

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN A PARTIR DE LA BASE DE DATOS DEL SUICAD

Elaborado por:

Orlando Scoppetta DG.

Diciembre de 2014

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
TOTAL Y COMPORTAMIENTO SEGÚN AÑO DE INGRESO	2
DISTRIBUCIÓN POR REGIONES	4
Según departamento del centro o servicio de tratamiento.....	4
Según lugar de residencia de la persona atendida	5
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS ATENDIDAS.....	8
DATOS SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	9
Historia de consumo	10
Edad y sustancias de inicio	12
Impacto de las sustancias psicoactivas	15
CONCLUSIONES	16

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE CONSUMO DE PSICOACTIVOS A PARTIR DE LA BASE DE DATOS DEL SUICAD

INTRODUCCIÓN

Al terminar el año 2014, se produce este análisis que tiene dos objetivos básicos: actualizar los perfiles de consumo de acuerdo con la nueva agregación de datos y revisar la evolución del sistema mismo.

El Suicad está concebido como un subsistema del Sistema Único de Indicadores sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Su base de información son los servicios de atención a las personas consumidoras. En distintos sistemas de seguimiento a la evolución del consumo de sustancias psicoactivas, se considera importante contar con datos procedentes de centros y servicios de tratamiento. Como ejemplo de lo anterior está el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA) por sus siglas en inglés, donde la gestión está alrededor de un indicador, llamado indicador de demanda de tratamiento¹.

El Suicad se basa en registros de atenciones. Es decir en cada oportunidad en que una persona llega a un centro o servicio de tratamiento por farmacodependencia, se levanta un registro que contiene información acerca de la persona, su contexto y su práctica de consumo.

Como se ha manifestado antes, en documentos similares a este, los perfiles obtenidos están en función de los datos disponibles. Debido a que al sistema continúan ingresando regiones y con ello centros y servicios de tratamiento, los cambios en el perfil probablemente sean más la expresión de la maduración del sistema mismo, que de una evolución en la situación estudiada. No obstante, el volumen de datos ya permite un estudio de los perfiles de consumo.

En todo caso, es importante subrayar que los perfiles obtenidos corresponden al subconjunto de consumidores que han sido atendidos en los centros y servicios de tratamiento.

Debido a los números que alcanza el sistema, la información que reporta cada vez se acerca más a una buena representación de las características del consumo de sustancias psicoactivas en el país.

¹ EMCDDA (2012) *Treatment demand indicator (TDI). Standard protocol 3.0*. Luxemburgo: EMCDDA.

En efecto, ya son 16 regiones del país con centros y servicios reportando al sistema y el número de casos al corte de este análisis (el 18 de diciembre de 2014) es de 9733 reportes de atención.

En 2012 se diseñó y puso en marcha una nueva versión del Suicad. Cinco departamentos del país fueron iniciados en este subsistema. Con la expansión del Suicad se irá logrando una mejor descripción de la dinámica de consumo a través de la información obtenida de los consumidores. Todo esto debe servir para mejorar las alternativas de prevención, tratamiento y control del asunto de las drogas. Las personas que llegan a los centros de tratamiento lo hacen por lo regular porque padecen los efectos del abuso y la dependencia a las drogas, en otras palabras, de una faceta del sufrimiento humano sobre la cual hace falta hacer mucho más.

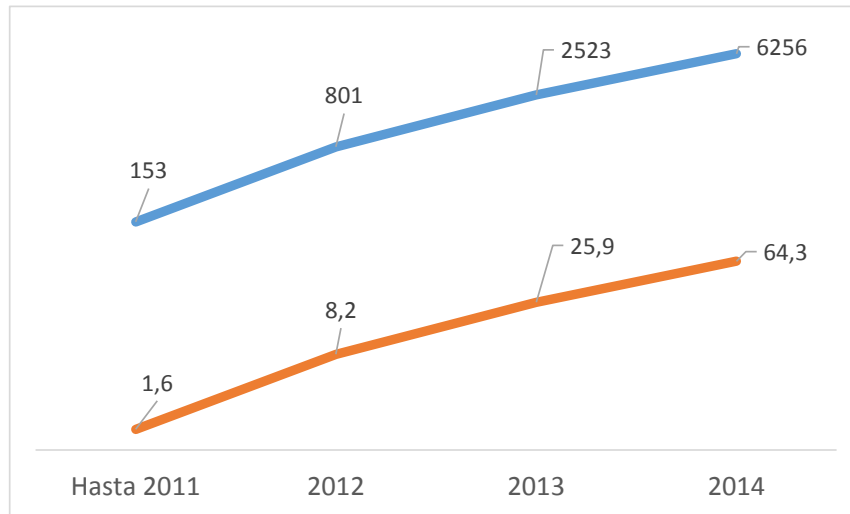
Al terminar 2014, el Suicad se consolida como una de las fuente de información sobre consumo de sustancias psicoactivas más importantes, en conjunto con los estudios nacionales sobre el tema. Esto es el logro de los profesionales de los centros y servicios de tratamiento, así como de las entidades territoriales y nacionales que hacen posible este logro, para que la política de drogas del país esté fundamentada en la mejor evidencia disponible.

TOTAL Y COMPORTAMIENTO SEGÚN AÑO DE INGRESO

Hasta el 18 de diciembre de 2014, el Suicad contenía información de 9733 registros de atención. El sistema creció significativamente durante ese año, con un 64,3% del total de registros acumulados, lo que significa un aumento en el año 2014 de más del 500% en los registros (figura 1)².

² A medida que ingresan entidades al Suicad crece también el número de registros retrospectivos. Esto porque se permite a los centros y servicios usar la posibilidad de almacenamiento y análisis de casos de años anteriores. No obstante, en lo sucesivo esta posibilidad se restringirá por considerar que ya se contó con un plazo razonable para la inclusión de casos antiguos.

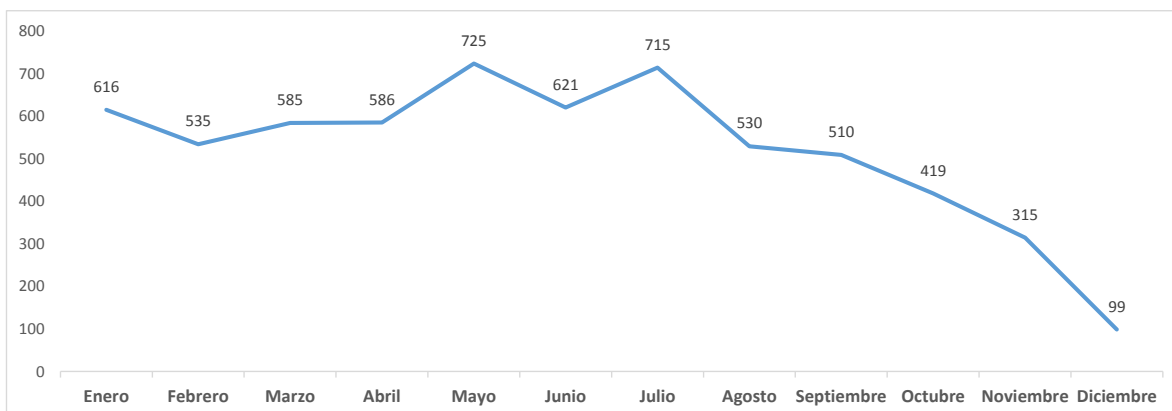
Figura 1. Casos incluidos al Suicad según año de ingreso



COMPORTAMIENTO SEGÚN MES DEL AÑO 2014

La curva que describen los registros a lo largo de 2014 muestra una tendencia a una considerable mayor acumulación en el primer semestre del año. Si se observa la acumulación de casos hasta julio, hasta ese mes se cuenta el 70% de los registros de 2014 con una declinación importante a partir de agosto. No es posible saber si este comportamiento responde a cierta estacionalidad anual de la demanda de atención en el país, pues en 2013 la tendencia fue la contraria (a julio solamente se había acumulado el 38,6% del total de casos registrados ese año).

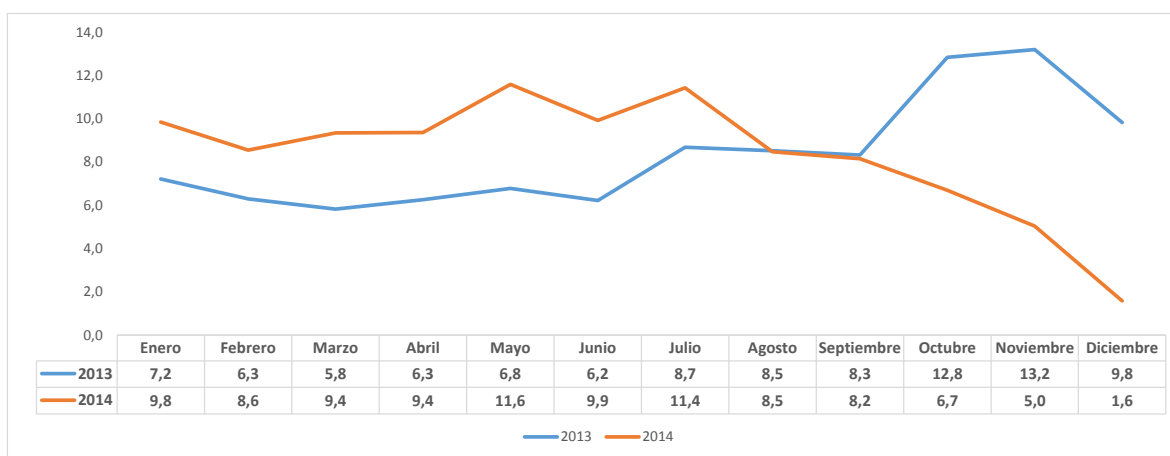
Figura 2. Registros según mes del año 2014



La figura 3 permite comparar la atención en cada mes, en términos porcentuales, en 2013 y 2014, notándose allí que el aporte mensual al volumen de registros fue distinto de un año a otro. Este análisis no puede considerarse concluyente puesto que la cobertura del Suicad aumentó considerablemente en 2014.

De todos modos, la demanda de atención no necesariamente debe responder a regularidades en un marco temporal. Los datos de los años venideros ayudarán a aclarar si el periodo del año juega como un factor en la mayor o menor demanda de atención.

Figura 3. Registros según mes del año en 2013 y 2014 (porcentajes)



DISTRIBUCIÓN POR REGIONES

En este aparte se presentan los datos según el departamento en que reside el centro o servicio de tratamiento, y según el departamento de residencia de la persona atendida.

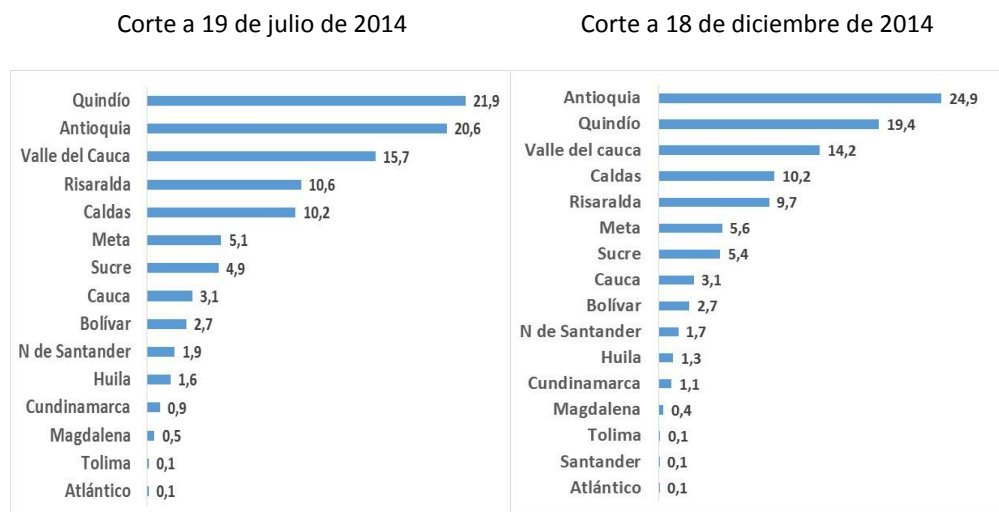
Según departamento del centro o servicio de tratamiento

Para ver la evolución de los casos según el departamento del centro o servicio, se incluyen dos cortes de análisis en 2014, uno a julio y otro a diciembre de 2014.

La comparación entre dos puntos de corte de análisis, del aporte de registros en los departamentos donde están asentados los centros y servicios de tratamiento, muestra el crecimiento de los casos reportados en Antioquia. Los departamentos de Magdalena, Tolima y Atlántico mantienen una contribución marginal al sistema.

El departamento de Cundinamarca muestra un crecimiento leve pero importante al volumen de notificación y se sumó a esta cuenta el departamento de Santander.

Figura 4. Departamento de reporte de las personas atendidas en centros y servicios de tratamiento en tres momentos de análisis durante 2014



Según lugar de residencia de la persona atendida

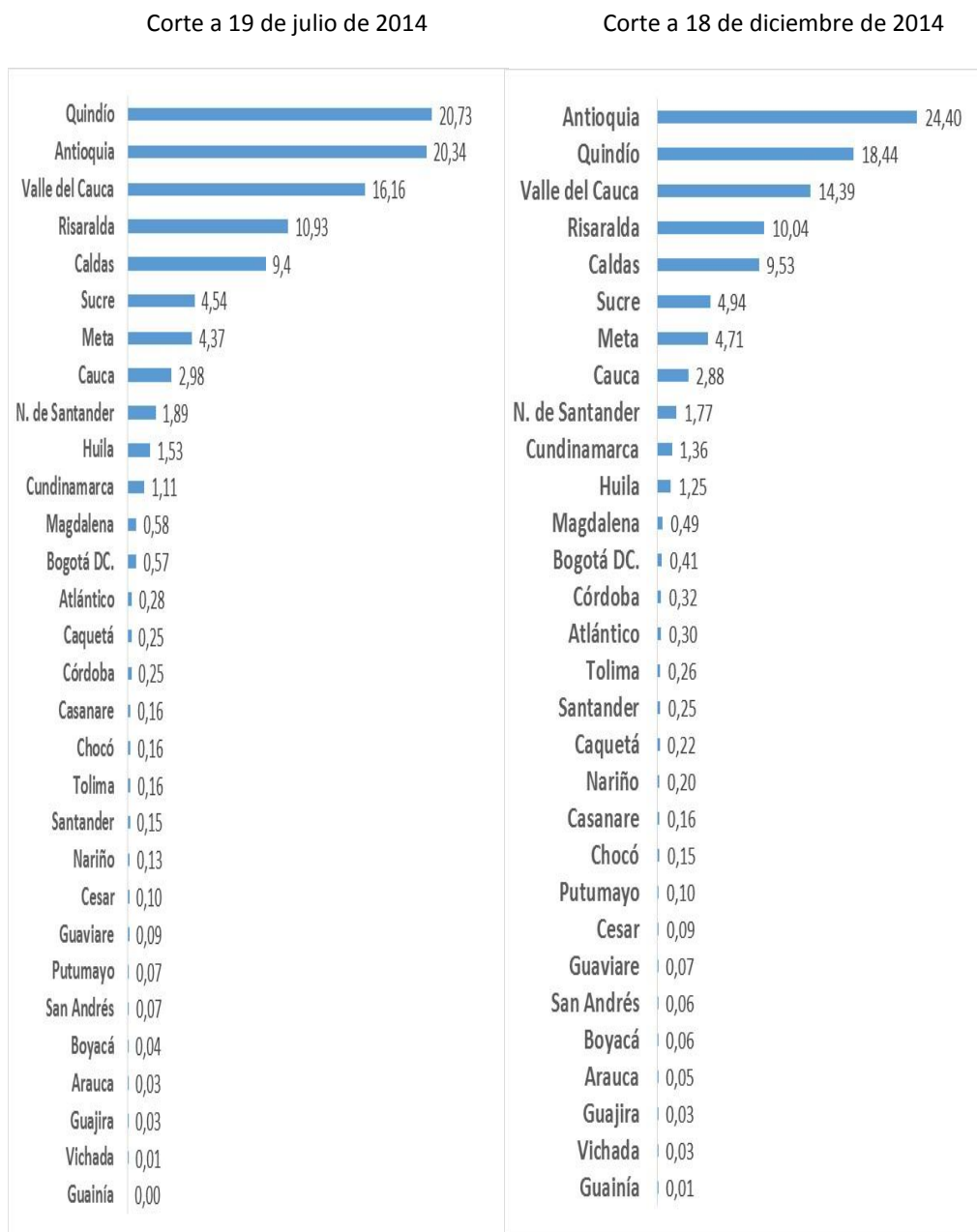
El estudio de los datos según departamento de procedencia de la persona que solicita tratamiento, muestra una mayor heterogeneidad, como se observa en la figura 5. Aunque la mayor parte de los usuarios residen en la misma región de donde se reporta el caso, hay demanda procedente de lugares diversos del país.

Como era de esperarse, el crecimiento de los registros procedentes de Antioquia, hace que en la mayor proporción los casos atendidos figuren como residentes en ese departamento.

El departamento de Caldas es el que cuenta con mayor cantidad de regiones que demandan servicios allí. Aunque la mayor parte de los usuarios proceden del mismo departamento, hay 21 departamentos más de procedencia, incluyendo los otros dos del eje cafetero, San Andrés y Providencia, cuatro de la costa atlántica. Las razones por las cuales se solicita atención en un departamento distinto al de residencia pueden ser muy variadas; tienen relación con redes sociales de los usuarios, intención de ocultar su problemática, credibilidad de las entidades de tratamiento, entre otras.

Algo similar a lo mostrado con Caldas, sucede con Antioquia.

Figura 5. Departamento de residencia de la persona atendida en centros y servicios de tratamiento



En el departamento del Meta se han atendido personas procedentes de otros 15, incluyendo Risaralda (1) y Magdalena (1). La mayor cantidad de casos proceden del mismo departamento y de Cundinamarca (47) y Bogotá DC. (14).

Con un corte hasta el 1% de los registros, los municipios de donde proceden la mayor cantidad de usuarios se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Principales municipios de residencia de la persona atendida en centros y servicios de tratamiento

Municipio de procedencia	Casos	Porcentaje
Medellín	1592	16,4
Armenia	1424	14,6
Cali	1101	11,3
Manizales	717	7,4
Pereira	634	6,5
Villavicencio	422	4,3
Sincelejo	311	3,2
Dos Quebradas	223	2,3
Cartagena	222	2,3
Cúcuta	144	1,5
Envigado	140	1,4
Bogotá DC	139	1,4
Bello	126	1,3
Santander de Quilichao	110	1,1
Calarcá	106	1,1
Popayán	106	1,1
Copacabana	99	1,0
Neiva	93	1,0

El que la mayor cantidad de casos procedan de Medellín, Armenia, Cali, Manizales y Pereira no sorprende por el mismo desarrollo del Suicad y porque en estas regiones se concentra el mayor volumen de consumidores según los estudios nacionales.

Sí llama la atención la ubicación de Villavicencio, Sincelejo, Cartagena y Cúcuta. El caso de Dos Quebradas guarda relación con la cercanía con Pereira. Estas dos ciudades podrían analizarse como un solo caso.

Mientras se elabora esta versión del análisis de datos del Suicad, se prepara el ingreso formal de Bogotá DC., al sistema. Esto hará cambiar la fisonomía de los datos, incluyendo por supuesto la procedencia de las personas atendidas.

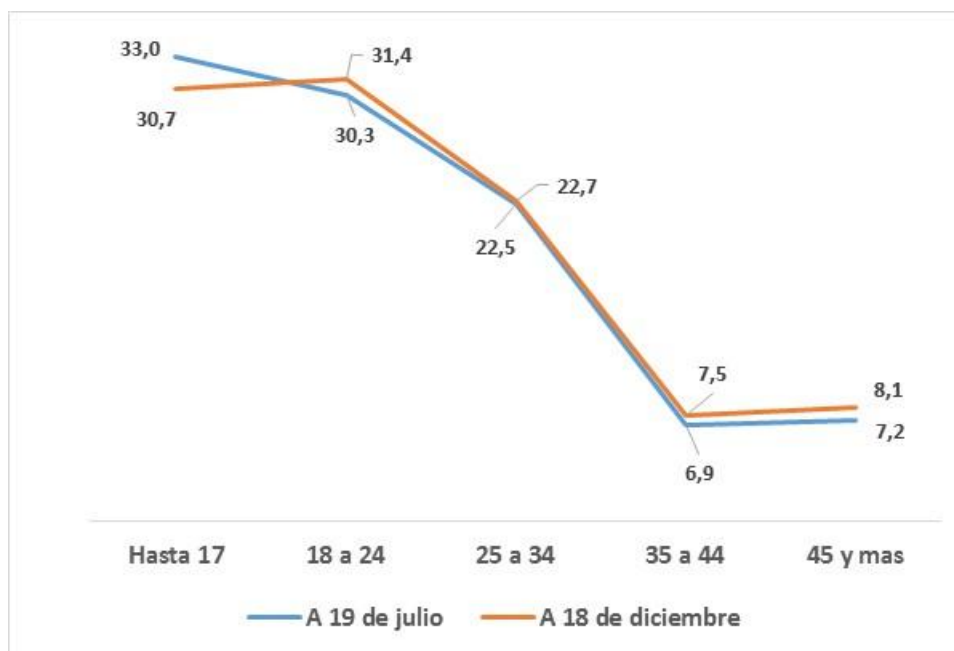
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS ATENDIDAS

Desde el último análisis se mantiene estable la distribución entre hombres y mujeres, siendo los primeros el 84,2% del total de atendidos. La edad promedio tampoco muestra diferencias sustanciales pues en esta oportunidad se ubica en 24,7 años (22,3 para las mujeres y 25,2 para los hombres).

El 31% por ciento de los usuarios de centros y servicios de tratamiento son menores de 18 años, lo que representa un pequeño descenso frente al análisis anterior (33%).

Con respecto al punto de corte anterior, hay un ligero aumento en el número de sujetos en los sujetos desde los 18 años, especialmente en el grupo de 45 y más. Esto confirma un análisis previo hecho en el mes de octubre de este año, que mostraba esta tendencia. Sin embargo, sería necesario corroborar esta tendencia con un corte de datos en 2015.

Figura 6. Distribución porcentual por grupos de edades de las personas atendidas en centros de tratamiento



Más adelante se mostrarán algunas diferencias importantes que se asocian a la edad de la persona atendida.

Con respecto a otras características de los casos atendidos, la tabla 2 resume lo que podría ser el perfil de las personas que han recibido atención por el consumo de sustancias psicoactivas³.

En términos generales, en la mayoría de los casos se trata de personas solteras, de sexo masculino y 24 años de edad (ver datos anteriores), solteros, que no estudian en la actualidad y llegaron hasta algún grado de secundaria (sin terminar ese nivel de estudios). No tienen alguna adscripción étnica particular; están inscritos en el régimen subsidiado de salud; no tienen trabajo ni están buscándolo y su fuente de ingreso es indeterminada, aunque es necesario señalar que la mayor parte de las mujeres atendidas eran estudiantes (35,2%). Adicionalmente, reportan haber iniciado su historia de consumo usando marihuana. Acudieron al tratamiento por voluntad propia, han usado mezclas de sustancias. Iniciaron el consumo en promedio hacia los 13 años y han tenido tratamientos previos.

Tabla 2. Perfil de personas atendidas en los centros de tratamiento

Perfil	Total	Hombres	Mujeres
Soltería	84,0	83,6	86,2
Actualmente no estudia	53,8	55,0	48,1
Ninguna etnia	91,4	91,3	92,0
Secundaria incompleta	51,9	50,3	59,9
Régimen subsidiado	64,1	64,3	64,1
Desocupado	29,4	29,7	28,7
Fuente de ingreso no especificada	56,6	52,9	75,7
Ninguna condición especial	51,7	53,3	43,4
Acudió por voluntad propia	56,8	57,7	52,2
Inició con marihuana	45,3	45,7	43,6
Ha consumido mezclas	39,5	40,6	33,8
Tratamientos previos	48,1	49,7	39,9
Edad de inicio en años (mediana)	14	14	13

DATOS SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS⁴

³ Los datos están expresados según los porcentajes en que se cumplió la característica predominante, con excepción de la edad de inicio que se presenta como promedio. Es importante subrayar que los cambios en el perfil que obedezcan a cambios reales en el consumo, se observarán cuando se establezca el número de centros de tratamiento que ingresen al sistema.

A continuación se presentará información sobre el consumo de drogas siguiendo la línea histórica desde la primera sustancia consumida, según la edad del consumidor y la edad de inicio, así como sobre el impacto de las sustancias.

Historia de consumo

La tabla 3 muestra las sustancias ordenadas según la cantidad de pacientes que reportaron su consumo, ya sea como droga de inicio o como sustancia a lo largo de la vida⁵.

Se observa que hay diversas historias de consumo de sustancias psicoactivas. La mayoría comienza con el consumo de marihuana (42,4%). La segunda droga de inicio más común es el alcohol (20,7%) y la tercera el cigarrillo (17,0%). Luego de indagaciones acerca del por qué es más frecuente el inicio con marihuana, se estableció que esto corresponde a la realidad, probablemente con algún grado de subregistro del inicio con alcohol y cigarrillo, y que guarda relación con la edad de la persona.

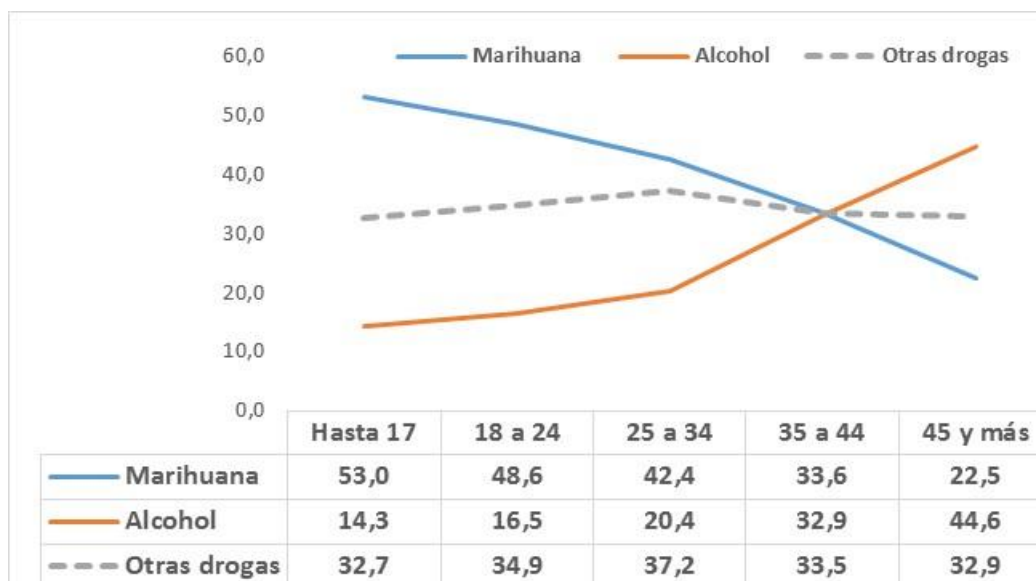
Mientras la marihuana es la sustancia de inicio más frecuente hasta el grupo de edad que llega a los 34 años, en el grupo de 35 en adelante los es el alcohol. La figura 7 muestra cómo varía la sustancia de inicio de acuerdo con la edad de la persona atendida. Estos datos muestran que es más probable el inicio de consumo con sustancias ilícitas hasta los 34 años y de allí en adelante es más probable el inicio con alcohol.

Es también probable, según revelan estos datos, que el inicio con marihuana, se asocie a historias de consumo problemático que se reflejan en demandas de tratamiento en algún momento de la vida.

Figura 7. Marihuana, alcohol y otras drogas como sustancia de inicio según grupo de edades

⁴ La magnitud del consumo de sustancias psicoactivas debe estimarse mediante encuestas poblacionales. Los datos del Suicad son útiles para obtener información más precisa acerca de los perfiles de consumidores y sustancias consumidas.

⁵ Se incluyen las sustancias que han sido reportadas al menos una vez en el sistema.



También se observa que la gran mayoría de los consultantes a los centros y servicios de tratamiento han consumido marihuana (77,8%). La cocaína es la droga en segundo lugar de frecuencia de consumo (53,9%), seguida por el alcohol y el cigarrillo.

Con esto se completa la imagen de que el consumo de drogas entre las personas atendidas por problemas asociados a esta práctica, tienen un patrón de consumo distinto del que se registra en la población general. Es decir que el inicio con marihuana es un predictor de abuso y dependencia de sustancias, por lo menos en los grupos de edades iniciales.

Tabla 3. Historia del consumo de sustancias psicoactivas de los casos reportados al Suicad (sustancias más frecuentes)

<i>Sustancia</i>	Motivó tratamiento	% con respecto a los casos de consumo de la sustancia	% con respecto al total de casos
Marihuana	3134	41,4	32,2
Cocaína	2180	41,6	22,4
Alcohol	1665	38,8	17,1
Tabaco	1128	31,1	11,6
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	1070	36,1	11,0

Basuco	1059	33,9	10,9
Clonazepam	761	37,8	7,8
Marihuana creepy	504	47,2	5,2
Heroína	389	26,1	4,0
Éxtasis (MDMA)	192	44,1	2,0
Poppers	190	44,9	2,0
LSD	186	40,8	1,9
Cloruro de metileno	135	33,8	1,4
Hongos	95	35,6	1,0
Metanfetaminas	48	71,6	0,5
Cacao sabanero	40	41,7	0,4
Anfetaminas	31	30,1	0,3
2CB, tusi	26	39,4	0,3

La sustancia más consumida es la marihuana. Nótese que en el sistema se hace un reporte por separado para la marihuana tipo creepy⁶. La historia de consumo promedio que se perfila de estos datos permanece casi inalterable. Se mantuvo estable el número de casos donde se reportó consumo de 2CB y metanfetaminas, sustancias de interés por su novedad en el medio colombiano.

Edad y sustancias de inicio

La edad de inicio promedio se mantuvo en 13,9 años y la mediana en 14. Este análisis solamente incluye a las sustancias con al menos cinco casos en que la persona se inició con esta droga.

La tabla 3 muestra las edades de inicio promedio de las personas atendidas para el conjunto de drogas de mayor consumo. Como se ve, la sustancia está en el grupo de las inhalables comunes, que está constituida por productos disolventes, combustibles y pegantes, que son de fácil obtención y precio por menores de edad.

La mayoría de las personas atendidas inició su historia de consumo con la marihuana (42,4%), en segundo lugar con el alcohol (20,6%) y en tercero con el tabaco (17,0%).

Llama la atención que la edad de inicio promedio del consumo de marihuana tipo creepy se inicie un poco antes que el consumo de marihuana común o tradicional. Es conveniente hacer seguimiento a lo que sucede con el cambio en el tipo de marihuana consumida, por los efectos de esta sustancia que son distintos a los de la marihuana común y corriente.

⁶ Se usa esta grafía para acercarse a la voz inglesa de la cual proviene la expresión popular.

Tabla 4. Promedio de la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas⁷

Droga	Promedio
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	12,4
Tabaco (cigarrillo)	12,7
Dic, GAP, Ladys o Leydis	12,7
Marihuana Cripi o Cripa	13,6
Alcohol	13,8
Marihuana	14,0
Éxtasis (MDMA)	15,4
Cocaína	15,7
Clonazepam	16,0
Heroína	18,0
Basuco	18,3
Morfina	27,8

Dentro de las sustancias de inicio, llama la atención el lugar del Clonazepam. Se trata de una benzodiacepina con efectos ansiolíticos, anti convulsiones, sedante e hipnótica⁸. El inicio con esta sustancia también se asocia con un patrón de policonsumo.

La tabla cinco muestra las edades de inicio según la región de procedencia de la persona atendida. Aunque este dato se afecta por los datos extremos⁹ y por lo tanto debe tomarse con precaución, se observa que los promedios menores aparecen en Casanare, Huila y Bogotá DC.

Aunque una región tenga pocos casos, las edades de inicio tempranas son un indicador de agravamiento de la situación de consumo, por lo que es importante practicar algún tipo de indagación sobre este asunto para desplegar acciones de atención integral a la problemática.

Tabla 5. Promedio de edad de inicio según región de procedencia¹⁰

Región de procedencia	Edad de inicio
-----------------------	----------------

⁷ Solamente se presentan los datos para aquellas sustancias que fueron las de inicio para al menos cinco personas atendidas.

⁸ Que produce sueño.

⁹ Valores bajos y altos afectan los promedios.

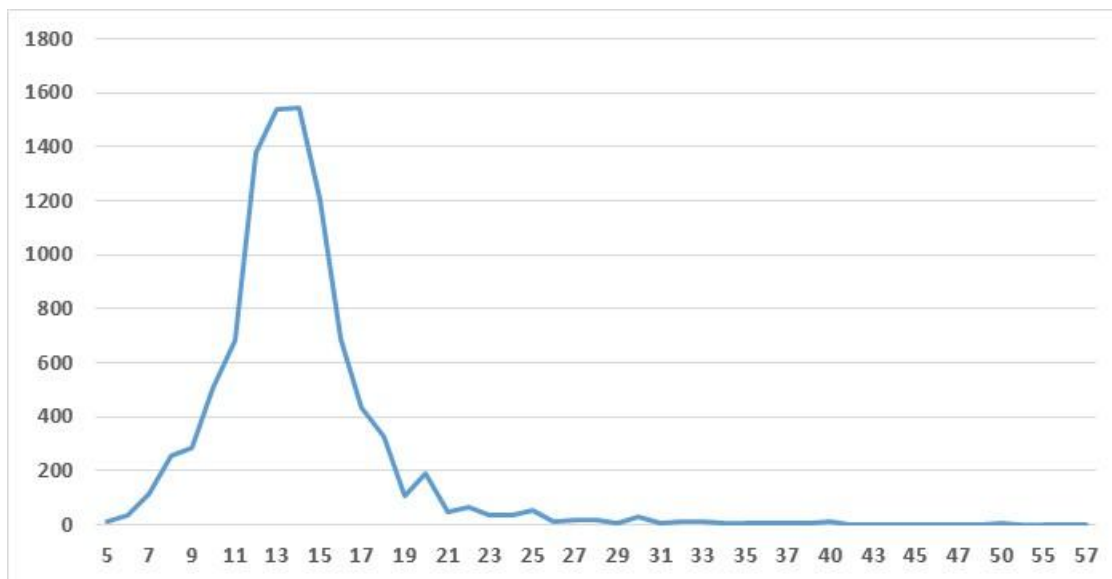
¹⁰ Se incluyen solamente los departamentos con al menos cinco casos en drogas de inicio.

	promedio
Casanare	11,1
Huila	11,8
Bogotá DC	12,2
Guaviare	13,0
Meta	13,0
Cundinamarca	13,1
Caldas	13,1
San Andrés	13,2
Tolima	13,3
Chocó	13,5
Valle del cauca	13,6
Nariño	13,6
Quindío	13,8
Cauca	13,8
Boyacá	13,8
Magdalena	13,9
Risaralda	13,9
Caquetá	13,9
Medellín	13,9
Atlántico	14,2
Antioquia	14,3
Cesar	14,4
Córdoba	14,8
Putumayo	15,2
Sucre	15,4
Bolívar	15,5
N de Santander	15,5
Santander	16,6

Se registran 79 casos con inicio antes de los seis años. En su gran mayoría, este inicio se dio con alcohol. Las edades de inicio se extienden hasta los 57 años. A edad se iniciaron 114 de las personas atendidas, 57 con basuco y 57 con cocaína.

Como se ilustra en la figura 8, el inicio del consumo de sustancia se da con mayor intensidad en la adolescencia: a los 15 años ya se había iniciado el 78% de las personas atendidas en los centros y servicios de tratamiento y a los 18 años el 93%.

Figura 8. Distribución de la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas en los casos reportados al Suicad



Impacto de las sustancias psicoactivas

En la tabla que sigue se muestra esta información desde dos perspectivas. Por una parte, se muestra el porcentaje relativo al total de casos (9733 en esta oportunidad) y con respecto al total de personas que reportaron el consumo de esa sustancia.

Con las dos perspectivas de análisis es posible saber en términos generales cuáles sustancias producen mayores demandas de tratamiento y también en términos específicos, cuáles sustancias tienen mayor potencial de inducir demanda de tratamiento.

La marihuana es la droga que más solicitudes de tratamiento motiva, seguida por la cocaína y el alcohol. El 32,2% de los usuarios dijeron que acudían a tratamiento por consumo de marihuana el 22,4% que lo hacían por el consumo de cocaína y el 17,1% por alcohol.

Sin embargo, al hacer el cálculo con respecto al número de personas que específicamente dijeron haber consumido cada droga, se obtiene que las metanfetaminas de lejos son las que más impacto tienen (71,6% de los que dijeron consumir esa droga indicaron que fue por ese consumo que buscaron tratamiento). Esto seguido de la marihuana tipo crepey (47,2%)¹¹.

¹¹ Llama la atención el número de personas que dijeron buscar tratamiento por el consumo de poppers y éxtasis. Esto podría deberse a errores de registro o a que se trata de personas que fueron clasificadas como abusadoras de estas drogas, no como dependientes. Por otra parte, también podría tratarse de casos de usuarios de drogas adulteradas que estén siendo afectados por sustancias que producen dependencia.

Tabla 5. Principales sustancias que motivaron la solicitud de tratamiento

<i>Sustancia</i>	<i>Motivó tratamiento</i>	<i>% con respecto a los casos de consumo de la sustancia</i>	<i>% con respecto al total de casos</i>
Marihuana	3134	41,4	32,2
Cocaína	2180	41,6	22,4
Alcohol	1665	38,8	17,1
Tabaco	1128	31,1	11,6
Disolventes, combustibles o pegantes inhalables	1070	36,1	11,0
Basuco	1059	33,9	10,9
Clonazepam	761	37,8	7,8
Marihuana creepy	504	47,2	5,2
Heroína	389	26,1	4,0
Éxtasis (MDMA)	192	44,1	2,0
Poppers	190	44,9	2,0
LSD	186	40,8	1,9
Cloruro de metileno	135	33,8	1,4
Hongos	95	35,6	1,0
Metanfetaminas	48	71,6	0,5
Cacao sabanero	40	41,7	0,4
Anfetaminas	31	30,1	0,3
2CB, tusi	26	39,4	0,3

CONCLUSIONES

Cerrando 2014 el Suicad logra un volumen de registros que permite obtener una caracterización muy valiosa del consumo de drogas en Colombia. Ya casi se llega a la cifra de 10.000 registros con actividad creciente en departamentos como el Meta y Santander.

2014 fue un año de crecimiento extraordinario, con más del 60% de la totalidad de los casos registrados desde que inició el sistema. Esto se debió al gran impulso obtenido con la vinculación de Antioquia, Medellín, y la continuidad de los departamentos como

Quindío, Valle del Cauca, Caldas, Risaralda, Meta, Sucre y los demás que han cumplido con este propósito nacional.

Los datos del Suicad, sumados a los estudios nacionales, son una plataforma de información de gran importancia para la política sobre drogas del país. Así, la política, los planes y los programas, pueden formularse con base en esta información. Estos datos también pueden servir para tomar acciones en el corto plazo. Por ejemplo, es importante afrontar el consumo creciente de metanfetaminas y fortalecer las medidas alrededor del control del Clonazepam.

Al momento de la edición de este análisis, se estaban concretando los asuntos técnicos conducentes a integrar el sistema utilizado por la Secretaría de Salud del Distrito, de Bogotá DC., lo que hará que los datos tengan todavía mayor validez con respecto a lo que sucede en el país. Cuando se logre la integración con Bogotá DC., el sistema tendrá la cobertura de casi la totalidad de los centros habilitados en el país. De todos modos, la experiencia y el conocimiento de los datos de la capital indican que no habrá variaciones sustanciales en los perfiles aquí descritos.

Ya se ha indicado que los casos atendidos en los centros vinculados al sistema proceden de todos los rincones del país. Esto indica que la problemática de abuso y dependencia está extendida por el territorio nacional y que conviene fortalecer la red de servicios especializados.

El inicio de las sustancias se da a edades tempranas, en la infancia y la adolescencia en la mayoría de los casos. Esto coincide con el perfil de personas solteras, que no trabajan. Sin embargo, se constata un alto porcentaje de personas que no estudian en la actualidad, lo que muestra una relación entre el consumo y la pérdida de años de escolaridad¹². En términos generales el perfil de los consumidores acusa condiciones socioeconómicas que bien podrían estar al comienzo o en la cadena de consecuencias del consumo. Altos porcentajes de personas desescolarizadas, con niveles educativos bajos, que no tienen una fuente de ingreso asegurada y que han tenido historia de tratamientos previos, muy probablemente no exitosos.

Las circunstancias sociales desfavorables seguramente actúan como factores que disminuyen la probabilidad de éxito del tratamiento y la rehabilitación de los afectados por el consumo problemático.

¹² No se afirma aquí que el consumo produzca desescolarización, ni lo contrario, sino que hay una asociación entre ambos.

Hay diferencias entre el perfil de consumo de acuerdo con la edad de las personas. El alcohol es la sustancia de inicio para las personas mayores de 34 años, mientras la marihuana lo es para los más jóvenes. La existencia de casos de inicio de consumo antes los seis años, es un hecho socialmente muy llamativo. Es importante que el país fortalezca la protección a la infancia, por supuesto en el contexto de políticas para el aumento de las medidas dirigidas a la familia y la comunidad.

Como se observa en la historia del consumo, lo más común es que las personas atendidas en centros de tratamiento hayan iniciado con el uso de marihuana. Lo común en la población general es el inicio con alcohol o cigarrillos. El inicio del consumo con marihuana es un predictor de patrones duros que se asocian con la demanda de tratamiento.

La diferenciación entre marihuana y marihuana tipo creepy permite observar que la primera produce la mayor demanda de tratamiento y la segunda produce un alto impacto entre los consumidores, ratificando que en cierta forma se trata de dos drogas cualitativamente distintas. Entre ambas, el impacto sobre los servicios de tratamiento es considerable.