

**CONTROL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN COLOMBIA:
Tendencias en el manejo de trastornos relacionados
y pautas para su reglamentación legal**

BERNARDO PÉREZ SALAZAR
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

Resumen

La reforma recientemente aprobada del artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, por medio de la cual se prohíbe el porte y consumo de sustancias estupefacentes y psicotrópicas y se establecen medidas administrativas para el tratamiento de consumidores de estas sustancias, abre la discusión sobre la diferencia entre consumo y adicción, así como sobre los objetivos y modelos de manejo y tratamiento de estas condiciones. Este artículo aporta elementos a esa discusión, a la luz de hallazgos recientes tanto de la neurociencia como de las ciencias sociales acerca del consumo y trastornos relacionados con sustancias psicoactivas, y ofrece pautas para la reglamentación legal de la nueva disposición constitucional colombiana.

Palabras clave: política antidrogas reducción del consumo de sustancias psicoactivas, trastornos relacionados con sustancias, manejo de la recuperación de sustancias, Colombia.

El autor: Comunicador social de la Universidad del Valle, M. A. en Planificación del Desarrollo Regional, del Institute of Social Studies (La Haya, Reino de los Países Bajos). [bperez@ucatolica.edu.co]

Recibido: 15 de febrero de 2010; ***evaluado:*** 24 de abril de 2010; ***aceptado:*** 5 de mayo de 2010.

CONTROL OF SUBSTANCE USE IN COLOMBIA
PSYCHOACTIVE:
Trends in the management of disorders related
regulations and guidelines for legal

BERNARDO PÉREZ SALAZAR
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

Abstract

This article discusses psychoactive substances use and dependence in the light of a recent constitutional amendment that prohibits illegal drug possession or consumption in Colombia, and establishes administrative treatment measures for offenders. A review of neuroscience and social science literature on the subject informs issues such as the distinction between drug use and dependence, as well as the different objectives and treatment models developed to deal with each of these conditions. General guidelines are suggested for future legal development of the new constitutional amendment.

Keywords: Drug policy, demand reduction, substance related disorders, recovery management, Colombia.

The author: Social Communicator from University del Valle with M.A. in Regional Development Planning from Institute of Social Studies (Le Hague, Netherlands) Professor and researcher from University Católica, [bperez@ucatolica.edu.co]

Received: February 15, 2010, *evaluated:* April 24, 2010, *accepted:* May 5, 2010

En diciembre de 2009, luego de ocho debates reglamentarios realizados en dos legislaturas consecutivas, el Congreso de la República de Colombia aprobó la reforma constitucional que prohíbe el porte y consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas en el país y ordena establecer por medio de la ley medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para personas que consuman dichas sustancias. Perentoriamente, el texto del artículo reformado advierte: “El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto”.¹

Tal condicionamiento reconoce y trata de prevenir situaciones de estigmatización, abuso y violaciones de derechos fundamentales frecuentemente asociadas con disposiciones legales que someten a consumidores de drogas a medidas y tratamientos coercitivos con fines rehabilitadores. A pesar de que en Colombia hay normatividad específica que regula los servicios prestados por Centros de Atención en Drogadicción –CAD– y servicios de farmacodependencia,² periódicamente se conocen denuncias a través de los medios de comunicación sobre torturas físicas, castigos degradantes, abuso sexual e intimidación psicológica realizados en el marco de “terapias de choque” para el tratamiento de personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Tampoco es inusual que se registren suicidios de internos en dichos centros.³

¹ La reforma adicionó el artículo 49 de la Constitución Política, el cual establece la atención de salud y el saneamiento básico como derechos cuya garantía está a cargo del Estado, con el siguiente texto: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad. El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto. Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos”. (Ver, República de Colombia, Acto Legislativo No. 2 de 2009. Diario Oficial de la República de Colombia No. 47.570 [en línea]. Disponible en http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/acto_legislativo_02_2009.html..

² República de Colombia, Decreto 1011 de 2006. Diario oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 3 de abril de 2006. Resolución 1315 de 2006. Ministerio de Protección Social.

³ Ver, por ejemplo, “Dueños de centro de rehabilitación amenazaban para que no denunciaran torturas, dicen vecinos”, [en línea] en eltiempo.com, junio 17 de 2009; y “Rehabilitación o maltrato. Vea esta denuncia y juzgue usted mismo”, [en línea] en *Séptimo día*, 24 de julio de 2009, disponible en: <http://www.caracoltv.com/video146825-rehabilitacion-o-maltrato-vea-esta-denuncia-y-juzgue-usted-mismo?page=2>.

La vulnerabilidad a violaciones de derechos humanos de quienes son sometidos a tratamientos de trastornos relacionados con sustancias está ampliamente documentada en todo el mundo. Tanto en México como en China, Malasia, Camboya y Vietnam, “centros de rehabilitación” han sido utilizados como fachadas para mantener internos sometidos a trabajo forzado, muchos de los cuales no son adictos y algunos ni siquiera consumidores.⁴

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en Asia Oriental los tratamientos coercitivos de “rehabilitación de adictos” suelen ser aplicados sin diferenciar entre quienes lo son y no lo son, e incluso con frecuencia son aplicados a personas detenidas en redadas policiales sobre la base de meras sospechas. Muchas de estas personas son sometidas a tratamientos durante meses y hasta años, sin evaluación médica ni derecho al debido proceso ante autoridades judiciales. Ante la ausencia de criterios claros para dar de alta a quienes se encuentran “en tratamiento”, se registran conductas autodestructivas por parte de los internos que van desde la ingesta de clavos o vidrio molido para ser remitidos a servicios de atención médica a fin de escapar de su internamiento forzoso, hasta el suicidio.⁵

En muchos países del mundo, entre ellos Colombia, las normas que regulan el funcionamiento de los centros de rehabilitación de adictos fijan condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, al igual que de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica. No obstante, la presencia de personal que cumple con los requisitos exigidos por la normatividad para ejercer su profesión u oficio y la disponibilidad de condiciones físicas y técnicas apropiadas para prestar directamente servicios de terapia y la realización de actividades de ocupación del tiempo libre y recreación, no impide que en la práctica se apliquen métodos de “terapia de choque” presentados como si se tratara de ejercicios de entrenamiento y disciplina militar (enfoque pedagógico-reeducativo), de aislamiento radical de todo contacto social, físico y visual, para propiciar la interiorización de normas de autorregulación (enfoque espiritual-religioso), o tratamientos hipnóticos en los cuales los pacientes son inyectados con placebos bajo la falsa advertencia de que “estallarán” o se “envenenarán” si ingieren sustancias psicoactivas –SPA– y, en algunos casos, mediante

⁴ Ver “Rescatadas 107 personas en centro para adictos en México”, *El Universal*, diciembre 4 de 2009. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/98949.html>; ver también, WHO, *Assessment of Compulsory Treatment of People Who Use Drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam*, Manila: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2009.

⁵ WHO. *Assessment...*, op. cit., 2004. Ver también Juny A, Huili S., “Analysis of 272 Cases of Swallowing Foreign Body in Compulsory Detoxification”, en *China Journal of Drug Dependence (zhongguo yaowu yilaixin zazhi)*, 13(3): 221-223, 2009.

tratamientos invasivos con agujas calientes o congeladas, insertadas y prensadas durante semanas para destruir tejidos cerebrales que supuestamente regulan la avidez causada por la adicción (enfoque médico-clínico-psiquiátrico),⁶ entre otros.

Pese a la atrocidad de estas prácticas, el público en general suele respaldarlas desde una postura de condena moral de quienes sufren trastornos relacionados con SPA. Desde el que podría denominarse “modelo moral” de la farmacodependencia⁷ —el cual se ha generalizado como consecuencia de décadas de “guerra contra las drogas”—, la adicción se concibe como una conducta propia de personas débiles o “malas”, sin voluntad para controlar sus impulsos de gratificación inmediata, a las cuales por consiguiente se debe perseguir y someter a la ley, o al menos, a procesos de tratamiento rehabilitadores.

Durante la última década esta posición se ha matizando con la incorporación parcial de elementos provenientes del “modelo médico” de la farmacodependencia,⁸ el cual define el consumo ya no como asunto penal, sino principalmente de interés para la salud pública. La ya referida reforma del artículo 49 de la Constitución Política colombiana se inscribe en esta tendencia: a partir de ella en Colombia los consumidores de drogas ya no serán enjuiciados como criminales. Sin embargo, dada la estigmatización generalizada de los trastornos relacionados con sustancias, es probable que los “enfermos” continúen enfrentando desprotegidos los abusos que se les dispensan en el marco de modelos o enfoques de atención basados en “terapias de choque”, bajo el amparo de “su consentimiento informado”.

Este artículo discute los trastornos relacionados con sustancias a la luz de hallazgos recientes tanto de la neurociencia como de las ciencias sociales acerca de ellos. Desde esa perspectiva, analiza las tendencias más recientes para su manejo y tratamiento y ofrece algunas pautas para que la reglamentación legal de la nueva disposición

⁶ Ver, por ejemplo, Human Rights Watch, *Locked Doors: The Human Rights of People with HIV/AIDS in China*, New York: Human Rights Watch, 2003; Gao, G.; Wang, X.; He, S.; Li, W.; Wang, Q.; Liang, Q. et al., “Clinical Study for Alleviating Opiate Drug Psychological Dependence by a Method of Ablating the Nucleus Accumbens with Stereotactic Surgery”, en *Stereotactic and Functional Neurosurgery*, 81:96-104, 2003; Polyakov U.; Anichkov, A.; Konenkov, S., “Sterotaxic Bilateral Cryocingulotomy in Complex Treatment of Opioid Drug Addicts”, en *Functional neurosurgery: Materials of the Third All-Russia Congress of Neurosurgeons*, 2002, disponible en: www.neuro.neva.ru; Mendelevich, V. “Narcology: Drug treatment in Russia”, Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform, 2006, disponible en: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/events/cnd_20060316.

⁷ OMS, *Neurociencia del consumo y dependencia de SPA*, Washington, D. C.: OPS/OEA-Cicad, 2005, p. 231.

⁸ OMS, *Neurociencia...* op. cit., 2005, pp. 231 y ss.

constitucional colombiana efectivamente proteja frente a los abusos frecuentemente asociados con medidas y tratamientos de rehabilitación.

1. Trastornos relacionados con sustancias

El “modelo médico” en su planteamiento íntegro considera que los usuarios que desarrollan trastornos relacionados con sustancias son apenas una reducida proporción del universo de personas que consumen drogas psicoactivas, la mayoría de los cuales lo hacen sin desarrollar dependencias. Reconoce el uso de las SPA como nocivo para la salud y califica su consumo como un comportamiento de riesgo que predispone a la persona a sufrir trastornos. No obstante señala que el daño causado por el consumo difiere de una sustancia a otra dependiendo de cómo se administre (por inhalación, por ingestión, mediante inyección al torrente sanguíneo, entre otras), en qué cantidades y con qué frecuencia. Además señala que si bien la investigación neurocientífica puede establecer mediciones biológicas directas de estados –como la tolerancia a los efectos tóxicos de las sustancias– y efectos asociados a la dependencia (como la severidad de los síntomas de abstinencia), no puede dimensionar directamente los elementos cognitivos y de experiencia propios de la dependencia, como es el caso de la avidez por el consumo y la limitación o pérdida del control frente al uso abusivo de estas sustancias. Por consiguiente, no hay establecida una relación lineal entre la cantidad de sustancia consumida y la severidad de la dependencia. Tampoco hay una relación única entre el patrón de uso y el inicio de la dependencia, ni entre la experimentación y la dependencia.⁹

El farmacodependiente adquiere su condición como tal cuando pasa de un estado en que el uso de SPA es voluntario y controlado, a uno en el cual la avidez por buscar el consumo ya no se encuentra bajo el mismo control (a pesar del creciente y sensible daño que éste causa a la persona), y este cambio se refleja en modificaciones en la función cerebral. A escala molecular, celular, estructural y funcional, el cerebro farmacodependiente es claramente distinto del cerebro que no ha adquirido tal condición, aun en presencia de consumo grandes cantidades de SPA.¹⁰ El cerebro farmacodependiente manifiesta cambios en la actividad metabólica cerebral, así como en la disponibilidad de receptores, la expresión genética y la capacidad de

⁹ OMS, Neurociencia... op. cit., 2005, p. 242.

¹⁰ Por esta razón la neurociencia marca diferencias cualitativas en la condición clínica y estados del cerebro asociados, de una parte, con los efectos tóxicos producidos como consecuencia del consumo de grandes cantidades de SPA, y por otra, con el estado de farmacodependencia (ver Leshner, A., “Addiction is a brain disease, and it matters”, en *Science*, núm. 278, 1997, p. 46).

respuesta a estímulos del entorno. Aún no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos a través de los cuales ocurre la transición de un estado a otro. No está claro, por ejemplo, si este cambio cualitativo es el resultado de un “salto precipitado” en uno o múltiples mecanismos que actúan en concierto, o si más bien la condición de la farmacodependencia deviene de una suma de neuroadaptaciones graduales.¹¹

Algunos de estos cambios cerebrales de larga duración son idiosincrásicos a sustancias específicas, mientras que otros son comunes a muchas SPA. La presencia de efectos cerebrales comunes asociados a sustancias que causan dependencia sugiere la existencia de mecanismos cerebrales comunes que subyacen a todas las adicciones.¹² Desde la perspectiva del “modelo médico”, la farmacodependencia raramente se presenta como una enfermedad aguda. En la mayoría de los casos se manifiesta como un trastorno crónico propenso a las recaídas, cuyo tratamiento no debe ser asimilado al de una condición aguda y episódica, como cuando se adquiere una infección o se fractura un hueso, por ejemplo. La farmacodependencia requiere de un manejo similar al de otras enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión crónica.

Por consiguiente, los parámetros definidos para la efectividad de un tratamiento en particular deben reflejar esta condición. Al igual que en el caso de otras enfermedades crónicas, un estándar razonable para calificar un tratamiento como exitoso no es la cura, sino su manejo para lograr una reducción significativa en el consumo, lapsos prolongados de abstinencia con recaídas ocasionales, así como la funcionalidad social y ocupacional de la persona.¹³ Desde hace más de una década el “modelo

¹¹ Leshner, A., “Addiction...”, op. cit., 1997, p. 46.

¹² Ídem. Los estudios realizados con SPA señalan que cada sustancia actúa a través de mecanismos idiosincrásicos del cerebro. No obstante, prácticamente todas las SPA producen efectos comunes, directos o indirectos, sobre una único trayecto profundo dentro del cerebro. Este trayecto, el sistema de gratificación mesolímbico, se extiende desde el tegmento ventral hacia el núcleo accumbens con proyección a áreas tales como el sistema límbico y la corteza orbitofrontal. La activación de este sistema aparentemente es el elemento común que crea el hábito de consumo de sustancias farmacodependientes. Tal actividad no está asociada a ninguna sustancia en particular: todas las sustancias que crean dependencia afectan el mismo circuito. Adicionalmente resulta relevante destacar que “Las rutas neuronales que afectan las sustancias psicoactivas son las mismas que se ven alteradas por muchos otros tipos de comportamiento humano, incluyendo comer, tener relaciones sexuales y participar en juegos de azar. En este sentido, el uso de sustancias psicoactivas, cuando menos inicialmente, es una parte del espectro del comportamiento humano que potencialmente puede producir placer o evitar el dolor” (ver OMS, *Neurociencia...*, op. cit., 2005, p. 241).

¹³ La abstinencia total para el resto de la vida es un resultado relativamente raro luego de un único episodio de tratamiento. Tras completar exitosamente el tratamiento, las recaídas entre los farmacodependientes son más cercanas a la norma. Ver, McLellan, A. et al., “Evaluating the Effectiveness of Addiction Treatments: Reasonable Expectations and Appropriate Comparisons”, en Egertson, A. et al. (eds.), *Treating Drug Abusers Effectively*, Malden, MA: Blackwell, 1997, pp. 7-40.

médico” subraya que la farmacodependencia no se puede reducir a una “patología” susceptible de ser controlada a través de intervenciones o tratamientos centrados en los aspectos biológicos del individuo. Cada vez se atribuye mayor importancia a la investigación de aspectos psicológicos, sociales y culturales relacionados con el fenómeno de las adicciones en la vida moderna.¹⁴

Desde las ciencias sociales también hay creciente interés en la expansión del fenómeno de las adicciones como un fenómeno global, ya no solamente restringido a comunidades étnicas o minorías marginadas donde, de manera simultánea con su aculturación y pérdida de autonomía e identidad cultural, se presentan altos niveles de prevalencia de trastornos relacionados con sustancias.¹⁵ La generalización de la condición dependiente en distintos estratos y contextos culturales del mundo sugiere que el fenómeno está relacionado con procesos extensos de “dislocación” cultural y creciente exclusión social, típicamente asociados con la globalización.

Desde esta interpretación general de los trastornos relacionados con sustancias, la experimentación con ellas se enmarca en la búsqueda de sentido personal y propósito de vida en contextos donde, a medida que se fracturan los marcos de creencias e instituciones sociales que en el pasado ofrecían una constelación de referentes culturales comunes, dicha búsqueda se reduce a una empresa individual y solitaria.¹⁶ No es de sorprender entonces que el individuo moderno se caracterice por su propensión a identificarse principalmente con sus posesiones materiales y las imágenes que proyecta de sí mismo a través de los productos que consume. En una cultural global que fomenta identidades individuales sobre esta base, ¿es de extrañar que se generalice el uso y abuso de tóxicos en la búsqueda de placer, estatus y sentido?¹⁷

¹⁴ OMS, *Neurociencia del consumo y dependencia de SPA*, Washington, D. C.: OPS/OEA-Cicad, 2005, pp. 247-249.

¹⁵ Ver Alexander, B., “The Globalization of Addiction”, en *Addiction Research*, 8(6): 501-526, 2000. E. P. Thompson en su historia de los orígenes de la clase trabajadora en Inglaterra documenta tanto la dislocación social y cultural de los nuevos proletarios como el dramático incremento en el consumo de bebidas alcohólicas entre ellos durante este período. Ver Thompson, E. P., *The Making of the English Working Class*, New York: Random House, 1996.

¹⁶ Ver Granfield, R., “Addiction and Modernity: A Comment on a Global Theory of Addiction”, en *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* (Special Issue on Addiction and the Life Course), 44:29-34, 2004; ver también Giddens, A., *Modernity and Self-identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Stanford: Stanford University Press, 1991.

¹⁷ Ironizando acerca de la popularidad del consumo de cigarros puros en Estados Unidos durante la década de los noventa como un símbolo de estatus, un comediante anotaba que el hábito resulta práctico frente a la opción de portar un BMW en la boca (ver Granfield, R., “Addiction...”, op. cit., 2004, p. 32).

2. Tendencias recientes en el tratamiento y manejo de trastornos relacionados con sustancias

Terminada la guerra de Vietnam fueron documentados numerosos casos de ex combatientes estadounidenses que durante el servicio se hicieron adictos a la heroína, y luego de su regreso a casa lograron sobreponerse a su dependencia con facilidad, en contraste visible con la experiencia de los adictos en las calles de las ciudades estadounidenses que enfrentaban enorme desgaste personal e institucional a través de su sometimiento a reiterados tratamientos infructuosos. Algunos de los ex combatientes lo hicieron con base en tratamientos y otros a través de procesos naturales de recuperación sin tratamiento o intervención formal alguna.¹⁸

El fenómeno particular de los veteranos de Vietnam incentivó el desarrollo de estudios para detectar y documentar vivencias de otras personas con trastornos relacionados con sustancias, que lograron “recuperar” sus vidas sin necesidad de someterse a tratamientos ni intervenciones formales.¹⁹ En el marco de este tipo de procesos, en el cual han jugado un papel protagónico psicólogos, abogados y otros profesionales de las ciencias sociales, ha crecido el interés por definir la noción de “recuperación”. Desde entonces se han realizado numerosos sondeos para establecer la prevalencia de la recuperación entre personas afectadas por la dependencia a SPA, se han documentado y clasificado diversas experiencias de recuperación, y se han sistematizado patrones, procesos y etapas de recuperación que contemplan horizontes extensos de tiempo. Como resultado, han emergido propuestas de cambio de paradigma en el campo del tratamiento de la farmacodependencia, del enfoque patológico de intervención y tratamiento, hacia un enfoque basado en el “manejo de la recuperación”.²⁰

¹⁸ Ver Robins, L., “Vietnam veterans’ rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation?”, en *Addiction*, 88(8): 1041-1054, 1993. Ver también Leshner, A., “Addiction...”, op. cit., 1997, p. 46, y OMS, *Neurociencia...* op. cit., 2005, pp. 247-249.

¹⁹ Ver Granfield, R. y Cloud, W., *Coming Clean: Overcoming Addiction without Treatment*, New York: New York University Press, 1999. Ver también Granfield, R. y Cloud, W., “Social context and ‘natural recovery’: The role of social capital in the resolution of drug-associated problems”, en *Substance Use and Misuse*, 36(11): 1543-1570, 2001.

²⁰ Ver White, W., “The history and future of peer-based addiction recovery support services”, prepared for the SAMHSA Consumer and Family Direction Initiative 2004 Summit, Washington D. C., March 22-23, 2004. Ver también White, W. y Cloud, W., “Recovery Capital; A Primer for Addiction Professionals”, 2008. Disponible en: <http://www.counselormagazine.com/feature-articles-mainmenu-63/27-treatment-strategies-or-protocols/816-recovery-capital-a-primer-for-addiction-professionals>.

El concepto de “recuperación” tiene numerosas acepciones. En algunos ámbitos se utiliza para referir procesos en los cuales se han registrado mejoras visibles en una amplia gama de áreas funcionales –integración activa dentro de redes de soporte familiares y sociales, capacidad para desempeñar ocupaciones legales que genera ingresos de manera estable, evitar conductas delictivas reincidentes, entre otras– sin haber recurrido a ningún tratamiento o intervención formal. En otros, se utiliza para referir la membresía activa en grupos de ayuda mutua (Alcohólicos Anónimos, por ejemplo), como la base principal para avanzar en su proceso de recuperación. Aun en otros contextos, el término se utiliza para referir avances positivos en las distintas áreas funcionales que son típicamente monitoreadas en aquellos individuos en proceso de sobreponerse a trastornos relacionados con sustancias, independientemente de que hayan recurrido o no a tratamientos formales.²¹

Las diferencias anteriores no representan obstáculo para que haya consenso sustantivo en relación con diversas dimensiones del concepto de “recuperación”. En primer lugar, se acepta ampliamente que “abstinencia” y “recuperación” no son sinónimos, pues si bien la abstinencia es una condición necesaria, es insuficiente para una recuperación plena. El proceso de recuperación debe, adicionalmente, contemplar la identificación y el suministro de servicios de soporte apropiados para apoyar el desarrollo de habilidades en el sujeto que se ha propuesto sobreponerse a su dependencia, para “hacerse a una vida con sentido”.

Además el término “recuperación” siempre se utiliza en forma de gerundio –el sujeto se está recuperando– en reconocimiento de que el estatus de recuperación puede cambiar en un lapso muy breve, para bien o para mal. Por eso la expresión “está recuperado” se evita en general, a fin de destacar el compromiso permanente requerido del sujeto para manejar un problema que podría reaparecer en cualquier momento si no se controla debidamente.

Finalmente, el uso del concepto “nivel de recuperación” tiene como referente a la persona y no al proceso dentro del cual se desarrolla su recuperación. El estatus de cada sujeto en su proceso de recuperación es susceptible de ser valorado a partir de sus avances en las distintas áreas funcionales mencionadas atrás, teniendo en cuenta las circunstancias propias de cada persona, tales como la presencia o ausencia de otros problemas relacionados con la dependencia, entre ellos, enfermedades mentales o VIH, así como los valores, conocimientos y destrezas del sujeto para

²¹ Ver McLellan, A. T.; Chalk, M.; Bartlett, J., “Outcomes, performances, and quality: What’s the difference?”, en *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4): 333, 2007.

resolver problemas e interactuar positivamente con redes de soporte familiares y sociales, entre otros. Dada la gran incidencia atribuida a la presencia y calidad de los factores de recuperación, y la enorme variabilidad de la situación entre una y otra persona, resulta irrelevante tratar de establecer el “nivel de recuperación” alcanzado mediante un proceso, sistema de atención de salud o programa de tratamiento.²²

En síntesis, el paradigma del manejo de la recuperación se centra en la identificación y desarrollo del potencial de la persona y su entorno, con el propósito de articular los apoyos y soportes necesarios para que ella se haga responsable de manejar activamente su recuperación y avanzar autónomamente en la búsqueda de una vida con sentido.²³ Por consiguiente, su foco de atención es el bienestar y la salud de la persona, antes que la abstinencia como tal. El manejo de la recuperación valora las oportunidades para empoderar a la persona, reconociendo y respetando diversas trayectorias y estilos en el proceso de recuperación, y promueve su involucramiento activo en el compromiso de confrontar en su entorno los discursos y prácticas que reproducen la estigmatización de las SPA, de quienes las consumen y abusan de ellas, al igual que de quienes se encuentran en proceso de recuperación. También fomenta su integración dentro de redes sociales, organizacionales e institucionales, que buscan crear una “ecología favorable” para la recuperación a nivel familiar, barrial y comunitaria, que apoye positivamente la dinámica de la recuperación personal de otras personas de su entorno que se encuentran en situaciones similares a las suyas. Un concepto central dentro del paradigma del manejo de la recuperación es del enriquecimiento permanente de los activos al alcance de las personas para apoyar su recuperación, específicamente de aquellos que fortalecen las propias capacidades y oportunidades para avanzar y manejar el proceso de manera autónoma.²⁴ Esta noción, denominada “capital de recuperación”, propone una aproximación al individuo “desde donde se encuentre” en su proceso de recuperación, con el propósito de allegar a su alcance activos asociados a diversos dominios de la vida, que le servirán de apoyo y soporte para avanzar en el *continuum* de su desintoxicación, rehabilitación e integración social.

²² Ver McLellan, A. T.; Chalk, M.; Bartlett, J., “Outcomes...”, op. cit., 2007, p. 333.

²³ Ver UNODC, *Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management*, Viena: Treatnet - Good Practice Document, 2008. Ver también White, W. y Cloud, W., “Recovery...”, op. cit., 2008.

²⁴ Ver White, W., “The history...”, op. cit., 2004. Ver también White, W. y Cloud, W., “Recovery...”, op. cit., 2008.

El grupo de trabajo de la red internacional Treatnet²⁵ sobre manejo sostenido de la recuperación, identifica ocho dominios de la vida en los cuales se debe fomentar la identificación y construcción de activos personales o “capital de recuperación”, los cuales se relacionan brevemente a continuación:²⁶

- Salud física y mental: comprende tanto el estado de salud física y mental del individuo como sus valores, conocimientos destrezas educacionales y vocacionales, al igual que su capacidad para resolver problemas, su autopercepción, autoestima y confianza en las propias capacidades para manejar situaciones de riesgo.
- Redes de soporte familiar y social y actividades de recreación: contempla los activos financieros y de seguridad social de salud que puedan ser canalizados a través de estas redes, al igual que la disposición de familiares, parejas y amistades íntimas para participar y brindar apoyo positivo al individuo en su esfuerzo de recuperación en el marco de actividades recreativas y relaciones significativas en ambientes libres de SPA, y acceso relacional a instituciones convencionales locales, tales como establecimientos educativos, sitios de trabajo, iglesias y, en general, organizaciones comunitarias.
- Albergue y entornos favorables para la recuperación de la salud: comprende el acceso a instalaciones que brinden abrigo y protección frente a amenazas de maltrato físico, psicológico o abuso sexual, así como medios apropiados para la vida digna –entre ellos, vestido, alimentación, aseo e higiene personales, y acceso a transporte–, cuyo entorno inmediato sea estimulante para la actividad física y recreativa en ambientes libres de SPA, y ofrezcan condiciones razonables para la seguridad personal del individuo en proceso de recuperación.
- Soporte a través de redes de ayuda mutua: se refiere a la posibilidad de pertenecer a grupos integrados por personas en procesos de recuperación dentro de una relación horizontal de “pares”, de quienes se puede esperar tanto apoyo en momentos de dificultad como la oportunidad para ofrecer apoyo a otros.

²⁵ Treatnet es una red internacional de centros de recursos para el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de SPA que, con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), tiene el propósito de mejorar la calidad de tratamiento por medio de la cooperación, el intercambio de información y el empoderamiento de los veinte centros de recursos de distintas regiones del mundo que integran la red. La red Treatnet está comprometida con la síntesis, verificación y diseminación de buenas prácticas, y la aplicación de enfoques que recogen “el estado del arte” para ofrecer servicios eficaces de tratamiento y rehabilitación de la dependencia de SPA. En Colombia una empresa social del Estado denominada Centro de Atención y Rehabilitación de Salud Mental, de Medellín –Carisma–, forma parte de la red Treatnet. Ver http://www.unodc.org/treatment/en/Colombia_resource_centre_6.html.

²⁶ Ver UNODC, *Drug...*, op. cit., 2008, p. 17. Ver también White, W. y Cloud, W., “Recovery...”, op. cit., 2008.

A través de las redes de ayuda mutua se activan mecanismos que ofrecen los beneficios terapéuticos del proceso de asistir a otros.

- Oportunidades de empleo y alternativas de solución de asuntos legales pendientes: comprende aquellos activos y oportunidades que permiten al individuo en proceso de recuperación acceder a las posibilidades de ser “autosuficiente” económicamente, entre ellos, servicios de orientación vocacional y asistencia para la búsqueda de empleo, así como organizaciones con el objetivo expreso de formar destrezas laborales básicas y facilitar una primera oportunidad para acceder a un empleo formal. Estrechamente relacionados con este tipo de activos se encuentran aquellos mecanismos de orden judicial que ofrecen a infractores penales con trastornos relacionados con sustancias, la alternativa de iniciar procesos de recuperación y reintegración a la vida social y la actividad económica legal.
- Desarrollo educacional y de destrezas vocacionales: comprende el abanico de oportunidades para acceder a instituciones educativas con el fin de reiniciar estudios de educación secundaria, en aquellos casos en que el individuo en proceso de recuperación hubiese desertado antes de su culminación, o de nivel postsecundaria que faciliten su calificación para acceder a oportunidades de empleo en artes y oficios, o a nivel técnico o profesional.
- Soporte para la integración comunitaria y cultural: contempla todos aquellos recursos y medios dispuestos en la comunidad con el propósito explícito de apoyar procesos de recuperación, entre ellos, los esfuerzos activos dirigidos a confrontar la estigmatización social de las drogas, de quienes las consumen y abusan, y de quienes se encuentran en proceso de recuperación; la visibilización y promoción de múltiples y diversos modelos de funciones en proceso de recuperación, así como recursos culturalmente apropiados para resonar positivamente con individuos y familias pertenecientes a minorías étnicas, religiosas o de preferencia sexual.
- Soporte para la búsqueda de una vida con sentido y propósito: refiere todos aquellos activos que se ofrecen a la persona en proceso de recuperación; apoyo para la reconstrucción de valores y la identidad personal, al igual que de las relaciones interpersonales, a través de marcos generales de creencias con los cuales se logra dotar de sentido y propósito a sus vidas. Entre otros activos se contemplan la integración de grupos religiosos o que comparten tradiciones culturales comunes, así como la práctica del deporte, el yoga, la meditación u otras disciplinas orientadas a centrar y restablecer el equilibrio emocional y mental de las personas, desarrollando el carácter y destrezas sociales, así como la confianza en las propias capacidades para enfrentar situaciones problemáticas de manera asertiva y un estilo de vida equilibrado.

3. Pautas para la reglamentación legal del tratamiento en Colombia

La literatura especializada sobre los trastornos relacionados con sustancias y su manejo señala con claridad la distinción entre la condición del adicto y la del consumidor no adicto. De igual manera, diferencia los requerimientos y recomendaciones para el manejo de cada condición en particular. Infortunadamente la nueva disposición constitucional colombiana interpreta de manera estrecha las necesidades del adicto, a quien junto con su familia prescribe atención especial para su fortalecimiento “en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de las personas”, al paso que ordena a la ley establecer medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico “para los consumidores de sustancias estupefacientes o psicotrópicas”.²⁷

De la revisión realizada a la literatura queda claro que el fortalecimiento de valores y principios del adicto y su familia es una condición necesaria pero insuficiente para su recuperación, dado que el proceso debe atender adicionalmente tanto funciones cerebrales alteradas como componentes funcionales concomitantes a nivel de comportamiento y de acceso a “capital de recuperación”. El equívoco surge como consecuencia del uso intercambiable que de las nociones “consumo” y “adicción” hace el legislador en la redacción del artículo en referencia. Será conveniente por lo tanto que la reglamentación legal de éste tenga presente que la recuperación del adicto es un proceso largo, que en la mayoría de los casos se estabiliza plenamente después de cuatro o cinco años, luego de un período inicial de ambivalencia durante el cual son frecuentes las recaídas, y que la literatura al respecto insiste en la importancia de lograr estabilizar la abstinencia, pero también en que ésta no es la finalidad del proceso.²⁸

La abstinencia es apenas una condición y un medio para lograr que la persona recupere distintos dominios de su vida, entre ellos, su salud física y mental, sus redes familiares y sociales de soporte, acceso a condiciones de albergue y entorno seguros, a grupos de ayuda mutua, a alternativas de solución de asuntos legales pendientes; a oportunidades de empleo y desarrollo educacional y vocacional para su integración social y cultural; en fin, de soporte para la búsqueda de una vida

²⁷ Ver el texto aprobado de la reforma al artículo 49 de la Constitución Política transcrito en el pie de página número 2.

²⁸ Ver White, W., “The history...”, 2004, pp. 5-6.

con sentido y propósito.²⁹ Vista la importancia desempeñada por los elementos que conforman el “capital de recuperación” en la rehabilitación exitosa de la vida de la persona, y el papel clave que juegan las redes de soporte familiar, social y comunitaria para garantizar el acceso a ellas durante el largo proceso de estabilización de la recuperación, también será conveniente que la reglamentación legal dedique recursos y cree incentivos para el fomento de dichas redes de soporte.

De otra parte, considerando la magnitud del esfuerzo social y económico que conlleva el propósito de brindar apoyo para la recuperación exitosa de los trastornos relacionados con sustancias, es comprensible que la literatura juzgue inconveniente someter a tratamiento terapéutico a quien consume SPA por el mero hecho de hacerlo. La “masificación” del tratamiento terapéutico es una respuesta inapropiada e ineficiente para los patrones más comunes y generalizados de consumo de estas sustancias, por lo general, asociados al uso experimental y ocasional.³⁰ No es recomendable mezclar con, ni tratar a estas personas como si fuesen adictos, ni someterlas al desgaste asociado a tratamientos centrados exclusivamente en lograr la abstinencia, en los cuales la deserción antes de su culminación es superior al 50% y la tasa de recuperación estable es baja.³¹

Los altos costos, la baja efectividad y el desgaste continuo tanto para las personas tratadas como para los sistemas públicos y privados de tratamiento son razones de peso para sustentar la inconveniencia de aplicar tratamientos terapéuticos en casos de consumo ocasional o experimentación con SPA, un fenómeno que como ya se ha visto forma parte de la vida en las sociedades modernas y no necesariamente conduce a la dependencia. En casos en que el patrón de abuso sea reciente o donde hay discapacidad leve como consecuencia del abuso de estas sustancias,

²⁹ Ver UNODC, *Drug...*, op. cit., 2008.

³⁰ Ver Gerstein, D. y Harwood, H., *Treating drug problems, vol. 1, A study of effectiveness and financing of public and private drug treatment systems*, Washington, DC: National Academy Press, 1990, p. 7.

³¹ Una parte de estas deserciones se debe a la inestabilidad de la recuperación propia de las etapas iniciales del proceso, mientras que otras se deben a las condiciones de tratamiento por debajo de los estándares óptimos. Ver White, W.; Kurtz, E.; Sanders M., *Recovery Management*, Chicago: University of Illinois at Chicago - Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, 2006, p. 18. Ver también National Institute on Drug Abuse, “Principles of Drug Addiction Treatment”, en *NIH*, núm. 00-4180, Rockville, MD: NIDA, 1999. Ver igualmente, “Substance Abuse and Mental Health Services Administration”, Office of Applied Studies, 2002; “Treatment Episode Data Set (TEDS): 1992-2000, National Admissions to Substance Abuse Treatment Services”, Rockville, MD: SAMHSA. De acuerdo con esta misma fuente, en 1999 el 58% de las personas que buscaron tratamiento financiado con recursos públicos en Estados Unidos habían recibido tratamiento previo: 23% del total había recibido tratamiento una vez anterior, 23% entre dos y cuatro veces, y el 12% cinco o más veces; ver Office of Applied Studies, “Treatment Episode Data Set (TEDS) 1994-1999: National Admissions to Substance Abuse Treatment Services” Rockville, MD: SAMHSA, 2001.

la literatura apoya el uso de medios de control social para limitar el acceso a estas sustancias, principalmente entre adolescentes, como la orientación preventiva, los servicios educacionales o las sanciones disciplinarias, antes que los tratamientos terapéuticos para la cesación y abstinencia del consumo.³²

Sin embargo, respaldar la deseabilidad de los mecanismos de control social del consumo ocasional o de experimentación no equivale a apoyar el uso de la estigmatización y la discriminación social de SPA, ni de sus consumidores o de quienes se encuentran en proceso de recuperación. Arrojar atributos “demoníacos” de las SPA, o calificar moralmente el carácter de las personas afectadas por trastornos relacionados con sustancias,³³ son mecanismos que encubren los factores objetivamente establecidos en relación con dichos trastornos y generan alarma social y respuestas reactivas de temor y rechazo social. Como se señaló al comienzo de este artículo, es por esta vía como se generalizan actitudes irracionales de condena moral e indiferencia frente a prácticas atroces que violan los derechos fundamentales de quienes son sometidos a “terapias de choque” amparadas por la ley y las normas que reglamentan los “servicios de rehabilitación”.

La atribución de propiedades esenciales del “mal” a las SPA y a su uso para calificar moralmente a quienes las consumen es una forma de “fetichizar” el fenómeno, pues lo abstrae de las condiciones y fuerzas sociales que contribuyen a su reproducción, dotándolo erróneamente de una naturaleza susceptible de ser controlada en sus manifestaciones inmediatas como si fuese un hecho autónomo e independiente de las condiciones y circunstancias sociales que contribuyen a su reproducción. Carlos Marx señaló la funcionalidad del mecanismo de la “fetichización” de la mercancía para reproducir el modo de producción capitalista.³⁴ A través de la fetichización de las SPA y su consumo se reproducen prejuicios sociales que agravan la dislocación y exclusión social de las personas asociadas a este fenómeno, con lo cual se alimenta el círculo vicioso que activa los patrones de consumo abusivo y conducen a la adicción.³⁵

Al respecto, es ilustrativo el caso sueco. En ese país impera una política abolicionista del consumo de SPA soportada en una intensa campaña de propaganda oficial dise-

³² Ver Gerstein, D. y Harwood, H., *Treating...*, op. cit., 1990, p. 7.

³³ Ver Room, R., “Addiction concepts and international control”, en The Senlis Council. *Global Drug Policy: Building a New Framework*, Senlis: The 2003 Lisbon International Symposium on Global Drug Policy, 2003, pp. 15-23.

³⁴ MARX, C., *El capital. Crítica de la economía política*, México: Siglo XXI, 1975, pp. 88-93.

³⁵ Ver Alexander, B., “The Globalization...”, op. cit., 2000.

ñada con el propósito de ganar el apoyo del público para la política de la “sociedad libre de drogas”. Con frecuencia se cita como una política exitosa en relación con la prevención del consumo entre los jóvenes.³⁶ No obstante, sus críticos señalan con preocupación la alta prevalencia de patrones abusivos de consumo entre quienes comienzan como consumidores ocasionales o de experimentación.³⁷ Interpretan ésta como una consecuencia de los mensajes de lucha contra las SPA que se han transformado en la mente del público en una justificación para estigmatizar a los consumidores de ellas. Si bien este fenómeno representa un efecto no intencional, las campañas oficiales están contribuyendo a reproducir condiciones de aislamiento social y estigmatización en torno a consumidores de drogas, enfrentando a éstos a una condición social de creciente marginación que los empuja a confiar y relacionarse sólo con la comunidad de toxicómanos, llegando a considerar como enemigos no sólo a la policía, sino también a los servidores públicos vinculados a programas sociales al igual que de salud y educación. Es decir, el modelo sueco ha sido exitoso en la prevención del consumo, a costa de agravar la vulnerabilidad de los consumidores de SPA a adquirir la condición de farmacodependientes.

Como lo ilustra el caso sueco, el control social del consumo de SPA mediante la estigmatización y la discriminación social de estas sustancias y su consumo es una barrera perversa que impide acceder al tratamiento y la atención de toxicomanías, razón por la cual la literatura rechaza vehementemente esta práctica.³⁸ Al alimentar prejuicios sociales que agravan la dislocación y exclusión social de quienes sufren trastornos relacionados con SPA, la estigmatización ejerce además un efecto destructivo sobre el “capital de recuperación” disponible en el ámbito de las redes de soporte familiares, sociales y comunitarias de las personas en proceso de recuperación.³⁹

Por lo tanto es deseable que la reglamentación legal de la disposición constitucional en referencia contemple el establecimiento de mecanismos de autorregulación, tanto de las “campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y a favor de la recuperación de los adictos” como de los modelos de atención utilizados por los Centros de Atención en Drogadicción –CAD–, a fin de limitar el uso de estrategias de control social basadas en prejuicios y temores

³⁶ Ver UNODC, *Sweden's Successful Drug Policy: A review of the Evidence*, Vienna: UNODC, 2007.

³⁷ Ver Stalenkrantz, B. “The tragic outcome of Sweden's dream of a drug free society”, en *Global Drug Policy: Building a New Framework*. Sensis Council-The 2003 Lisbon International Symposium on Global Drug Policy, 2003, pp. 146-150.

³⁸ OMS, *Neurociencia...* op. cit., 2003, pp. 247-249.

³⁹ Granfield, R. y Cloud, W., “Social...”, op. cit., 2001; White, W., “The history...”, op. cit., 2004; UNODC, *Drug...*, op. cit., 2008.

infundados o en mensajes que conduzcan a la estigmatización y la discriminación social de las SPA, los consumidores de las mismas y las personas en proceso de recuperación.

Para materializar las observaciones anteriores conviene considerar el diseño de instancias y procedimientos que permiten definir, dispensar y controlar las medidas administrativas previstas en artículo constitucional en referencia. En otra parte se ha descrito en detalle el funcionamiento de las “comisiones para la disuasión de la adicción a drogas” que operan exitosamente en Portugal desde 2001.⁴⁰ Como se recalca allí, una lección de la política portuguesa de descriminalización del consumo de drogas relevante para el caso colombiano es la de que, sin renunciar al objetivo de reprimir y perseguir a las organizaciones dedicadas al tráfico de drogas ilegales, la política antidrogas de ese país logró incentivar la oferta de comunidades y centros de desintoxicación y tratamiento terapéutico, cuya capacidad se incrementó en 150% entre 1999 y 2003, por medio de una creciente asignación y canalización de recursos públicos para tal fin.⁴¹

Un elemento que racionaliza la asignación de los recursos de tratamiento y manejo, que como se ha visto siempre son escasos frente a la condición crónica del trastorno relacionado con sustancias, es el criterio de otorgar prioridad de acceso a aquellas personas que han infringido la ley penal por conductas originadas en esa condición, y que están dispuestas a someterse voluntariamente a tratamiento terapéutico como una alternativa para sustituir sanciones penales. Ésta es la base programática sobre la cual se estableció la figura de los “tribunales de tratamiento de drogas” en Estados Unidos a partir de la década de los noventa, arreglo que también ha sido evaluado positivamente a partir de sus resultados: numerosos estudios longitudinales de seguimiento a “egresados” de estos tribunales señalan que su reincidencia en conductas sancionadas penalmente es del orden del 20%, en contraste con un promedio de 50% entre la población que ha cumplido su pena sin pasar por los “tribunales de droga”.⁴²

⁴⁰ Ver Pérez Salazar, B. (en imprenta), “Control de SPA y retos de la política de reducción del consumo”, en *Novum Jus*. En el caso portugués, estas comisiones están integradas por tres miembros, uno de ellos designado por el Ministerio de Justicia y los dos restantes por el Ministerio de Salud. Ver también Greenwald, G., *Drug Decriminalization in Portugal. Lesson for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Washington: Cato Institute, 2009.

⁴¹ Ver Greenwald, G. *Drug...*, op. cit., 2009.

⁴² SANFORD, S.; Arrigo, B., “Lifting the Cover on Drug Courts: Evaluation Findings and Policy Concerns”, en *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(3): 243, 2005.

Entre los aspectos más exitosos de ese modelo se destaca su capacidad de activar procesos de “reestructuración de procesos cognitivos” que favorecen la estabilización de los procesos de recuperación en consumidores problemáticos. De acuerdo con muchos terapeutas, la negación o minimización de conductas infractoras de la ley penal es uno de los primeros obstáculos que deben superar los infractores en su proceso de recuperación. La necesidad de superar esta “distorsión” “cognitiva” es común entre infractores con trastornos relacionados con sustancias, y para hacerlo es preciso que la persona asuma plena responsabilidad y esté en disposición de rendir cuentas de su compromiso de no volver a incurrir en tales conductas.

En el contexto de los “tribunales de droga” los jueces, asesorados por terapeutas especializados, entran en diálogo directo con el infractor a fin de escuchar su versión de los hechos que derivaron en su judicialización, para luego invitarlo a reflexionar acerca de la cadena de eventos que lo condujeron a cometer la infracción penal. De esta manera, el “tribunal de drogas” asiste al infractor en racionalizar las situaciones de alto riesgo que en su cotidianidad pueden conducirlo a recaer en el consumo y reincidir en infracciones penales, y lo ayuda a identificar cómo manejar y evitar verse comprometido con tales situaciones en el futuro. Así, con la asesoría de terapeutas el infractor desarrolla con anticipación “planes para evitar recaídas”, en los cuales se compromete a evitar situaciones identificadas como de “alto riesgo” para recaídas y a prever los activos de su “capital de recuperación” sobre los cuales se puede soportar para hacerlo en las circunstancias concretas de su vida diaria. El infractor rinde cuentas periódicas ante el “tribunal de drogas” de los resultados obtenidos mediante la aplicación de sus “planes personales” y, de ser necesario, los ajustes correspondientes para lograr cumplir cabalmente su compromiso de no reincidir en infracciones penales.⁴³

Como puede apreciarse, hay un acervo de experiencias internacionales exitosas para el manejo de trastornos relacionados con sustancias, estructurados sobre paradigmas orientados a apalancar la capacidad de las personas para recuperar su autonomía y capacidad de control de sus vidas, que arrojan resultados positivos en relación con el mejoramiento de su salud y su capacidad de dar sentido y propósito a sus vidas, sin necesidad de recurrir a modelos de atención basados en “terapias de choque”.

⁴³ Ver McGuire, J. (edit.), *What Works Reducing Reoffending*, Chichester: John Wiley and Sons, 1995. Ver también Wexler, D., “Book review: A Review of ‘What Works: Reducing Reoffending’”, en *Behavioral Sciences & the Law*, 15(3): 365-370, 1997.

Conclusiones

Durante la década pasada las reformas judiciales en el mundo han incorporado de manera parcial elementos del “modelo médico” de la farmacodependencia, el más visible de los cuales consiste en redefinir los trastornos relacionados con sustancias ya no como un asunto penal, sino del ámbito de la salud pública. No cabe duda en que este giro representa un avance importante, en tanto reconoce y trata el fenómeno como un trastorno complejo, determinado no sólo por factores biológicos y genéticos, sino también psicológicos, sociales, culturales y del entorno.

La dependencia es un trastorno crónico con frecuencia concurrente con otras condiciones físicas y mentales. La toxicomanía no es una falla en la voluntad o en la fortaleza del carácter, sino un trastorno de la salud que puede afectar a cualquier ser humano. A pesar de los conocimientos de la neurociencia sobre cuestiones como la vulnerabilidad, los mecanismos de tolerancia, la abstinencia y la avidez, en la actualidad no se puede predecir quién perderá el control por el consumo de SPA para luego hacerse dependiente. En algunos individuos el “interruptor” cerebral que desencadena trastornos relacionados con sustancias se activa tras un breve lapso de consumo abusivo, mientras que en otros el cambio ocurre de manera gradual, aun en presencia de consumo de grandes cantidades de SPA. Lo que sí se sabe con certeza es que el potencial de una sustancia dada para producir dependencia es afectado por la herencia genética de cada individuo, así como por las circunstancias socioculturales en las que se utiliza.

El reconocimiento del papel que juega el entorno familiar, social y comunitario tanto en el desarrollo de la dependencia como en el proceso de la recuperación estable de la persona, marca las tendencias más recientes en el manejo y tratamiento de la adicción a SPA, las cuales no sólo se orientan a suspender el consumo –con frecuencia mediante la administración de drogas psicotrópicas sustitutas–, sino también a promover cambios en el comportamiento a través de intervenciones psicosociales y a fomentar la construcción de redes de soporte familiar, social y comunitario a los procesos de recuperación estable. Mediante estas pautas las tendencias vigentes en el manejo de la dependencia avanzan hacia modelos de menor desgaste de las personas y de las instituciones públicas y privadas que les brindan servicios de recuperación, que a la vez son más eficaces para salvar vidas y mejorar la salud de los individuos afectados y la de sus familias, así como para reducir los costos sociales en el manejo de esta condición crónica.

El control social del consumo de SPA, particularmente entre los adolescentes, es útil y necesario. Sin embargo, recursos como la estigmatización y la discriminación social en contra de SPA, sus consumidores y las personas en proceso de rehabilitación, suelen generar temor y reacciones de rechazo, y de esta manera conducen a agravar la situación de los consumidores a la vez que se convierten en barreras que dificultan el acceso de las personas en proceso de recuperación a la redes de soporte y capital de recuperación que necesitan para estabilizarse. Además estos mecanismos negativos de control social son los que alimentan la idea generalizada de la aceptabilidad de las “terapias de choque” dentro de los diversos modelos de atención regulados por la ley para el manejo y tratamiento de personas en condición de dependencia, muchas de las cuales representan violaciones atroces de los derechos humanos de sus víctimas.

La reglamentación legal de la disposición constitucional que establece medidas y tratamientos administrativos de consumo de SPA en Colombia debe definir instancias y mecanismos para garantizar a las personas con trastornos relacionados con sustancias, condiciones propicias no sólo para suspender el consumo, sino también para recuperar su salud y una vida con sentido. La experiencia internacional con “tribunales de droga” señala la conveniencia de dar acceso prioritario a los recursos de manejo y tratamiento de adicciones a aquellos infractores de la ley penal cuyas conductas estén afectadas por la dependencia de SPA y manifiestan voluntariamente su disposición a someterse a tratamiento como sustitución de la sanción penal.

Referencias

Libros y artículos de revista

- ALEXANDER, B. “The Globalization of Addiction”, en *Addiction Research*, 8(6): 501-526, 2000.
- GAO, G.; WANG, X.; HE, S.; LI, W.; WANG, Q.; LIANG, Q. et al. “Clinical Study for Alleviating Opiate Drug Psychological Dependence by a Method of Ablating the Nucleus Accumbens with Stereotactic Surgery,” en *Stereotactic and Functional Neurosurgery*, núm. 81, 2003, pp. 96-104.
- GERSTEIN, D.; HARWOOD, H. *Treating drug problems*, vol. 1. *A study of effectiveness and financing of public and private drug treatment systems*. Washington, D. C.: National Academy Press, 1990.
- GIDDENS, A. *Modernity and Self-identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press, 1991.

- GRANFIELD, R.; CLOUD, W. *Coming Clean: Overcoming Addiction without Treatment*, New York: New York University Press, 1999.
- GRANFIELD, R.; CLOUD, W. "Social context and 'natural recovery': The role of social capital in the resolution of drug-associated problems", en *Substance Use and Misuse*, 36(11): 1543-1570, 2001.
- GRANFIELD, R. "Addiction and Modernity: A Comment on a Global Theory of Addiction", en *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* (Special Issue on Addiction and the Life Course), 44:29-34, 2004.
- GREENWALD, G. *Drug Decriminalization in Portugal. Lesson for Creating Fair and Successful Drug Policies*. Washington: Cato Institute, 2009.
- JUNY, A.; HUILLI, S. "Analysis of 272 Cases of Swallowing Foreign Body in Compulsory Detoxification," en *China Journal of Drug Dependence*, 13(3): 221-223, 2004.
- LESHNER, A. "Addiction is a brain disease, and it matters", en *Science*, (278): 45-47, 1997.
- MARX, C. *El capital. Crítica de la economía política*. México: Siglo XXI, 1975.
- MCGUIRE, J. (edit.). *What Works Reducing Reoffending*. Chichester: John Wiley and Sons, 1995.
- MCLELLAN, A. et al. "Evaluating the Effectiveness of Addiction Treatments: Reasonable Expectations and Appropriate Comparisons," en Egertson, A. et al. (edits.), *Treating Drug Abusers Effectively*. Malden, MA: Milbank Memorial Fund and Blackwell Publishers, 1997.
- MCLELLAN, A. T.; CHALK, M.; BARTLETT, J. "Outcomes, performances, and quality: What's the difference?" en *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4): 331-340, 2007.
- PÉREZ SALAZAR, B. (en imprenta). "Control de sustancias psicoactivas y retos de la política de reducción del consumo", en *Novum Ius*.
- ROBINS, L. "Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation?" en *Addiction*, 88(8): 1041-1054, 1993.
- ROOM, R. "Addiction concepts and international control", en *Global Drug Policy: Building a New Framework*, Senlis: The 2003 Lisbon International Symposium on Global Drug Policy, pp. 15-23, 2003.
- SANFORD, S.; ARRIGO, B. "Lifting the Cover on Drug Courts: Evaluation Findings and Policy Concerns", en *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(3): 239-259, 2005.
- STALENKRANTZ, B. "The tragic outcome of Sweden's dream of a drug free society", en *Global Drug Policy: Building a New Framework*. Senlis: Senlis Council - The 2003 Lisbon International Symposium on Global Drug Policy, pp. 146-150, 2003.
- THOMPSON, E. P. *The Making of the English Working Class*, New York: Random House, 1966.
- WEXLER, D. "Book review: A Review of 'What Works: Reducing Reoffending'", en *Behavioral Sciences & the Law*, 15(3): 365-370, 1997.

WHITE, W. "The history and future of peer-based addiction recovery support services", prepared for the SAMHSA Consumer and Family Direction Initiative 2004 Summit. Washington D. C., March 22-23, 2004.

WHITE, W.; KURTZ, E.; SANDERS, M. *Recovery Management*. Chicago: University of Illinois at Chicago - Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, 2006.

Documentos y Fuentes Institucionales

HUMAN RIGHTS WATCH. *Locked Doors: The Human Rights of People with HIV/AIDS in China*. New York: Human Rights Watch, 2003.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. "Principles of Drug Addiction Treatment", en *NIH*, núm. 00-4180. Rockville, MD: NIDA, 1999.

OMS. *Neurociencia del consumo y dependencia de SPA*. Washington, D. C.: OPS/OEA-Cicad, 2005.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 1011 de 2006.

REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de la Protección Social. Resolución 1315 de 2006.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. "Acto Legislativo No. 2 de 2009", en *Diario Oficial*, núm. 47570. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/cp/acto_legislativo_02_2009.html.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, OFFICE OF APPLIED STUDIES. "Treatment Episode Data Set (TEDS) 1994-1999: National Admissions to Substance Abuse Treatment Services". Rockville, MD: SAMHSA, 2001.

– "Treatment Episode Data Set (TEDS): 1992-2000. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services". Rockville, MD: SAMHSA, 2002.

UNODC. *Sweden's Successful Drug Policy: A review of the Evidence*. Vienna: UNODC, 2007.

– *Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management*. Viena: Treatnet - Good Practice Document, 2008.

WHO. *Assessment of Compulsory Treatment of People Who Use Drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam*. Manila: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2009.

Documentos en Internet

CARISMA. Centro de Atención y Rehabilitación de Salud Mental de Medellín. Disponible en http://www.unodc.org/treatment/en/Colombia_resource_centre_6.html.

MENDELEVICH V. "Narcology: Drug treatment in Russia", en *Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform*, 2006. Disponible en: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/events/cnd_20060316.

- POLYAKOV U.; ANICHKOV, A.; KONENKOV, S. "Sterotaxic Bilateral Cryocingulotomy in Complex Treatment of Opioid Drug Addicts", en *Functional neurosurgery: Materials of the Third All-Russia Congress of Neurosurgeons*, 2002. Disponible en: www.neuro.neva.ru.
- WHITE, W.; CLOUD, W. "Recovery Capital; A Primer for Addiction Professionals", 2008. Disponible en: <http://www.counselormagazine.com/feature-articles-mainmenu-63/27-treatment-strategies-or-protocols/816-recovery-capital-a-primer-for-addiction-professionals>.

Artículos de Prensa

- "Dueños de centro de rehabilitación amenazaban para que no denunciaran torturas, dicen vecinos", junio 17 de 2009. Disponible en: eltiempo.com.
- "Rehabilitación o maltrato. Vea esta denuncia y juzgue usted mismo", en *Séptimo día*, 24 de julio de 2009. Disponible en: <http://www.caracol.com/video/146825-rehabilitacion-o-maltrato-vea-esta-denuncia-y-juzgue-usted-mismo?page=2>.
- "Rescatadas 107 personas en centro para adictos en México", en *El Universal*, diciembre 4 de 2009. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/98949.html>.