este estudio.

Otro aspecto relevante y que incide en los sentidos y las prácticas analizadas, además de la habitabilidad en calle, es el sexo de la persona⁵⁴. Las mujeres, presentan una mayor presión social frente a los roles que deben ser asumidos por estas dentro del campo social. Por lo tanto, el consumo suele ser mayormente cuestionado que, en el caso de los hombres, al igual que la negación de sus derechos individuales y sociales que lleva a un aumento de las condiciones de vulnerabilidad e indefensión (11, 115, 130). Esta situación tiende a exacerbarse cuando el consumo es inyectado, el cual supone unas estéticas femeninas que suelen entrar en tensión con el impacto físico del uso de la sustancia que concluye en el desarrollo de prácticas de consumo diferenciales que disminuyan el impacto físico, pero en muchos casos aumenta el riesgo de sobredosis o daños permanentes, principalmente por la punción en zonas de alto dolor y de daños permanente en la funcionalidad (3).

⁵⁴ Al hablar de sexo nos referimos a sexo biológico y se limita a hombre y mujer, en razón a que todos los encuestados y entrevistados se identificaron en estos dos valores, no se tiene registro de mujeres u hombres trans.

Lo anterior sumado a los riesgos del ser mujer usuaria que se identificaron en las narrativas, la habitabilidad en calle, las inequidades y estereotipos terminan siendo interiorizadas y ejecutadas esta vez no como hechos sociales, sino como acciones esperadas dentro de un “castigo” por salir de la normalidad (66). Situación que ha sido descrita en otros estudios (70) e incluso es una constante alarma entre los organismos multilaterales que abordan este fenómeno (1).

CF: ¿Te has sentido agredida por ser mujer en la calle? - no responde- ¿Te has sentido agredida por ser mujer en la calle, consumidora de heroína?

B: muchas veces

CF: ¿Cómo cuáles? ¿Cuándo te has sentido agredida?

B: cuando me cogían como a la fuerza, como presionándome, ya, manes que me aruñan (Brigitte)

A partir de lo expuesto cabe mencionar que la decisión de auto suministrarse la dosis de heroína por una vía u otra es el producto de la relación entre múltiples variables que confluyen en una simbiosis indivisible donde el acceso a la sustancia no es el único requisito para su consumo y en el cual convergen los procesos históricos, experiencias, vivencias y construcciones individuales y colectivas, sumado a la configuración del sentido del riesgo que sobre la inyección recae y en contraposición los beneficios que conlleva asumirlo desde una mirada desde el constructivismo social y en respuesta a lógicas propias del individuo y que suele distanciarse de la definición de riesgo tradicional próxima a una decisión irracional y sin propósito (46).

Ahora bien, en estricto desarrollo de los sentidos y la diferencia de estos en el mediano y largo plazo en la trayectoria del consumo también se presentan algunas particularidades con respecto a otras SPA. En cuanto a este tema, se evidencia durante la etapa inicial la heroína se asocia de forma directa al placer y a la sensación de alivio. Cabe resaltar que esta suele funcionar como un *analgésico tanto para el cuerpo, como para el alma*⁵⁵, en algunos casos

⁵⁵ Frase recurrente de Inés Elvira Mejía, una de las investigadoras con mayor reconocimiento en tema de política de drogas en la región.

la búsqueda de respuestas a sentimientos de tristeza, desesperanza, angustia o cualquier sufrimiento psíquico y/o social es hallada en ella y la sensación de alivio generado.

Sin embargo, el placer y alivio no son los únicos sentidos identificados. Fue recurrente entre los informantes la necesidad de un nuevo inicio que se da sí y solo sí existe una ruptura total de la realidad vivida y de las relaciones y rutinas construidas. Esta necesidad de cambio se puede dar a partir de un agotamiento físico y emocional, producto de diversas condiciones y contexto relacionados tanto con las trayectorias de consumo, como con antecedentes de violencias, exclusión, pocas herramientas de afrontamiento entre otras. La ruptura que supone el consumo de SPA, y específicamente el consumo de SPA inyectadas, supone también el dejar atrás la realidad(es) vivida(s) hasta el momento y el inicio de una nueva, la cual es asumida e incorporada por los y las PID.

El reconocimiento de los otros a la configuración de nuevas relaciones mediadas por la sustancia y a la necesidad de establecer un liderazgo y construir respeto dentro de su entorno a partir de los riesgos asumidos al momento de la inyección y el placer generado por ese reconocimiento, y no solo el placer dado por la sustancia es otro sentido identificado. De igual forma, en un caso se evidenció que el sentido del consumo inicial giro entorno a la experimentación y la construcción de marcos de referencia con la sustancia, para poder establecer un diálogo con una persona cercana inyectora. En otras palabras, el sentido dado es el de fundamentar la conversación y la relación a partir de la experimentación con el consumo inyectado.

“Entonces antes de irme a Caracas, yo tenía contacto con unos amigos allá y me habían dicho que mi amigo menorsin, el parcero con el que yo montaba tabla había caído en la heroína inyectada y que estaba pidiendo en el metro y dije que para no juzgar a mi amigo tengo que saber, y tin me inyecté aquí antes de irme para allá; me inyecté por primera vez en Pereira.” (Ilish)

Con el paso del tiempo, el aumento en la frecuencia, la cantidad y por ende de la tolerancia lleva a que los usuarios experimenten síndrome de abstinencia que se manifiesta en la intensificación del dolor corporal, ansiedad, tos, diarrea, fiebre, escalofrío, entre otros signos y síntomas causados por este. Con esta nueva variable el sentido poco a poco tiende a

modificarse, un patrón recurrente en todas las entrevistas, y se centra en la generación de placer a partir del alivio de los síntomas, lo que a su vez reconfigura la práctica.

En este punto las prácticas se dan con base en los tiempos en que se presentan los síntomas del síndrome de abstinencia, lo cual incide de forma directa en la construcción de una rutina rígida por parte de los usuarios, que consiste en desarrollar las actividades necesarias para la consecución de la sustancia para el consumo en horarios poco flexibles, y que por ende regula los horarios, los desplazamientos, la compra y el uso, rutina que se repite durante todo el día.

La cantidad de dosis consumida varia, dependiendo en primer lugar del requerimiento del organismo según el nivel de tolerancia, la calidad de la heroína comprada, los recursos disponibles y la oferta de la sustancia en los puntos de expendio.

El síndrome de abstinencia es un factor clave para entender estos nuevos sentidos y prácticas que se configuran entorno a él. Si bien, todos los entrevistados coinciden en que este es el principal motivo para consumir, la forma de experimentación, la dosis, el momento del consumo (práctica) y el sentido que se le da este, pertenece de forma exclusiva a la individualidad y subjetividad (65).

“Ella (la madre) no sabe el dolor literal, dolor físico, y psicológico, porque se dice que son 28 dolores que se activan en tú cuerpo cuando no consumís heroína y yo los he sentido... he sentido los síntomas más fuertes que son, dolor de cabeza... con decirte que hasta los dientes te duelen, te duelen los ojos, te fastidia la gente... es algo que te desesperas, porque el cuerpo no tiene voz, pero se manifiesta con espasmos musculares, con diarrea, se te hinchán las amígdalas generando carraspera en la garganta, lo que causa que te de mucha tos. Estoy hablando cuando el cuerpo te está pidiendo heroína. Si te da dolor de cabeza y no consumís, el vuelve y te llama y te pide con un dolor de columna. O con decirte que hasta las plantas de los pies te duelen, él te está pidiendo, te está diciendo que necesita esa droga. Y entonces yo estoy sintiendo un dolor físico, entonces me da miedo, ese dolor me da tanto miedo, que me obliga a... no robo gracias a Dios, pero sino me resulta un trabajo, me toca hasta pedir.” (Cristian)

La experimentación de placer causado por aliviar o por evitar que lleguen estos síntomas es el nuevo sentido que se configura de forma unánime entre las PID con consumos extendidos por vía inyectada. Varía la permisividad del dolor que desean soportar y el momento de la punción, en otras palabras, en algunos casos permiten que los síntomas se intensifiquen antes de inyectarse, puesto que, así vale la pena la “chuteada”, de inyectarse antes no hay placer puesto que los sentidos del placer generado por la sustancia o de relajación ya no son experimentados, y consumir antes del síndrome es equivalente a un consumo carente de sentido.

El sentido suele ser colectivo, causado a partir de un factor biológico, pero cuya configuración se da en la experimentación de este. Es así como el sentido puede estar dando por la búsqueda de alivio y placer a partir de este, o como se mencionó con anterioridad al miedo a sentirlo; pues como dice Cristian uno de los entrevistados *“prácticamente ahora es la que me domina (la heroína), es la mamá de las drogas ¿por qué? porque si no la tengo me hace falta y si la tengo pues es vos sabes la sensación es áspera”*.

9. CONCLUSIONES

A modo de conclusión, es importante mencionar que el propósito central de este estudio es aportar algunos insumos que permitan trascender los abordajes tradicionales frente a las sustancias psicoactivas, principalmente el de heroína inyectada, los cuales lo reducen a acciones irracionales o carentes de cualquier proceso reflexivo. Estableciendo este fenómeno como un problema en sí mismo, desconociendo las realidades de los contextos sociales y familiares, así como de los usuarios, sus vidas, sus vivencias, experiencias, expectativas, conocimientos, vulnerabilidades, sentimientos, sentidos, motivos, prácticas y demás situaciones que inciden de forma directa e indirecta en el consumo.

Aproximarse al consumo desde las voces de quienes lo viven, permitió privilegiar *el punto de vista de los actores*, profundizando en las motivaciones y sentidos otorgados al uso de sustancias, su construcción histórica, las tensiones vividas entre lo social y lo individual, así como las múltiples variables que inciden en cada uno de los momentos analizados en las carreras de consumo: conocer, aprender y consumir.

En este sentido me permito hacer algunas consideraciones para futuras investigaciones e intervenciones de salud pública con usuarios y no usuarios de sustancias psicoactivas:

- 1.El consumo de sustancias psicoactivas no se puede reducir a una elección irracional, producto de la “desviación” o, el deseo intrínseco de romper la norma. El consumo en algunos casos se soporta en procesos racionales en los cuales se pone en la balanza

los riesgos frente al placer, colocando al individuo en el centro de la decisión y rodeándola de sentidos y significados particulares.

2. La familia como objeto de intervención es clave para la prevención del consumo, pero, sobre todo para la prevención de consumos problemáticos. Las acciones de identificación y abordaje temprano de los factores de riesgo que inciden en el desarrollo de prácticas de uso y consumo de SPA deben ser un foco de fortalecimiento por parte de la institucionalidad. Algunos de los factores identificados en el estudio: antecedentes de violencia y/o consumo al interior del hogar, poca o nula regulación sobre las sustancias y su consumo en el hogar, abandono y rupturas familiares tempranas, poca o nula información de calidad sobre las SPA y debilidad en la familia para afrontar situaciones de dolor y/o tensión emocional.
3. En este mismo sentido, se deben potenciar las capacidades y conocimientos para hablar de drogas de forma abierta, sin tapujos, ni prejuicios y basados en la evidencia científica y de calidad con padres, madres y cuidadores(as), con el objetivo de brindar todas las herramientas posibles a niños, niñas, adolescentes y jóvenes que permitan a futuro tomar decisiones informadas y sin presión.
4. Reducir el abordaje del consumo de SPA a la prevención y a la atención médica y psicosocial, lleva a desconocer un abanico de realidades en medio de personas funcionales socialmente, usuarias de sustancias que se encuentran por fuera de las intervenciones en salud pública, sumado a posible estigma y criminalización. Es por esto fundamental plantear abordajes intermedios, como la reducción de riesgos y daños, la escucha activa, el acompañamiento psicosocial, entre otros que respondan a las necesidades de información y/o apoyo para quienes decidimos consumir alguna sustancia de forma recreativa o habitual, sin necesidad de presentar consumos problemáticos o farmacodependientes.
5. Además de la familia, los pares son actores claves en el proceso de conocer y aprender a consumir. Es por esto por lo que generar espacios de confianza e interlocución con los jóvenes es clave para la institucionalidad, permitiendo identificar necesidades y dinámicas vividas en los territorios en torno al consumo.
6. De igual forma, es clave brindar a los jóvenes toda la información e insumos necesarios para una práctica de consumo de menor riesgo⁵⁶, al igual que el soporte psicosocial (si se decide consumir) que conlleven a reducir las probabilidades de riesgos y daños asociados a malas prácticas de consumo, que son a su vez las causas de las principales problemáticas en salud pública que se desprenden del consumo

⁵⁶ Dependiendo de las sustancias y la vía de administración, hablamos de subidores, pipas de materiales apropiados para la combustión, filtros, limpiadores de parafernalia, jeringas, etc.

(sobredosis letales y no letales, trastornos de salud mental, prácticas sexuales de riesgos, lesiones a otros y/o autolesiones, consumos problemáticos entre otras).

7. La oferta existente en la ciudad de Cali para la atención de personas usuarias de drogas inyectables presenta un avance importante en cuanto al reconocimiento, visibilización y atención paliativa, centrada principalmente en la entrega de material higiénico de inyección de menor riesgo, talleres de prevención y atención de sobredosis, exigibilidad de derechos y generación de espacios de ocio y esparcimiento. Sin embargo, el acceso a servicios sociales, educativos, laborales y clínicos es limitado, marcado en gran medida por el estigma, el desconocimiento, el miedo, la falta de empatía y el poco conocimiento técnico entorno a este tipo de consumo.
8. De igual forma, es necesario promover estrategias diferenciales y con enfoque de género que reconozcan tanto los tipos de consumo, como las diferencias del ser mujer cisgénero o trans consumidora, las vulnerabilidades existentes y las barreras y estigmas que conllevan a un deterioro de la salud física y mental más rápido que el de los hombres en casos de consumos problemáticos.
9. Es necesario replantear las relaciones que se construyen con las sustancias y con los usuarios, tanto a nivel individual, comunitario e institucional. Entender las dinámicas de consumo (sustancias, formas de administración, espacios, motivos, sentidos, etc.), los tipos de usuarios, los espacios de consumo y los retos que propone este fenómeno y así, plantear acciones políticas y sociales de fondo. Continuar viendo el consumo como un problema es desconocer el carácter recreacional, relacional, histórico, cultural y ceremonial de las sustancias, su influencia en la cotidianidad y en la construcción de identidad tanto individual como social. Al igual, que la responsabilidad no solo individual, sino también social, colectiva e institucional de las problemáticas actuales asociadas a las malas prácticas de consumo.
10. Es importante manifestar que además de realizar la aproximación desde los usuarios, uno de los aciertos de este estudio fue el proceso previo de acercamiento a los usuarios y al territorio. Que permitió la generación de confianza y apertura tanto de los entrevistados, como de los demás actores que aquí confluyen. Lo que me permitió ampliar el panorama frente a las diferentes problemáticas de salud pública vivida tanto por usuarios, como por no usuarios que viven y transitan día a día este sector.
11. Con respecto a las limitaciones del estudio se identifican varios aspectos, entre los que se resaltan los abordajes con enfoque de género, la mirada institucional frente al tema, las barreras de acceso a los servicios de sociales y de salud, la evaluación de impacto de los programas de atención a usuarios problemáticos y no problemáticos de SPA en el distrito de Cali, al igual que el impacto de las acciones de prevención en instituciones educativas públicas y privadas, o las vivencias de los padres madres y

cuidadores de usuarios de drogas inyectadas. Temas que se sugieren para próximas investigaciones que permitan avanzar en establecer nuevos enfoques y paradigmas sobre el abordaje del uso y consumo de SPA.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas 2017 [Internet]. 2017. 36 p. Available from: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf
2. Medina-mora ME, Psic D, Real T, C M, Villatoro J, Psic L, et al. Las drogas y la salud pública : ¿ hacia dónde vamos ? 2013;55(1):67–73.
3. Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia. La Heroína en Colombia, Producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de la evidencia y recomendaciones de política [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 23]. Available from: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03132015-la_heroina_en_colombia_produccion_impacto_salud.pdf
4. Chitwood JesusComerford,MaryMcCoy, Clyde D. Primary Preventive Health Care among Injection Drug Users, Other Sustained Drug Users, and Non-Users. Subst Use Misuse [Internet]. 2001;36(6–7):807. Available from: <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=8533665&site=ehost-live>
5. Galea S, Nandi A, Coffin PO, Tracy M, Markham Piper T, Ompad D, et al. Heroin and cocaine dependence and the risk of accidental non-fatal drug overdose. J Addict Dis [Internet]. 2006;25(3):79–87. Available from: <http://shibboleth.ovid.com/secure/?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=16956872>
<http://sfx.kcl.ac.uk/kings?sid=OVID:medline&id=pmid:&id=doi:&genre=article&atitle=Heroin+and+cocaine+dependence+and+the+risk+of+accidental+non-fatal+drug+overdose.&title>
6. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Resumen ejecutivo - Informe Mundial sobre las Drogas 2016. J Chem Inf Model [Internet]. 2016;53(9):1689–99. Available from: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
7. Derecho M de J y del. Estudio Nacional del Consumo de SPA en Colombia 2013.
8. Observatorio de Drogas de Colombia. Reporte de Drogas de Colombia. In 2017.
9. Castaño Pérez GA, Calderón Vallejo GA. Características sociodemográficas de los consumidores de heroína en Medellín-Colombia [Internet]. Vol. 4, Psychologia. Avances de la Disciplina. Editorial Bonaventuriana; 2010 [cited 2018 Mar 6]. 19–29 p. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862010000200003

10. Robins LN, Davis DH, Nurco DN. How permanent was Vietnam drug addiction? *Am J Public Health* [Internet]. 1974 Dec [cited 2018 Nov 5];64 Suppl 12(12 Suppl):38–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4429174>
11. Riley ED, Evans JL, Hahn JA, Briceno A, Davidson PJ, Lum PJ, et al. A longitudinal study of multiple drug use and overdose among young people who inject drugs. *Am J Public Health*. 2016;106(5):915–7.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) E, Davidson PJ, Jones TS, Irwin KS. Community-based opioid overdose prevention programs providing naloxone - United States, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2012 Feb 17 [cited 2018 Oct 5];61(6):101–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22337174>
13. Davidson PJ, McLean RL, Kral AH, Gleghorn AA, Edlin BR, Moss AR. Fatal Heroin-Related Overdose in San Francisco, 1997-2000: A Case for Targeted Intervention. *J Urban Heal*. 2003;80(2):261–73.
14. Evans JL, Tsui JI, Hahn JA, Davidson PJ, Lum PJ, Page K. Mortality Among Young Injection Drug Users in San Francisco: A 10-Year Follow-up of the UFO Study. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2012 Feb 15 [cited 2018 Oct 5];175(4):302–8. Available from: <https://academic.oup.com/aje/article-lookup/doi/10.1093/aje/kwr318>
15. Hervás ES, Peirats EB. Características de personalidad en sujetos drogodependientes. *Psicothema*. 1996;8(3):457–63.
16. Topp L, Day C, Degenhardt L. Changes in patterns of drug injection concurrent with a sustained reduction in the availability of heroin in Australia. *Drug Alcohol Depend*. 2003;70(3):275–86.
17. Hall W, Weier M. Lee Robins' studies of heroin use among US Vietnam veterans. *Addiction*. 2017;112(1):176–80.
18. Degenhardt L, Day C, Gilmour S, Hall W. The “lessons” of the Australian “heroin shortage.” *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2006;1(1):1–7.
19. Degenhardt L, Day C, Hall W, Conroy E, Gilmour S. Was an increase in cocaine use among injecting drug users in New South Wales, Australia, accompanied by an increase in violent crime? *BMC Public Health*. 2005;5.
20. Lloyd-Smith E, Wood E, Li K, Montaner JSG, Kerr T. Incidence and determinants of initiation into cocaine injection and correlates of frequent cocaine injectors. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2018 Mar 11];99(1–3):176–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18805655>
21. Berbesi D, Segura Cardona A, Montoya Vélez L, Mateu-Gelabert P. Consumo de Heroína Inyectada en Colombia y Comportamientos de Riesgo. *Salud Ment* [Internet]. 2013;36(1):27–31. Available from: <http://scielo.unam.mx/pdf/sm/v36n1/v36n1a4.pdf>
22. Hari J. Tras el grito [Internet]. Barcelona, España: PAIDOS; 2015 [cited 2018 Nov 5]. Available from: https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/31/30166_Tras_el_grito.pdf

23. Kuzmarov J. The Myth of the “Addicted Army”: Drug Use in Vietnam in Historical Perspective. *War Soc* [Internet]. 2007 Oct 2 [cited 2018 Nov 5];26(2):121–41. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/072924707791591640>
24. Darke S, Kaye S, Ross J. Geographical injecting locations among injecting drug users in Sydney, Australia. *Addiction* [Internet]. 2001;96(2):241–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11182868>
25. Rhodes T. <Rhodes_2002_International-Journal-of-Drug-Policy.pdf>. 2002;13:85–94.
26. Rhodes T, Kimber J, Small W, Fitzgerald J, Kerr T, Hickman M, et al. Public injecting and the need for “safer environment interventions” in the reduction of drug-related harm. *Addiction*. 2006;101(10):1384–93.
27. Werb D, Kerr T, Small W, Li K, Montaner J, Wood E. HIV risks associated with incarceration among injection drug users: Implications for prison-based public health strategies. *J Public Health (Bangkok)*. 2008;30(2):126–32.
28. Spittal PM, Hogg RS, Li K, Craib KJ, Recsky M, Johnston C, et al. Drastic elevations in mortality among female injection drug users in a Canadian setting. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2006;18(2):101–8.
29. Collins AB, Boyd J, Damon W, Czechaczek S, Krüsi A, Cooper H, et al. Surviving the housing crisis: Social violence and the production of evictions among women who use drugs in Vancouver, Canada. *Heal Place* [Internet]. 2018;51(March):174–81. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.04.001>
30. Evans J. Gender differences in sexual and injection risk behaviour among active young injection drug users in San Fransisco (The UFO Study). *J Urban Heal*. 2003;80(1):137–46.
31. Abelson J, Treloar C, Crawford J, Kippax S, Van Beek I, Howard J. Some characteristics of early-onset injection drug users prior to and at the time of their first injection. *Addiction*. 2006;101(4):548–55.
32. Dunn M, Degenhardt L, Bruno R. Transition to and from injecting drug use among regular ecstasy users. *Addict Behav* [Internet]. 2010;35(10):909–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.06.007>
33. Feng C, Debeck K, Kerr T, Mathias S, Montaner J, Wood E. Homelessness independently predicts injection drug use initiation among street-involved youth in a Canadian setting. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2013;52(4):499–501. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.07.011>
34. Rosen D, Hunsaker A, Albert SM, Cornelius JR, Reynolds CF. Characteristics and consequences of heroin use among older adults in the United States: A review of the literature, treatment implications, and recommendations for further research. *Addict Behav* [Internet]. 2011;36(4):279–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.12.012>

35. Hadland SE, Kerr T, Marshall BDL, Small W, Lai C, Montaner JS, et al. Non-Injection drug use patterns and history of injection among street youth. *Eur Addict Res.* 2010;16(2):91–8.
36. Arreola S, Bluthenthal RN, Wenger L, Chu D, Thing J, Kral AH. Characteristics of people who initiate injection drug use later in life. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2014;138(1):244–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.026>
37. Frajzyngier V, Neaigus A, Gyarmathy VA, Miller M, Friedman SR. Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode. *Drug Alcohol Depend.* 2007;89(2–3):145–52.
38. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Perspectives on Drugs - Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. 2015;1–8. Available from: emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms
39. Copeland L, Robertson J, McKenzie J, Kimber J, Macleod J, Hickman M, et al. Premature mortality in scottish injecting drug users: A life-history approach. *Scott Med J.* 2012;57(1):38–42.
40. Ben Hamida A, Rafful C, Jain S, Sun S, Gonzalez-Zuniga P, Rangel G, et al. Non-injection Drug Use and Injection Initiation Assistance among People Who Inject Drugs in Tijuana, Mexico. *J Urban Heal.* 2018;95(1):83–90.
41. Enciso F. Nuestra historia narcótica : Pasajes para (re) legalizar las drogas en México [Internet]. [cited 2018 Nov 6]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/286626574_Nuestra_historia_narcotica_pasajes_para_re_legalizar_las_drogas_en_Mexico
42. Castaño G a, Calderón G a. Consumo de heroína en Colombia , prácticas relacionadas e incidencia en la salud pública Heroin consumption in Colombia-associated practice and incidence in the public health care. *Rev Cuba Salud Pública.* 2010;36(4):311–22.
43. Ariztía T. La teoría de las prácticas sociales: particularidades, posibilidades y límites. *Cinta de moebio* [Internet]. 2017;(59):221–34. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2017000200221&lng=en&nrm=iso&tlng=en
44. Giménez G. Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu. Colección Pedagógica Univ [Internet]. 2002;(37):1–11. Available from: http://www.uv.mx/cpue/coleccion/N_3738/B_Gilberto_Gimenez_Introduccion_2.pdf
45. Sousa AA. El Constructivismo Estructuralista : la teoría de las clases sociales de Bouerdieu. *Cent Investig Sociológicas.* 2014;(75):145–72.
46. Sevilla Peñuela MT. “ Sexo inseguro ”: un análisis de la racionalidad como parte del riesgo entre jóvenes caleños y caleñas *. *Rev Latinoam.cienc.soc.niñez juv.* 2008;6(1):257–94.

47. Fuentes ortega JB, Ernesto QR. Los dos principios irrenunciabiles del análisis funcional de la conducta y del conductismo radical. *Psicothema* [Internet]. 2004 [cited 2019 May 9];16(4):555–62. Available from: <https://www.redalyc.org/html/727/72716403/>
48. Suárez De Puga RP. Watson, Skinner y Algunas Disputas dentro del Conductismo. *Rev Colomb Psicol.* 2013;22:389–99.
49. Bandura A. Social cognitive theory : An agentic. *Asian J Soc Psychol* [Internet]. 1999;2(1):21–41. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1467-839X.00024>
50. Fertman C, Allesnsworth D. Health Promotion Programs From Theory of Practice [Internet]. *Health Promotion Programes: From Theory to Practice.* 2010. 313–334 p. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf%0Ahttp://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/
51. De Souza Minayo MC. El Desafío del Conocimiento Investigación Cualitativa en Salud Novena Edición Revisada y ampliada. 2016;(January).
52. Durkheim E. Las reglas del método social.
53. Weber M. Economía y sociedad: Esbozo de sociología comprensiva. 2002. 1272 p.
54. Arriaga Álvarez EG. La Teoría de Niklas Luhmann. *Convergencia.* 2003;32:277–312.
55. Schutz A. Las estructuras del mundo social.
56. Garfinkel H. Estudios en etnometodología. Bogotá: ANTHROPOS;
57. Blumer H. Interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Horas S.A.;
58. Bourdieu P. La distinción. La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. 1979. 597 p.
59. Vizcarra F. Premisas y conceptos básicos en la sociología de Pierre Bourdieu. *Estud sobre las Cult Contemp* [Internet]. 2002;VIII(16):55–68. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/316/31601604.pdf>
60. Giménez G. Colección Pedagógica Universitaria Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu. 2002;(37):1–11. Available from: http://www.uv.mx/cpue/coleccion/N_3738/B_Gilberto_Gimenez_Introduccion_2.pdf
61. Giddens A. Las nuevas reglas del método social. Editores A, editor. Buenos Aires; 1987.
62. Cambiasso M. La teoría de la estructuración de Anthony Giddens : un ensayo crítico . In: VI Jornadas de Jóvenes Investigadores. 2011. p. 0–17.
63. De Souza Minayo MC. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. :621–6.
64. World Health Organizaion. Glosario de términos de alcohol y drogas. In 1994.
65. Arauja K, Martucelli D. La individuación y el trabajo de los individuos en Educação e Pesquisa, São Paulo, v.36, n. especial, p. 077-091, 2010

66. Becker H. Outsider: hacia una sociología de la desviación. Siglo 21 Editores.
67. Pichón, E. 1985. Vínculo y Teoría de las Tres D, (depositante, depositario y depositado). Rol y Status. Cap. 11. Teoría del Vínculo, Ediciones Nueva Visión, Argentina.
68. Rojas E, Fleiz C, Medina M, Moron M. et al. Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachuca-Hidalgo. Salud pública México, Julio, 1999.
69. Hernández R, Villareal M. Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. Psicología y salud. Enero junio, año/vol 2007, número 001. Universidad de Veracruz, pp.17-23.
70. Landero R, Villarreal M. (2007). Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familia y de los amigos. Universidad Veracruzana. Psicología y Salud, enero-junio, año/vol. 17, número 001.
71. Armendariz N. La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Cienc.enferm. 2014, 20, 3, pp. 109-118.
72. García, C. (2019). Violencia Intrafamiliar Y Consumo De Alcohol En Estudiantes De 5º De Secundaria De La I.E. Ramon Castilla N° 16001 Jaen – Cajamarca 2019. Universidad Particular De Chiclayo.
73. Medina S. (2014). Violencia Familiar Y Consumo De Alcohol En Adolescentes Del Cuarto De Secundaria de la I.E. 0094 Shilcayo Tarapoto 2014.
74. Deza Villanueva, S. (2013). Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen violencia. *Avances En Psicología*, 21(1), 35-46.
75. Baltasar A, Gras ME, Font S, García EM, Patiño J, Raurell M, Cunill M. (2014). Creencias de los adolescentes respecto al consumo de drogas. *Revista Iberoamericana de psicosomática*, N° 112 – 2014.
76. Barbosa E, Porto L, Coelho A. (2010.) A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes. Bogotá. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol. 12 N° 2.
77. Muñoz-Rivas MJ, Graña López JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*. 2001;13(1):87-94.
78. Berkowitz, A.D. y Perkins, H.W. (1986). Problem drinking among college in collegiate alcohol use. *JACH*, 35, 21-28.
79. Otero, J.M., Mirón, L. y Luengo, A. (1989). Influence of family and peer group on the use of drugs by adolescents. *The International Journal of the Addictions*, 24(11), 1065-1082
80. Friedman, A.S. y Utada, A.T. (1992). Family enviroments of adolescent drug abusers. *Family Dinamics of Addiction Quarterly*, 2, 33-45.

81. Piercy, F.P., Volk, R.J., Trepper, T., Sprenkle, D.H. (1991). The relationship of family factors to patterns of adolescent substance abuse. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1, 41-54.
82. Luengo, A., Otero, J.M., Mirón, L. y Romero, E. (1992). Análisis psico - social del consumo de drogas en los adolescentes gallegos. Junta de Galicia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comisionado del Plan Autonómico sobre Drogodependencias.
83. Oetting, E. R., Deffenbacher, J. L., & Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance: II. *Substance Use & Misuse*, 33(6), 1337–1366 y Eugene R.
84. Oetting, Joseph F. Donnermeyer & Jerry L. Deffenbacher (1998) Primary Socialization Theory. The Influence of the Community on Drug Use and Deviance. *Ill, Substance Use & Misuse*, 33:8, 1629-1665.
85. Kandel, D. B. & Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors near-daily use. En M. Glantz, y R. Pickens (eds). *Vulnerability to drug abuse*. (pp. 211-253). Washington: American Psychological Association.
86. Bourdieu P, Passeron JD. (2005), *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, México, Fontamara.
87. Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behavior among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, 235–285.
88. Regina Alves, José Precioso & Elisardo Becoña (2021) Illicit Drug Use among College Students: The Importance of Knowledge about Drugs, Live at Home and Peer Influence, *Journal of Psychoactive Drugs*, 53:4, 329-338
89. Restrepo Parra, A. (2018). Acción política cannábica en la ciber-realidad. *Revista CS*, (24), 19-40.
90. Restrepo Parra, A. (2017). El derecho a consumir marihuana. *Estudios Políticos*, (50). (En prensa).
91. Alonso, C. y Del Barrio, V. (1994). Influencia de los factores familiares en el consumo de tabaco y alcohol. *Socidrogalcohol (XXI Jornadas Nacionales)* (pp. 613-627).
92. Campins, M., Gasch, J., Hereu, P., Rosselló, J. y Vaqué, J. (1996). Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas: Encuesta de prevalencia. *Anales de Pediatría*, 45(5), 475-478.
93. Castells, M. (2012). *Redes de indignación y esperanza*. Madrid, Alianza.
94. Mbíquez, Daniel. 2004. *Los pibes chorros. Estigma y marginación*. Buenos Aires: Capital Intelectual. Y DI NAPOLI, PABLO Jóvenes, violencia y escuela: un análisis

de las relaciones entre grupos de pares en dos escuelas secundarias de la Argentina
Revista Austral de Ciencias Sociales, núm. 23, 2012, pp. 25-45 Universidad Austral de Chile Valdivia, Chile

95. Lupton, D. (1999). Risk. London: Routledge.
96. Hernández Sánchez M, Valdés Lazo F, García R. Lesiones no intencionales. Prevención en adolescentes Roche. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 3-7.
97. Ros Rahola R, Morandi Garde T, Cozzetti Sueldo E, Lewintal Blaustein C, Cornellá Canals J, Surís Granell JC. La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En: Buil Rada C. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Cap. 1 . España:Sociedad Barcelona, Española de Contracepción; 2001. p. 27.
98. Blanco Pereira María Elena, Jordán Padrón Marena, Pachón González Liliam, Sánchez Hernández Tania Bárbara, Medina Robainas Rolando Ernesto. Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2011 Jun [citado 2022 Ene 03] ; 33(3): 349-359. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000300012&lng=e
99. De la Rosa I. Sistema de actividades para elevar los conocimientos sobre el uso de contraceptivos en la escuela Vocacional de Arte de Matanzas [tesis]. Matanzas: Policlínico Universitario Carlos Verdugo; 2009.
100. Alfaro A, Roche R, Santana I, Valdés J, Soto R. Metodología para la prevención de las ITS- VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes. La Habana: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/ SIDA; 2006.
101. Ramírez Ortiz MG. Redes y Adolescencia. En. Rasmussen Cruz B, Hidalgo San Martín A. Investigación en salud de adolescentes II (1999-2003). Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicio de Salud del Adolescente. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005. p. 267-71.
102. Sussman, S., Unger, J.B. y Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. International Journal of Clinical and Health Psychology, 4, 9-25
103. Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B., & Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 25(2), 330–338. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/87961>
104. Ramírez Ortiz MG. Redes y Adolescencia. En. Rasmussen Cruz B, Hidalgo San Martín A. Investigación en salud de adolescentes II (1999-2003). Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicio de Salud del Adolescente. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005. p. 267-71.

105. Kandel, D. B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 289–315.
106. Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B., & Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 25(2), 330–338. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/87961>.
107. Snedker, K.A. y Herting, J.R. (2008). “The spatial context of adolescent alcohol use. Assessing the role of neighborhood alcohol availability and disadvantage”. En: *Geography and drug addiction*. Nueva York, Springer, pp. 43-63.
108. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2014). DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS, CONSUMO DE DROGAS Y TERRITORIO. Junio de 2014. Recuperado de la página web http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/gvasco00/14.dir/gvasco0014.pdf
109. Steen, J.A. (2010). “A multilevel study of the role of environment in adolescent substance use”. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, vol. 19
110. Stock, C. et al. (2011). “Effects of school district factors on alcohol consumption: results of a multi-level analysis among Danish adolescents”. *European Journal of Public Health*, vol. 21, n° 4, pp. 449-455.
111. Ahumada G, Hynes M, Cumsille F. (2015). Ponencia: Consumo de drogas y vulnerabilidad social: las Cocaínas Fumables. IIº Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de Cuyo. Mesa 30 “Uso problemático de drogas: políticas, prácticas y saberes” Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Mendoza, Argentina, 27 y 28 de agosto de 2015
112. Jiménez M, Guzmán R. (2012). Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad Oñati Socio-Legal Series, Vol. 2, No. 6, 2012,
113. Inter-American Commission of Women. Mujeres y drogas en las Américas: Un diagnóstico de política en construcción = Women and drugs in the Americas: A policy working paper / Comisión Interamericana de Mujeres. p. ; cm. (OEA documentos oficiales ; OEA/Ser.L)
114. Irarrázabal L, Ferrer L, Villegas N, Sanhueza S, Molina Y, Cianelli R. (2016). Mujeres que Consumen Sustancias y su Vulnerabilidad frente al VIH en Santiago de Chile
115. Llorc S, Ferrando S, Borrás T. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*. 2013, 20: 9-22.

116. Freitas de Oliveira J, Santo M. (2007). Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em una perspectiva de e. **Pesquisa** • Esc. Anna Nery 11 (4) • Dez 2007 •
117. Rostam-Abadi Y, Gholami J, Noroozi A, Ansari M, Baheshmat S, Hamzehzadeh M, Reza Ghadirzadeh M, Vahdani B, Ekhtiari H, Mojtabai R, Rahimi-Movaghar A. (2021). Public health risks associated with methadone in Iran: A systematic review and meta-analysis, International Journal of Drug Policy, 10.1016/j.drugpo.2021.103529, **100**, (103529).
118. Lansky A, Finlayson T, Johnson C, Holtzman D, Wejnert C, Mitsch A, et al. (2014) Estimating the Number of Persons Who Inject Drugs in the United States by Meta-Analysis to Calculate National Rates of HIV and Hepatitis C Virus Infections. PLoS ONE 9(5): e97596.
119. Centers for Disease Control and Prevention. (2012) Estimated HIV incidence in the United States, 2007–2010. HIV Surveillance Supplemental Report 17 (No.4).
120. Scholl L, Sth P, Kariisa M, Wilson N, Baldwin G. (2018). Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths – United States, 2013-2017. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019 Jan 4; 67(51-52): 1419–1427. Published online 2018 Jan 4.
121. Rudd R, Seth P, David, F, Scholl L. (2016). Increases in Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths – United State. 2010-2015. Morbidity and Mortality Weekly Report [Vol. 65, No. 50 & 51 \(December 30, 2016\)](#), pp. 1445-1452 (8 pages) Published By: Centers for Disease Control & Prevention (CDC)
122. UNODC (2014). World drug report. En: [https://www.unodc.org /documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_ web.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf)
123. WHO (2014). Community management
124. Pérez, A. (2009). Transiciones en el consumo de drogas en Colombia. ADICCIONES, 2009. Vol. 21 Num. 1. Pags. 81-88. En: [http://www.adicciones.es/files/81-88%20perez%20\(transiciones\).pdf](http://www.adicciones.es/files/81-88%20perez%20(transiciones).pdf)
125. Mejía, I.E. (2003). La inyección de drogas en Bogotá: una realidad oculta. Presidencia de la República. Bogotá: Ágora Editores.
126. Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in wester countries: Systematic review and meta-regression analysis. PLoS Medicine, 5, 1670-1681.
127. Nieto, C. (2011). Consumo de drogas en tres etapas de la vida de habitantes de calle en Bogotá: predictores de consumo y comparación con una muestra población infantil y adolescente de Brasil. Universidad Federal de Rio do Sul.
128. Golden, M. (2005). On our streets and in our shelters: results of the 2005 Greater Vancouver, Homeless Count. Vancouver: Social Planning and Research Council of BC.

129. Hernández M, Álvarez K, Osorio I. (2014). Consumo autoreportado de sustancias psicoactivas ilegales en una población habitante de calle de Cali-Colombia. UNAL. REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 17 (2), Abril 201
130. Arana, X., Germán, I. (2005) Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias. Número 19. San Sebastián, diciembre 2005 169 – 215.

Anexos

Glosario de Términos de Alcohol y Drogas de la Organización Mundial de la Salud (64).

- Administración, vía de: (administration, method of) Modo o forma de administración, es decir, la manera en la que se introduce una sustancia en el organismo. Son las siguientes: vía oral; inyección intravenosa (IV), subcutánea o intramuscular; inhalación; fumada, o por absorción a través de la piel o la superficie de las mucosas, como las encías, el recto o los genitales. Véase también: UDVP (IDU).
- Consumo: autoadministración de una sustancia psicoactiva.
- Consumo abusivo: (drinking, heavy) Patrón de consumo que excede un estándar de consumo moderado o —de manera más ambigua— consumo social. Se define normalmente como el consumo que supera un volumen diario determinado (p. ej., tres bebidas al día) o una cantidad concreta por ocasión (p. ej., cinco bebidas en una ocasión, al menos una vez a la semana).
- Consumo de riesgo: (hazardous use, hazardous drinking) Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor a nivel mental, físico y social.
- Dependencia: (dependence) Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para

no sentirse mal.

- Droga ilegal: (illicit drug) Sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción (véase sustancias controladas). El término más exacto “mercado de drogas ilegales” hace referencia a la producción, distribución y venta de cualquier droga o medicamento fuera de los canales legalmente permitidos.
- Opioide (opioid) Término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera del opio (*Papaver somniferum*), sus análogos sintéticos y los compuestos sintetizados en el organismo que interaccionan con los mismos receptores específicos del cerebro, tienen la capacidad de aliviar el dolor y producen una sensación de bienestar (euforia). Los alcaloides opiáceos y sus análogos sintéticos también provocan estupor, coma y depresión respiratoria cuando se consumen en dosis altas. El opioide semi-sintético de mayor consumo en Colombia de forma recreativa es la heroína
- Persona inyectora de drogas o PID: usuario de drogas por vía parenteral. Las inyecciones pueden administrarse por vía intramuscular, subcutánea, intravenosa (IV), etc.
- Rush (rush) Efecto inmediato placentero e intenso que se produce tras la inyección intravenosa de ciertas drogas (p. ej., heroína, morfina, anfetaminas, cocaína, propoxifeno).
- Uso compartido de agujas (needle-sharing) Empleo de jeringuillas u otros instrumentos de inyección (p. ej., goteros) por más de una persona, especialmente como vía de administración de una droga. Implica el riesgo de transmisión de virus (como el virus de la inmunodeficiencia humana y el virus de la hepatitis B) y bacterias (p. ej., *Staphylococcus aureus*). Muchas de las intervenciones relacionadas con el consumo de drogas, como el mantenimiento con metadona y los intercambios de agujas y jeringuillas, se han diseñado total o parcialmente para eliminar el uso compartido de agujas.