

The background of the cover is an abstract artwork. It features a complex, layered composition of textures. On the left side, there are large, expressive brushstrokes in various shades of blue, ranging from light to dark. These are set against a background of dense, dark, almost black, horizontal and vertical lines that create a sense of depth and movement. The overall effect is one of dynamic energy and intricate detail.

Drogas: del estigma a las buenas prácticas

Aportes para la comprensión
del fenómeno

Batul Rojeab Bravo
(Editora)

edi
PUCE

Drogas: del estigma a las buenas prácticas

Aportes para la
comprensión del fenómeno

Drogas: del estigma a las buenas prácticas

Aportes para la
comprensión del fenómeno

Editora

Batul Rojeab Bravo

edi|PUCE

edi
PUCE

Primera edición

© 2023

© 2023 Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Centro de Publicaciones

Quito, Av. 12 de Octubre y Roca

Apartado n.º 17-01-2184

Telf.: (5932) 2991 700 ext. 2060

e-mail: publicaciones@puce.edu.ec

Diseño de portada: Vanessa Proaño O.

Diagramación: Editorial PUCE

ISBN: 978-9978-77-725-1

Quito, octubre 2024

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, ni en modo o en parte, ni registrada en, o transmitida por un sistema de recuperación de información en ninguna forma por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia, o cualquier otro, sin el permiso previo de los propietarios del Copyright.



Equipo

Editora

Violeta Batul Rojeab Bravo

Autores/as

Ana Burgos

Roberto Enríquez

José Giménez

Valeria Grijalva

Gabriela Hernández

Marya Hynes

David Jaramillo

Manuel Martínez

José Miñarro

Cristina Muñoz

Francis Negrete

Jorge Paladines

Monty Peiró

Graciela Ramírez

Verónica Realpe

Batul Rojeab

Andrea Sixto

Estéfano Viteri

Colaboradores/as

Paula Alarcón

Daniela Andrade

Ivana Montenegro

Cristina Muñoz

Daniela Ocaña

Diana Ponce

Carlos Valenzuela

Jhuliana Vallejo

Estefanía Villalva

Presentación

El fenómeno de las drogas acarrea problemáticas que inciden a nivel social de manera transversal en un sinnúmero de aristas, mismas que repercuten en la cotidianidad de los/las ciudadanos/as, la organización social, la estructura y funcionamiento de los Estados, las dinámicas familiares e individuales que en mayor o menor medida nos involucra a todos/as. En Ecuador, las decisiones estatales de los últimos años han sido determinantes para desembocar una crisis de consumo, el desarrollo de problemas asociados, la violencia extrema y la presencia del fenómeno de las drogas, con todas sus consecuencias, como nunca antes se había visto.

No sabemos a ciencia cierta qué sucede actualmente en el país en relación con los patrones de consumo, los factores de riesgo asociados, las diferencias sexogenéricas, las motivaciones, expectativas y consecuencias del uso de drogas. Esto se debe a que los estudios nacionales que se centran específicamente en esta problemática no se actualizan desde el año 2016. Con el desconocimiento de la realidad actual, sumado a las ideas conservadoras que se suelen tener sobre el fenómeno —que no consideran los principios de Salud Pública y Derechos Humanos—, las políticas y las medidas que se plantean para hacer frente al problema de las drogas caen en desaciertos continuos que no responden a las necesidades de la población e incluso generan más riesgos y daños.

A lo antes mencionado, se suma el desmantelamiento del aparataje estatal que existía para responder oportunamente a las demandas sociales y a los problemas psicosociales y económicos relacionados a las drogas. En el año 2018 se cerró la Secretaría de Drogas, institución encargada de ser el ente rector y coordinador para la política, los programas y proyectos relacionados a la prevención integral y control de drogas. Sus competencias pasaron a otras instituciones que, por no tener la injerencia previa ni la voluntad política necesaria, han dado como resultado la criminalización de los consumidores, la vulneración de derechos, la falta de respuestas adecuadas con respecto a la promoción, prevención, atención, inclusión y reinserción social. A su vez, causaron la desarticulación de los esfuerzos realizados en el ámbito de drogas hasta ese momento. Estas y muchas otras situaciones que se han desarrollado en los últimos años han generado

alertas y extrema preocupación por parte de varios actores sociales como las familias, los medios de comunicación, las organizaciones de la sociedad civil, los y las profesionales de la salud y salud mental, las instituciones educativas (incluidas las universidades), entre otros. Debido a que comparten esta preocupación, la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y el Grupo de Investigación e Intervención sobre Drogas Ecuador trabajaron juntos para brindar a la comunidad espacios en lo que pueda reflexionar sobre las diversas visiones que se tienen del fenómeno de las drogas, así como también invitarla al debate social más allá de los prejuicios que existen alrededor del tema. De esta necesidad surgieron las Jornadas Internacionales Académico-Sociales sobre drogas: Investigación, estigma y retos, las cuales se llevaron a cabo de manera virtual en abril de 2022.

Efectivamente, esta preocupación e interés por conocer a profundidad nuevas intervenciones y puntos de vista, basados en evidencia científica, con respecto al tema de drogas no dejan indiferente a casi nadie. Por lo que en estas jornadas se tuvo una presencia masiva de personas de varios países de Latinoamérica, rompiendo así récords de inscripción y asistencia en cuanto a eventos similares en la PUCE.

El presente libro surge con el propósito de comprender y cuestionar las creencias preestablecidas sobre las drogas. En este, se plasman algunas de las ideas y los cuestionamientos que se generaron en los espacios de reflexión descritos antes. Además, se presentan diversos puntos de vista, posturas y experiencias que permitirán al lector ampliar sus concepciones sobre un fenómeno tan complejo de entender como de abordar.

La obra inicia con un capítulo dedicado a los aportes investigativos que han resultado del campo de las drogas. Empieza por la investigación preclínica que prioriza la explicación neurobiológica de la adicción y los modelos animales. A continuación, se explica cómo las tendencias actuales en la investigación fomentan cada vez más el estudio de seres humanos de manera integral: desde lo individual pero también desde las complejas dinámicas que se desarrollan a nivel colectivo, con un enfoque biopsicosocial para entender por qué y para qué se usan drogas. Después, se profundiza en la importancia de los datos, el uso de las matemáticas para analizar y modelar posibles escenarios, su importancia y utilidad en la investigación en este campo; luego, se dan una visión de los principales datos disponibles a nivel regional y cómo

se han modificado en el tiempo. Por último, se presentan experiencias relacionadas a la importancia del manejo adecuado de los datos para la correcta toma de decisiones y la construcción de políticas públicas.

Tomamos como un tema prioritario profundizar la relación del género con el consumo de drogas debido a la compleja relación que puede generarse entre estas dos variables, asociadas a situaciones de inequidad y violencia. Por lo tanto, el segundo capítulo se dedica a este tópico. Iniciamos con una perspectiva sobre cómo la relación entre el género y las drogas se plasma en las dinámicas presentes en el ámbito musical y sus actores. Se manifiesta la existencia del machismo y un doble estándar en el ámbito musical, un área que aparentemente es abierta y libre de prejuicios. Se continúa con un análisis sobre la importancia de nombrar las diferencias, ya que solo aquello que se nombra, existe; se pone en juego la importancia de incluir en el discurso a las diversidades sexogenéricas, además del evidente prejuicio al tratar el tema de drogas conforme al género. Se continúa el capítulo con una indagación a partir de viñetas clínicas sobre mujeres entrelazadas en el consumo, el amor visto desde el mandato patriarcal y la violencia de pareja. Se lleva a la reflexión, desde la teoría psicoanalítica y el feminismo, del significado particular que se le da a la sustancia. Más adelante, comparte información sobre la transversalización del enfoque de género en las acciones relacionadas al consumo de drogas. Pone énfasis en que no se trata de un capítulo más en un manual, sino que tal enfoque debe incorporarse en cada una de las estrategias. Esto se debe a que toma en cuenta las diferencias y desigualdades que tienen las mujeres y las diversidades sexuales en relación con el consumo, sin dejar de lado la interseccionalidad y las vulnerabilidades particulares. Este capítulo termina con algunas ideas clave sobre las intervenciones y buenas prácticas que se deben tomar en cuenta para el trabajo terapéutico con mujeres que usan drogas y son víctimas de violencia de género; se pretende motivara los profesionales de la salud a dar una atención libre de prejuicios, vulneraciones o revictimización.

A continuación, se presentan algunas alternativas al tratamiento por consumo de drogas con la intención de evidenciar las diversas formas de trabajar con este fenómeno que van más allá de los servicios que se activan cuando la problemática ya está presente. Este capítulo inicia con el trabajo realizado desde las universidades, en prevención y tratamiento, con una población que está en especial situación de vulnerabilidad frente al consumo. Una vez reconocido el lugar que ocupan

las drogas en este contexto, se profundiza en torno a las intervenciones clínicas que se plantean desde los servicios para los estudiantes, tomando en cuenta el lugar que ocupan las drogas en este contexto. Además, se resaltan los logros obtenidos por los servicios estudiantiles al generar datos que permiten tomar decisiones y, asimismo, se destacan los esfuerzos por formar redes interinstitucionales para respuestas integrales y comunitarias. Más adelante, se explican algunas acciones que se implementan a nivel mundial con respecto a la reducción de riesgos y daños, mismas que generan fuertes controversias por su modelo libre de estigmas y de punición. Se enfatiza en el fuerte compromiso de estas acciones con respecto al respeto de los Derechos Humanos y la Salud Pública. El capítulo termina con una exposición magistral sobre lo que implica hacer adecuadamente prevención del consumo de drogas; una que verdaderamente genera cambios positivos en la sociedad, en contraposición a las acciones que, aunque son usadas frecuentemente, no funcionan. Se reflexiona en que, si se implementa adecuadamente, la prevención es la mejor alternativa costo-efectiva frente al tratamiento.

Para terminar, el último capítulo de esta obra presenta un importante análisis sobre los efectos nefastos que han tenido las políticas punitivas sobre drogas, propuestas inicialmente por el gobierno de Nixon hace 50 años. Se plantean algunas ideas sobre cómo pasar del modelo punitivo a otro que promueva la cohesión y las políticas centradas en la persona. Para ello, resulta oportuno abrir con una profunda explicación sobre las dinámicas del narcotráfico a nivel global y nacional y cómo este tiene una lógica capitalista que supera al poder de los Estados. Este planteamiento termina con la afirmación de que Ecuador es un estado fallido a causa del manejo del problema del narcotráfico. El capítulo sigue adelante con una fuerte crítica a las iniciativas relacionadas a las Cortes de Drogas, mismas que plantean dar como alternativa al encarcelamiento la posibilidad de asistir a un tratamiento por consumo. Se menciona que este modelo promueve la criminalización de las personas consumidoras, puesto que afianza la premisa de que quien usa drogas comete delitos. Se critica que se fomente esta iniciativa aun cuando no existe evidencia de su efectividad.

Posteriormente, se presenta una crítica a los modelos tradicionales de tratamiento en los que están inmersas las personas consumidoras de drogas ilícitas y/o con otras dificultades de salud mental, debido a los estigmas y la discriminación con los que se manejan. Se manifiesta que se usa la culpa como eje central del tratamiento. Frente a esto,

se proponen nuevas intervenciones que sean respetuosas e interesadas con el proceso individual y que estén basadas en las buenas prácticas. Además, se sugiere un sistema sanitario más cercano e inclusivo. Finalmente, este capítulo, y en general la obra, termina con una iniciativa que cohesiona las reflexiones elaboradas previamente. Esta propuesta enfatiza en las medidas que se pueden implementar frente a los delitos relacionados con drogas, mismos que mayoritariamente se relacionan con situaciones no violentas y son provocados por personas que se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad, como es el caso del alto número de mujeres desempleadas, cabezas de familia, que se encuentran privadas de la libertad por este tipo de delitos. Se explican todas las medidas que se pueden poner en práctica a lo largo del proceso judicial y que involucrarían cambios importantes a nivel social para quienes no ven otra salida económica y prevén un posible aliciente a la creciente crisis carcelaria en Ecuador.

Esperamos que los temas planteados en este libro provoquen nuevos debates y reflexiones, así como mayor interés e involucramiento en las intervenciones relacionadas al fenómeno de las drogas, con perspectivas centradas en el bienestar de los seres humanos, la reducción de las inequidades sociales, del estigma y la discriminación.

Índice

Equipo	5
Presentación	6
Capítulo 1: Investigación del fenómeno de las drogas	
Introducción	14
Neurobiología de la adicción: estudios preclínicos <i>Dr. José Miñarro</i>	15
El modelo biopsicosocial en adicciones: una perspectiva integral para un problema complejo <i>Dra. Andrea Sixto Costoya</i>	23
Las matemáticas como herramienta para el análisis del fenómeno de las drogas <i>Ing. Estéfano Viteri Negrete</i>	29
Consumo de drogas en las Américas <i>MSc. Marya Hynes</i>	34
Datos para la acción en políticas de drogas <i>MSc. David Jaramillo</i>	40
Capítulo 2: Género y drogas	
Introducción	48
Género, drogas y rock and roll <i>Psic./Mús. Monty Peiró</i>	49
El género no solo se escribe con “O”: una mirada hacia la “A” de drogas y la “e” de mujer <i>Psic./Sex. Manolo Martínez Garrido</i>	59
Cuerpos de mujeres, el carácter paradójico entre el consumo y el síntoma <i>Dra.(c) Graciela Ramírez</i>	64

La perspectiva de género en el abordaje del uso de drogas y adicciones <i>MSc. Ana Burgos</i>	69
Intervención ante la violencia de género en mujeres con trastorno por uso de sustancias <i>Dra. (c) Gabriela Hernández Mantilla</i>	77
Capítulo 3: Alternativas al tratamiento por uso de sustancias	
Introducción	85
Intervenciones clínicas e institucionales desde la educación superior <i>MSc. Valeria Grijalva y MSc. (c) Verónica Realpe</i>	86
Reducción de riesgos y daños: las polémicas medidas que salvan vidas <i>MSc. Batul Rojeab Bravo</i>	92
La mejor alternativa al tratamiento es que no haga falta tratar: el papel de la prevención en las adicciones <i>Dr. José Giménez Costa</i>	104
Capítulo 4: De la coerción a la cohesión	
Introducción	112
Geopolítica, relaciones de poder, drogas, narcotráfico <i>MSc. Cristina Muñoz</i>	113
El fantasma de las Cortes de Drogas: entre el utilitarismo político y la terapeutización de la justicia <i>PhD (c) Jorge Vicente Paladines</i>	119
De la coerción a la cohesión en el tratamiento a personas con consumo problemático de drogas <i>Dr. Roberto Enríquez</i>	126
Razones para implementar medidas sustitutivas al encarcelamiento en delitos relacionados a sustancias <i>MSc. Francis Negrete Argüello</i>	134

Autores/as

Ana Burgos	141
Roberto Enríquez.....	141
José Giménez Costa	142
Valeria Grijalva.....	142
Gabriela Hernández Mantilla	143
Marya Hynes	144
David Jaramillo.....	144
Manuel Martínez Garrido	145
José Miñarro López.....	145
Cristina Muñoz Zeas.....	146
Francis Negrete Argüello	146
Jorge Paladines	147
Monty Peiró.....	147
Graciela Ramírez.....	148
Verónica Realpe	148
Batul Rojeab Bravo	149
Andrea Sixto Costoya.....	150
Estéfano Viteri Negrete	151

Colaboradores/as principales

Daniela Andrade.....	152
Daniela Ocaña Gordillo	153
Carlos Valenzuela.....	154
Paula Alarcón.....	154

Capítulo 1: Investigación del fenómeno de las drogas

Introducción

La investigación y la generación de evidencia científica en el fenómeno de las drogas permiten mejorar las estrategias de intervención biopsicosocial y política. Sin conocer los contextos, las realidades, las causas y consecuencias de los fenómenos, las intervenciones no tienen los efectos esperados e incluso pueden ser iatrogénicas. Presentar una mirada crítica —con énfasis en las limitaciones de algunas técnicas hegemónicas dentro del campo de investigación— resulta una condición necesaria para la toma de decisiones. Basarse solo en factores biológicos o en encuestas masivas puede llevar a sesgos importantes sobre los fenómenos asociados a las drogas. Por lo tanto, tomar en cuenta las particularidades sociales, culturales, idiosincráticas e individuales puede complementar los análisis para la creación de evidencia adaptada a los sectores que se quieren entender e intervenir. En Ecuador existe un gran déficit de datos relacionados al consumo de drogas, a los problemas psicosociales y a la salud mental. La mayoría de las veces importamos protocolos, datos y formas de comprensión del fenómeno que no necesariamente responden a las diversas realidades que existen en el país, e incluso pueden no tomar en consideración los cambios en las tendencias, tanto de la oferta como de la demanda de drogas, a lo largo del tiempo. Entender la investigación de manera integral permite abordar el fenómeno de las drogas de manera crítica y reflexiva con visiones amplias del panorama actual, debido a que ayudan a mejorar los procesos, las intervenciones y las políticas públicas.

Este capítulo presenta la investigación en el fenómeno de las drogas desde diversas aristas y, a su vez, evidencia la amplitud del campo, así como la necesidad del trabajo interdisciplinario en la investigación.

Neurobiología de la adicción: estudios preclínicos

Dr. José Miñarro

Los resultados de diferentes investigaciones en los últimos años han indicado que la adicción a las drogas es una enfermedad crónica del cerebro que se puede tratar y que se caracteriza por la búsqueda y el uso compulsivo de las drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. La adicción a las drogas está determinada por diferentes factores (biológicos, psicológicos y sociales) y el tratamiento debe tener una perspectiva biopsicosocial.

Cuando hablamos de las drogodependencias, necesariamente hay que identificar el llamado *sistema de recompensa cerebral*, estructura del sistema nervioso central que está implicado en los efectos reforzantes de las drogas. Esta vía está formada por el sistema mesolímbico mesocortical. Se inicia en el área tegmental ventral (ATV) y se dirige hacia el núcleo accumbens (Acc) y finaliza en el córtex prefrontal. Junto con este sistema también está el circuito de la amígdala extendida. Este neurocircuito está implicado en los efectos reforzantes de las drogas y es fundamentalmente dopaminérgico, pero también están implicados receptores como los opiáceos, de cannabis, de nicotina y de GABA, entre otros. Además, hay interneuronas que conectan este tipo de sistema de recompensa cerebral y hacen que las drogas tengan un efecto *reforzante*. Es decir, un efecto positivo y placentero que hace que los sujetos consuman estas sustancias.

Este sistema provoca la liberación de dopamina ante la presencia de diferentes estímulos reforzantes o placenteros. Los reforzadores primarios (alimentación, afectividad, sexo, entre otros) actúan en estas vías debido a que son conductas que proporcionan placer y están implicadas en la supervivencia de las especies y, por tanto, tienden a repetirse. Las sustancias de abuso también producen efectos reforzantes y ponen en marcha estos circuitos cerebrales (con más intensidad que los refuerzos naturales) porque son conductas que se repiten debido a sus consecuencias placenteras. Investigaciones realizadas con modelos animales mediante técnicas de microdiálisis indican que estas diferentes conductas provocan la liberación de dopamina en distintas

estructuras. Ocurre principalmente en el núcleo accumbens, donde activa el sistema de recompensa cerebral. Uno de los descubrimientos más importantes, acontecido hace algunos años, el consumo periódico de diferentes drogas provoca alteraciones de neurotransmisores y receptores a lo largo de la vida del individuo. Un ejemplo de ello es la desensibilización de los receptores dopaminérgicos (D2) en estructuras cerebrales como el estriado.

Con el fin de investigar nuevas dianas terapéuticas para el tratamiento de esta enfermedad y analizar de qué manera afectan las diferentes sustancias de abuso al sistema nervioso central, se han utilizado con anterioridad diferentes modelos animales en la fase preclínica. Dos modelos son los más recurrentes: uno es el de la administración oral o intravenosa de diferentes drogas, que indica el efecto o refuerzo primario de la sustancia, y el segundo modelo es el condicionamiento de la preferencia de lugar mediante el cual se asocian diferentes claves contextuales al efecto de las drogas. En el primer modelo experimental está implicado un condicionamiento operante, y se utiliza una caja operante adaptada para la autoadministración intravenosa u oral. Los roedores aprenden a apretar una palanca (o a cortar un circuito de una célula fotoeléctrica) cuando aparece una señal (usualmente, de luz) y el sistema les proporciona una dosis intravenosa de la droga (por ejemplo, cocaína) o una administración que puede ser oral (por ejemplo, alcohol). Con este procedimiento, además de estudiar el efecto reforzante de la droga, podemos observar la extinción de esta conducta cuando no se les proporciona la droga, pero el roedor continúa presionando la palanca motivado por conseguir la droga. También ocurre la reinstauración o recaída después de un periodo sin droga.

El otro modelo es el denominado *condicionamiento de la preferencia del lugar*, que utiliza una caja con varios compartimentos (habitualmente dos) diferenciados por el color y la textura del suelo. Consta de tres fases: el precondicionamiento, condicionamiento y test. En la primera fase, el roedor deambula por todos los compartimentos y se observa que no tenga preferencia por alguno de ellos. En la segunda fase, se le administra la droga y se le confina durante un tiempo (efecto psicoactivo de la droga) en un compartimento. Posteriormente se le administra vehículo y se le confina en otro compartimento distinto. Por último, se realiza la prueba y, si el roedor permanece significativamente más tiempo en el compartimento en el que se le administró la droga que en el compartimento donde se le administró el vehículo, nos

indica la asociación del efecto psicoactivo de la droga con un contexto ambiental determinado. A su vez, mediante este modelo podemos estudiar la extinción y la reinstauración o recaída mediante una dosis *priming* o a través de estrés social.

Durante los últimos años hemos realizado diferentes tipos de estudios con estos modelos animales y otros, y una de las grandes líneas de investigación que estamos llevando a cabo se centra en analizar cómo afecta el estrés (especialmente estrés en la adolescencia) al consumo de diferentes drogas. Hay que indicar que el estrés es un factor implicado y su papel es decisivo en la adicción, en el mantenimiento del consumo de sustancias y también en la recaída. Por tal razón, se encuentra en la base de diferentes problemas psiquiátricos como la depresión, ansiedad y, como ya se ha mencionado, los trastornos del consumo de sustancias.

El sistema hipotálamo-pituitario-adrenal es uno de los principales sistemas de regulación. Se activa en respuesta al estrés, con la liberación de hormonas tales como el factor liberador de corticotropina, la hormona adrenocorticotropa y los glucocorticoides. Igualmente se activa el sistema simpático-adrenal, con la liberación de las catecolaminas adrenalina y noradrenalina. Más recientemente se han involucrado otros sistemas como el sistema inmunológico. El sistema neurobiológico involucrado en la respuesta al estrés está relacionado con las áreas cerebrales de respuesta a las drogas, siendo el nexo en común de ambos la llamada *amígdala extendida*. Este circuito engloba la corteza del núcleo accumbens, el núcleo de la base de la estría terminal y el núcleo central de la amígdala, donde interactúan neurotransmisores, como el factor liberador de corticotropina, la noradrenalina y la dopamina.

El modelo que nosotros utilizamos para provocar estrés es el denominado *estrés por derrota social*. El modelo de derrota social más utilizado es *el intruso/residente*, en el cual un roedor (rata o ratón) territorialmente residente y dominante, se enfrenta a un intruso, que es habitualmente el animal experimental. Los animales sociales desarrollan jerarquías basadas en la dominancia a través de interacciones agonísticas. Se considera que es un estresor con relevancia etológica que imita las situaciones de la vida real y que traslacionalmente podría considerarse como similar al *bullying* que se realiza durante la adolescencia y que puede tener consecuencias sobre la salud mental del sujeto maltratado.

El estrés por derrota social se realiza durante la adolescencia de los roedores y se observan las consecuencias en la edad adulta. En la jaula del residente colocamos al intruso durante 10 minutos, separado por una rejilla que les impide enfrentarse. A continuación, se quita la rejilla y se enfrentan durante 5 minutos (encuentro agonístico). Por último, se vuelve a poner la rejilla con la intención de que permanezcan en separados durante 10 minutos. Este protocolo se repite cuatro veces en un intervalo de 48 horas. El intruso sufre cuatro derrotas sociales, lo que le provoca estrés y un aumento significativo de corticosterona.

Este estrés por derrota social provoca a largo plazo un incremento significativo en el consumo de alcohol y de cocaína. Hemos observado, mediante el modelo, que provoca la recaída o reinstauración de una preferencia de lugar a opiáceos. Cuando los roedores tienen un encuentro con experiencia de derrota social vuelven a reinstaurar la conducta de preferencia; es decir, vuelven al compartimento donde se les administró la morfina porque buscan obtener una dosis. Aquellos que han generado una experiencia social positiva no reinstauran una conducta de búsqueda, pese a que previamente habían mostrado también preferencia por el compartimento donde se les administró la droga. El estrés provoca cambios neurobiológicos a largo plazo que provocan el aumento en el consumo de diferentes drogas.

La neuroinflamación es uno de los posibles mecanismos que pueden explicar cómo el estrés social puede ser un factor importante en el desarrollo de la adicción. Hemos demostrado cómo el estrés social promueve la activación de la microglía e incrementa la producción de citoquinas y quimiocinas. Estos marcadores neuroinflamatorios alterarán la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, permitiendo que las células inflamatorias periféricas penetren en el sistema nervioso central. De tal forma, se aumenta la respuesta inflamatoria. La liberación de citoquinas y quimiocinas proinflamatorias a su vez conducen a la activación microglial y la astrogliosis. En nuestro laboratorio hemos observado cómo el estrés por derrota social no les provoca a ratones *knockout* —modificados genéticamente, que no desarrollan receptores TLR4 y que son críticos para la respuesta inmunológica— un aumento en el consumo de alcohol y cocaína. Parece que este proceso de neuroinflamación es un denominador común en la adicción y que, por lo tanto, podría ser una diana terapéutica en el tratamiento de esta enfermedad.

Hemos estudiado la resiliencia como una capacidad que presentan los individuos cuando se exponen a niveles elevados de estrés. Con ella mantienen un funcionamiento psicológico y físico adaptativo y evitan la aparición de enfermedades mentales.

Con esto en cuenta, hemos separado a los animales resilientes de aquellos que son más susceptibles al estrés, mediante su respuesta a una situación de interacción social. Después del estrés por derrota social, cuando presentan predilección por la evitación social, se clasifican como *susceptibles* y, cuando presentan interacción social normal, se identifican como *resilientes*. Los animales susceptibles consumen significativamente más alcohol y cocaína que los resilientes cuando ambos grupos han tenido la misma experiencia de estrés por derrota social. Estos resultados nos pueden ayudar a entender cómo las características de personalidad y el afrontamiento al estrés pueden influir en la respuesta y, por lo tanto, se deberían desarrollar estrategias para potenciar la resiliencia.

Por lo tanto, para concluir: Los datos experimentales indican que la adicción es una enfermedad del cerebro.

Que el estrés está presente tanto en el inicio, mantenimiento y la recaída en el consumo de las drogas.

Hipótesis más recientes indican que la neuroinflamación parece un denominador común en este proceso.

Potenciar la resiliencia ante eventos estresantes disminuye las probabilidades de consumo de drogas y otras enfermedades mentales. Quiero señalar que nosotros estamos potenciando la resiliencia en nuestros animales mediante diferentes procedimientos, tanto farmacológicos como psicológicos, para disminuir su vulnerabilidad y, además, proporcionar herramientas terapéuticas que nos puedan servir para el tratamiento de esta enfermedad.

Por último, un agradecimiento al equipo de investigación al que pertenezco, así como a diferentes instituciones que nos permiten realizar estas investigaciones mediante su apoyo económico:

Ministerio de Ciencia e Innovación: PID2020-112672RB-100

Instituto de Salud Carlos III. Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAd): RD21/0009/0005

Generalitat Valenciana, Conselleria de Educació, Direcció General de Universitats, Grups de Investigació de excel·lència PROMETEO (CIPROM/2021/080).

Bibliografía

- Aguilar, M. A., Rodríguez-Arias, M., y Miñarro J. (2009). Neurobiological mechanisms of the reinstatement of drug-conditioned place preference. *Brain Research Reviews*, 59(2), 253-77. doi: 10.1016/j.brainresrev.2008.08.002.
- Blanco-Gandía, M.C., Mateos-García, A., García-Pardo, M.P., Montagud-Romero, S., Rodríguez-Arias, M., Miñarro, J., y Aguilar M.A. (2015) Effect of drugs of abuse on social behaviour: a review of animal models. *Behav Pharmacol.* 26(6), 541-70. doi: 10.1097/FBP.0000000000000162.
- Hope, B. T., Crombag, H. S., y Jedynak, J. P. (2005). Drug-related environmental stimuli and addiction. *Journal of Neuroscience*, 25(38), 10322-10323. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.3769-05.2005>
- Kauer, J. A., y Malenka, R. C. (2007). Synaptic plasticity and addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(11), 844-858. <https://doi.org/10.1038/nrn2234>
- Koob, G. F., y Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00104-8)
- Miczek, K.A., Yap, J.J., y Covington H.E. 3rd. (2008) Social stress, therapeutics and drug abuse: preclinical models of escalated and depressed intake. *Pharmacol Ther*, 120(2), 102-28. doi: 10.1016/j.pharmthera.2008.07.006.
- Montagud-Romero, S., Blanco-Gandía, M.C., Reguilón, M.D., Ferrer-Pérez, C., Ballestín, R., Miñarro, J., y Rodríguez-Arias, M. (2018) Social defeat stress: Mechanisms underlying the increase in rewarding

effects of drugs of abuse. *Eur J Neurosci*, 48(9), 2948-2970. doi: 10.1111/ejn.14127. Epub 2018 Sep 17.

Montagud-Romero, S., Reguilón, M.D., Pascual, M., Blanco-Gandía, M.C., Guerri, C., Miñarro, J., y Rodríguez-Arias, M (2021) Critical role of TLR4 in uncovering the increased rewarding effects of cocaine and ethanol induced by social defeat in male mice. *Neuropharmacology*. doi: 10.1016/j.neuropharm..

Reguilón, M.D., Ferrer-Pérez, C., Manzanedo, C., Miñarro, J., y Rodríguez-Arias, M. (2021) Ethanol intake in male mice exposed to social defeat: Environmental enrichment potentiates resilience. *Neurobiol Stress*.. doi: 10.1016/j.ynstr. 2021.100413.

Ribeiro Do Couto, B., Aguilar, M.A., Lluch, J., Rodríguez-Arias, M., y Miñarro, J. (2009) Social experiences affect reinstatement of cocaine-induced place preference in mice. *Psychopharmacology (Berl)*, 207(3), 485-98. doi: 10.1007/s00213-009-1678-1.

Robinson, T.E., y Berridge, K. C. (2008). Review. The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3137- 3146. <https://doi.org/10.1098/rstb>. 2008.0093

Rodríguez-Arias, M., Navarrete, F., Blanco-Gandía, M.C., Arenas, M.C., Bartoll-Andrés, A., Aguilar, M.A., Rubio, G., Miñarro, J., y Manzanares, J. (2016) Social defeat in adolescent mice increases vulnerability to alcohol consumption. *Addict Biol.*, 21(1), 87-97. doi: 10.1111/adb.12184.

Rodríguez-Arias, M., Montagud-Romero, S., Rubio-Araiz, A., Aguilar, M.A., Martín-García, E., Cabrera, R., Maldonado, R., Porcu, F., Colado, M.I., y Miñarro, J.(2017). Effects of repeated social defeat on adolescent mice on cocaine-induced CPP and self-administration in adulthood: integrity of the blood-brain barrier. *Addict Biol.*, 22(1),129-141. doi: 10.1111/adb.12301.

Rodríguez-Arias, M., Montagud-Romero, S., Guardia Carrión, A.M., Ferrer-Pérez, C., Pérez-Villalba, A., Marco, E., López Gallardo, M., Viveros, M.P., y Miñarro, J. (2018). Social stress during adolescence activates long-term microglia inflammation insult in reward

processing nuclei. *PLoS One*, 26;13(10). doi: 10.1371/journal.pone.0206421.

Volkow, N. D., y Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*, 162(4), 712-725. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.07.046>

Volkow, N.D., Fowler, J.S., Wang, G.J., Telang, F., Logan, J., Jayne, M., Ma, Y., Pradhan, K., Wong, C., y Swanson, J.M. (2010). Cognitive control of drug craving inhibits brain reward regions in cocaine abusers. *Neuroimage*. 1;49(3), 2536-43. doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.10.088.

El modelo biopsicosocial en adicciones: una perspectiva integral para un problema complejo

Dra. Andrea Sixto Costoya

El modelo biopsicosocial en adicciones es muy amplio de explicar, en estas líneas intentaré hacerle honor por la importancia que tiene para la comprensión de las adicciones. En primer lugar, conceptualizaré cuál es su significado, cuáles son los orígenes de este concepto. Hablaré, asimismo, sobre el modelo biomédico en contraposición con el modelo biopsicosocial, un pequeño debate sobre cuál es la situación actual y, por último, realizaré unos apuntes sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales que forman parte de este modelo.

El modelo biopsicosocial, como se puede deducir por su nombre, es aquel que estipula que los factores tanto biológicos, psicológicos y socioculturales contribuyen al consumo de sustancias y a la problemática de las adicciones. Por lo tanto, deben de tenerse en cuenta con la misma importancia, tanto en los esfuerzos de prevención, de tratamiento y de reinserción como en la investigación en adicciones. El modelo biopsicosocial surge en respuesta a las críticas que existían sobre el modelo biomédico, que ha sido el que ha dominado históricamente la escena en el campo de las adicciones.

Orígenes del concepto biopsicosocial: los orígenes del concepto ya tienen algunos años, fue estipulado en 1977 por el psiquiatra George Engel puesto que pretendía realizar una transformación desde el modelo biomédico de la enfermedad hasta el biopsicosocial. Su postulado central era que el modelo biomédico no era capaz de explicar por qué personas con predisposiciones genéticas o con problemáticas fisiológicas parecidas desarrollaban una enfermedad, mientras que otras se mantenían con un buen estado de salud. Engel postuló que los factores psicológicos y socioculturales son en realidad los que explican estas diferencias en el estado de la enfermedad entre personas con las mismas particularidades biológicas.

El modelo biomédico tradicional ve a la adicción como una enfermedad del cerebro que conlleva a recaídas y que tiene una causa principalmente genética y bioquímica. Se basa en la manifestación de alteraciones en

procesos bioquímicos o neurofisiológicos que se pueden medir en la persona afectada por la enfermedad. Aunque hoy en día, en los modelos médicos contemporáneos, nadie se atreve a negar la influencia de las dimensiones sociales y psicológicas, en la adicción todavía las siguen considerando menos relevantes que las causas biológicas.

Cambios en la actualidad: desde que Engel estipuló el modelo biopsicosocial, hasta hace aproximadamente un par de décadas, ha existido una convivencia entre ambos modelos. Pero, en los últimos años el modelo biomédico ha ido ganando terreno en comparación a su contraparte. Esto es una realidad que se ha presentado tanto en la investigación en adicciones y ha desembocado en cómo se plantea el tratamiento de estas.

Entre algunas de las razones que señala en su trabajo el Dr. Becoña, serían fundamentales tres: en primer lugar, existe desde hace aproximadamente dos décadas, una financiación generosa hacia la investigación que sustenta los modelos médicos de enfermedad cerebral. El máximo aliciente de esta financiación generosa es el National Institute on Drug Abuse (NIDA) de Estados Unidos. Ha tenido en los últimos años un viraje bastante importante hacia este modelo biomédico de la enfermedad. Y esto no es algo baladí, porque el NIDA financia alrededor del 85% de la investigación mundial en adicciones. El camino que tome NIDA es uno importante porque de alguna manera se dirige hacia el terreno relevante a nivel internacional.

Otro de los aspectos señalados por Becoña en su trabajo serían los propios intereses de la industria farmacéutica en este modelo biomédico de la adicción. Porque si la adicción es considerada una enfermedad (en este caso una enfermedad del cerebro), puede curarse en parte con tratamientos farmacológicos. Entonces, la industria farmacéutica, como es lógico, observa un nicho de negocio que es interesante rellenar con fármacos que puedan tratar la adicción. El bupropión¹ es un

¹ Antidepresivo utilizado ampliamente en el tratamiento para dejar de fumar.

ejemplo de ellos, pero hay otros cuantos: la naltrexona², naloxona³, disulfiram⁴, etc.

Un tercer aspecto que señala Becoña serían los posibles intereses propios de algunos profesionales hacia este modelo, como algunos psiquiatras, sin querer generalizar. Sin embargo, hay cierto interés en que este modelo biomédico sea el predominante por parte de algunos profesionales.

Frente a esto, lo que ha sucedido es que no todo el mundo está de acuerdo. Existen diferentes trabajos y diferentes alegatos de profesionales de varios ámbitos hacia la crítica de la preponderancia de este modelo y, por otro lado, la defensa del biopsicosocial. En el trabajo de Paul Carter y Forlini del 2015, se destacan tres críticas principales: por un lado, se critica el concepto omnipotente de enfermedad crónica del cerebro y se reivindica el factor ambiente, que muchas veces es igual o más importante. Estos autores ponen el ejemplo de los soldados estadounidenses en Vietnam, un estudio realizado mientras ellos aún se encontraban en el país, sobre cómo ellos debido a la terrible situación y a los horrores que les tocó vivir, consumían heroína y se volvieron adictos a esta sustancia. Pero cuando se hizo el seguimiento a estos soldados al volver a casa, se descubrió que dejaron la adicción a la heroína, dejaron de consumir. ¿Qué había pasado? ¿Cuál es la diferencia? ¿Qué cambios hubo en estos soldados? Nada más ni nada menos que el ambiente; lo que había cambiado radicalmente era el contexto.

Otra de las limitaciones que señalan estos autores serían las de los modelos animales. Estos nos pueden enseñar muchas cosas, nos pueden abrir puertas a muchas líneas de investigación interesantes. Pero no son perfectos y tampoco hay que tomarlos como realidades absolutas, porque al final no es otra cosa que un ambiente muy controlado en un laboratorio, que no es lo mismo que un grupo de adolescentes en una

2 Antagonista opioide que se utiliza para bloquear los efectos reforzantes de los opioides (sobre todo heroína y derivados), así como para modular los efectos del alcohol.

3 Antagonista opioide utilizado sobre todo en casos de sobredosis de heroína, ya que revierte los efectos de esta. Salva en muchos casos la vida de la persona.

4 Medicamento utilizado para tratar el alcoholismo crónico, ya que produce mucha sensibilidad al alcohol y manifiesta reacciones físicas desagradables en el paciente.

discoteca, por poner un ejemplo básico. Hay cosas que de humanos a animales son difíciles de trasladar.

Por último, ellos señalan las limitaciones de la llamada *genética de la adicción*, es decir, que puede haber ciertos predispositores genéticos, un historial familiar, un factor hereditario, que pueda quizás conducir a una adicción, porque los padres o los abuelos han tenido alguna. No obstante, esto no es absoluto. Es por eso por lo que hay que tomarlo con pinzas. Lo que señalan estos autores es que a veces un historial familiar puede aportar tanta información como la genética de la adicción, entonces hay que tomar el tema con cautela.

Entonces viene la gran pregunta: ¿por qué algunas personas pueden hacer uso de sustancias sin tener un peso hacia la adicción mientras que otras se vuelven dependientes? Lo que dice el modelo biopsicosocial es que no hay un solo factor y no hay una sola respuesta. En adicciones, la evidencia científica sostiene que los factores biológicos, genéticos, personales, psicológicos, culturales, sociales, etcétera, interactúan para producir el consumo de sustancias o el desarrollo de otras conductas adictivas sin sustancia. Y es la interacción de esos factores, el núcleo del modelo biopsicosocial en la adicción. Finalmente, lo que dice este modelo es que, solo considerando a todos en igualdad de importancia, es como conseguiremos conceptualizar de manera adecuada el fenómeno.

Me parece interesante sacar unas pinceladas de los tres factores que sostienen el modelo biopsicosocial: los factores biológicos, los psicológicos y los sociales.

Los factores biológicos serían los aspectos relevantes de los fundamentos anatómicos, genéticos, moleculares, etcétera, en las enfermedades y de sus efectos en la función de la biología de la persona. Uno de los más señalados en los últimos años es el factor hereditario: casos de personas que tienen una adicción cuyos progenitores ya tenían problemas de adicción. Los ejemplos del alcohol son bastante numerosos e ilustrativos. De padres alcohólicos, hijos alcohólicos, con diferencias entre el grupo experimental y el grupo control. Por otro lado, la variabilidad geográfica que es algo que me parece personalmente muy interesante, y es que, dependiendo de cuál sea tu ascendencia, se puede ser más propenso a tener alguna adicción o no. El ejemplo que se suele poner, porque es muy ilustrativo, es el que expone que las personas con ascendencia asiática son más propensas a carecer de una enzima

hepática que se llama alcohol deshidrogenasa y esto les protege contra el consumo del alcohol. Por otro lado, desde este modelo se habla de todo lo que tiene que ver con la dopamina y su relación con las adicciones.

En cuanto a los factores psicológicos, existen muchos. Está demostrado que trastornos de la infancia, como el trastorno por déficit de atención, o el comportamiento desafiante pueden tener consecuencias a futuro en cuanto a la adicción, factores de personalidad, condicionamiento clásico u operante y otros factores como la autoeficacia o la expectativa de resultados.

Por último, los factores sociales serían tanto los factores microcontextuales (la familia, el grupo de padres, pareja, el trabajo, la escuela) y los macrosociales. Los últimos serían un poco en los que se nos engloba a todos: los factores sociohistóricos de una sociedad en concreto, a los políticos, económicos, culturales. Cómo afectan y cómo envuelven al contexto de una persona y determinan que ciertas condiciones puedan favorecer la problemática de las adicciones o puedan también proteger, dependiendo un poco de como sean.

Como conclusiones generales, importa que quede claro que la adicción es una problemática compleja y multifactorial. El principal desafío es huir del reduccionismo e intentar que sea lo más integrado posible. Hemos superado casi la conceptualización de persona adicta como una persona viciosa, persona que no tiene personalidad o no tiene fuerza de voluntad. Pero todavía queda mucho para entender la problemática desde todas las perspectivas.

El reto para la investigación en adicciones es integrar los conocimientos emergentes de la neurociencia con los que tienen que ver con la economía, la psicología, la epidemiología, las ciencias políticas, las ciencias sociales, etc. Esa es la manera de reducir los daños del consumo de sustancias y del resto de conductas adictivas, tanto en el nivel de prevención en el de tratamiento y en el de la reinserción. Para retroalimentar, la investigación debe de ser lo más integradora posible. Debemos evitar el reduccionismo. Esto es muy fácil de decir, pero muchas veces solemos caer en la tentación de querer buscar una sola respuesta o explicación para responder ante un problema tan complejo como es el de las adicciones.

Bibliografía

- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37 (2), 118-125.
- Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam veteran study. *Psicothema*, 30(3), 270–275. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.303>
- Dailey, S. L., Howard, K., Roming, S. M. P., Ceballos, N. y Grimes, T. (2020). A biopsychosocial approach to understanding social media addiction. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(2), 158–167. <https://doi.org/10.1002/hbe2.182>
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-36.
- Gerra, M. L., Gerra, M. C., Tadonio, L., Pellegrini, P., Marchesi, C., Mattfeld, E., Gerra, G. y Ossola, P. (2021). Early parent-child interactions and substance use disorder: An attachment perspective on a biopsychosocial entanglement. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 131, 560–580. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.09.052>
- NIDA. (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion>.
- Hall, W., Carter, A. y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises?. *Lancet Psychiatry*, 2, 105-110.
- Sixto-Costoya, A., y Olivar Arroyo, Á. (2018). Educación Social y Trabajo Social en adicciones: recuperar el territorio colaborando. *RES, Revista de Educación Social*, 26, 141–158.
- Skewes, M. C. y Gonzalez, V. M. (2013). The Biopsychosocial Model of Addiction. En *Principles of Addiction*, (61–70). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398336-7.00006-1>

Las matemáticas como herramienta para el análisis del fenómeno de las drogas

Ing. Estéfano Viteri Negrete

La matemática en general puede ser una herramienta para analizar varios fenómenos, incluido el de las drogas. Específicamente en este tema, que cuenta con diferentes tipos de variables, esta disciplina debe generar herramientas específicas para solventar las características específicas del fenómeno.

Me centraré en 2 líneas que son útiles en la matemática para abordar este fenómeno:

Primero, la estadística: en ella tenemos varios puntos importantes. Generalmente, cuando se utilizan datos, se realiza en primer lugar una estadística descriptiva. En otras palabras, un conjunto de métodos que permiten describir, caracterizar y sacar conclusiones de un grupo de datos. En general, las medidas de tendencia central (la moda, el promedio y la mediana) son las primeras que obtenemos y buscamos. En el caso específico de las drogas, podríamos obtener, por ejemplo, la variable del consumo de alcohol en Ecuador medida en litros. Podríamos obtener el promedio para saber cuánto licor, o cualquier sustancia en específico, consume un ecuatoriano. Estas medidas de tendencia central son muy generales y ayudan a tener unos rasgos macro sobre los datos que tenemos.

Además, también son importantes las medidas de variabilidad, ya que permiten saber qué está pasando dentro de los datos, cómo están los individuos y si se relacionan o se encuentran alejados unos de otros. Qué tan variable es nuestra muestra, incluso.

Luego de la estadística descriptiva tenemos otra herramienta más potente de la misma categoría, que es la estadística inferencial. Al utilizarla, se busca deducir y sacar conclusiones acerca de eventos generales, pero solo a través de los datos obtenidos. Como se explica, la primera parte fundamental que nos brinda la matemática es que no necesitamos analizar a toda la población que queremos estudiar, sino que basta con estudiar una muestra. La estadística y la matemática permiten

sacar conclusiones con un cierto grado de confianza (generalmente el 95%) y nos aseguran que las conclusiones que obtengamos de la muestra van a verse reflejadas en la población. Así, no necesitamos realizar un muestreo de toda la población, porque eso es costoso y se necesita mucha logística para abordar un muestreo de esas características.

Posteriormente, tenemos las pruebas de hipótesis que permiten sacar conclusiones sobre los datos (a los que me refiero como variables). Por ejemplo, en un estudio cuyo tema es el fenómeno de las drogas, se realiza una encuesta en la que se consulta en torno al consumo del alcohol, la edad, el género, el lugar de residencia y el ingreso mensual, entre otras variantes. Lo que se busca es obtener resultados o corroborar hipótesis sobre las variables. Las pruebas de hipótesis permiten obtener conclusiones y verificar, por ejemplo, que el consumo promedio es de al menos 2 litros al mes. Las pruebas de hipótesis están asociadas a una probabilidad, pero la estadística nos dice que, con un cierto grado de confianza, podemos aseverar algunas de ellas. Asimismo, los intervalos de confianza permiten conocer en qué intervalo se espera que esté un parámetro. En el ejemplo anterior del promedio de consumo, no vamos a decir que todos consumen en promedio 23 litros, sino que vamos a dar un intervalo en el que sabemos y estamos seguros, con cierto grado de confianza, que es en el que variará ese promedio.

Desde este momento empezamos a tener conclusiones que nos sirven de herramientas para empezar a tomar acciones y decisiones en el fenómeno que estamos estudiando y otros aspectos relacionados.

Como punto final sobre la estadística, se tienen sus modelos. Son un poco más sofisticados y representan una ecuación matemática. La idea es reproducir el fenómeno a través de esta ecuación que observamos. Obviamente queremos que esta ecuación refleje lo más exacto posible porque, cuando tenemos un fenómeno, necesitamos encontrar una ecuación y replicarla para, a través de esas réplicas, poder sacar más conclusiones, ver propiedades, ver casos específicos. Algunos de los modelos muy usuales utilizados en este fenómeno de las drogas son los de regresión, los cuales pueden ser simples o múltiples. Aquí hay que tener muy en cuenta que en ellos vamos a tener dos diferentes tipos de variables: las dependientes y las independientes.

Pongamos un caso en el que una variable dependiente puede ser el consumo de alcohol medido en litros al mes y las variables independientes

son las que tratamos que expliquen el consumo. Pueden ser la edad, el género, el ingreso y muchas más. Notemos que la variable dependiente, el consumo en este ejemplo, es una variable continua. Si este es el caso, podemos utilizar un modelo de regresión. Pero, en caso de que la variable dependiente ya no sea un número continuo (por ejemplo, 2 litros, 10 litros, 11,5 litros) y sea únicamente una variable binaria, debemos utilizar otro modelo llamado *modelo logit*. ¿Cómo identificamos cuándo una variable es binaria o continua? Pondré el caso en el mismo consumo: esta variable podría ser transformada a una variable binaria a través de la siguiente pregunta: ¿un individuo consume o no consume alcohol al mes? En este caso sería 1 si el individuo consume alcohol y 0 si no lo hace. Es de notar que en este caso ya solo tenemos dos valores que puede tomar esta variable. Deberíamos utilizar un modelo de regresión porque la distribución de probabilidad asociada a esta variable ya es diferente. En los modelos logit podemos abordar otro tipo de incógnitas. Por ejemplo: ¿cuál es la probabilidad de que una persona consuma alcohol o consuma cierto tipo de sustancia? Es diferente a decir: ¿cuántos litros consume?

En los modelos de regresión y en los modelos logit, varía la variable dependiente; pero en ambos, las variables independientes van a permitir describir la variable dependiente. Es decir, vamos a llegar a la conclusión de que la edad incide en el consumo de sustancias. Si fuera el caso de los modelos logit, podríamos decir que, a mayor edad, existe mayor probabilidad de consumo de sustancias. O, en otro caso, en la regresión lineal, podemos decir que a menor ingreso hay una disminución de la cantidad de litros de alcohol consumidos.

Esas conclusiones son las que obtenemos de ambos modelos. Obviamente hay muchos más que permiten llegar a diversas conclusiones. Noten que, en los datos puede haber muchas relaciones o variabilidades de diferente tipo. Por ejemplo, si tomamos una muestra de toda Latinoamérica, las personas que viven en Ecuador tendrán una variabilidad parecida, pero serán diferentes a los que viven en otro país. Entonces, añadir esta variabilidad a un modelo, ya implica que se deba trabajar con uno más sofisticado, no solo de regresión lineal o modelo logit, sino con otro que nos permitan sacar conclusiones teniendo en cuenta estas variabilidades. Hay ejemplos de modelos logísticos multinivel que consideran las categorías que están sobre el individuo, en este caso el ejemplo serían los países.

Un último tipo de modelo que quiero comentar es el de series de tiempo. Quizás podemos pensar que solo se puede utilizar para la banca, para pronosticar cierta cantidad de dinero en cierto tiempo, pero, en realidad, puede llegar a pronosticar cuánto va a ser el consumo de una persona dada su data histórica. Generalmente con los dos primeros tipos de modelos, podemos describir qué variable afecta sobre otra y, con el último, vamos a poder predecir un valor numérico entre un conjunto de datos históricos.

Como se mencionó al inicio, se explicarán dos fuentes de la matemática. La primera es la estadística y la segunda es la optimización. Los modelos de optimización son poco usados, casi no se los conoce, y menos aun cuando se trabaja en este fenómeno porque generalmente sirven para tomar decisiones. Permiten dar una idea de qué es lo que está sucediendo en el fenómeno, pero no nos dicen qué se debe hacer.

Por otro lado, los modelos de optimización, dadas ciertas restricciones, van a permitir encontrar la mejor solución a un obstáculo. Basta con que extrapolemos el problema del fenómeno de las drogas hacia un modelo de optimización y este nos va a permitir decidir cuál es la mejor opción. Por poner un ejemplo: situémonos en alguna empresa en la que sea una exigencia que sus empleados deban estar al 100% en sus capacidades; sin embargo, ellos tienen un consumo problemático. Al saber estas condiciones, podríamos asignar un riesgo a cada empleado y ese riesgo va a estar asociado a qué es lo que realiza en el trabajo y cuáles son las condiciones que él tiene. La idea es que la empresa cumpla sus funciones, pero de una forma en la que se minimice este riesgo asociado a un consumo problemático. Con esto no se insinúa que solo se produce un riesgo cuando existe un consumo, sino que el riesgo puede estar asociado a muchas otras cosas. Un modelo de optimización permite encontrar máximos y mínimos dentro de las funciones. Con respecto a las restricciones, se debe tratar de modelar todo lo que la empresa tiene que cumplir y, una vez realizado esto, ya nos diría qué es lo que se debe hacer.

Considero que lo mencionado es una buena introducción a lo que se puede hacer en el fenómeno de las drogas y qué es lo que se tiene matemáticamente. Existen más opciones que dependerán de qué es lo específico que se desee analizar en el fenómeno, pero la matemática provee de herramientas para solventar estos casos. Hay que decir que en todo lo comentado, se asume que se tienen datos confiables y que el

muestreo que se realizó para los datos tiene la metodología propuesta y una confiabilidad del 95%. Espero que esta introducción ayude a aclarar lo que se puede hacer con la matemática en la investigación del fenómeno de las drogas.

Para finalizar, se ha realizado un recorrido sobre los modelos de estadísticos y los modelos de optimización que pueden ser utilizados para el análisis del fenómeno de las drogas. Se repasaron los tres grandes temas: la descripción del comportamiento de diferentes variables, la posibilidad de predecir datos con base a referencias históricas y, también, la posibilidad de encontrar las mejores soluciones a los problemas que se pueden presentar en base a la información o la recopilación de datos.

Asimismo, se destaca que las matemáticas ofrecen un enfoque riguroso y objetivo para el análisis del fenómeno de las drogas, brindando herramientas para describir, inferir, predecir y optimizar situaciones relacionadas con su consumo. El uso de estas herramientas matemáticas representa una valiosa contribución para entender mejor este fenómeno y para el desarrollo de estrategias más efectivas con respecto a su prevención y tratamiento. Además, la combinación de estadística y optimización proporciona un enfoque integral que permite abordar el tema desde diferentes perspectivas, lo que resulta fundamental para enfrentar los desafíos sociales y de salud pública que representa su consumo en la sociedad.

Bibliografía

- Agresti, A. (2018). *An introduction to categorical data analysis* (3rd ed.). Wiley.
- Hosmer, D. W., y Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (2nd ed.). Wiley.
- Kutner, M. H., Nachtsheim, C. J., Neter, J., y Li, W. (2004). *Applied linear statistical models* (5th ed.). McGraw-Hill.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Allyn and Bacon.

Consumo de drogas en las Américas

MSc. Marya Hynes

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) es una comisión técnica dentro de la Organización de los Estados Americanos (OEA) que atiende el tema de las políticas de drogas a nivel hemisférico mientras que el Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) es el área de investigación científica de la CICAD. Logramos realizar los estudios con un trabajo mano a mano con los observatorios nacionales de drogas, que se desempeñan como nuestras contrapartes en cada uno de los países.

La información que se explica a continuación proviene de los datos de los Estados Miembros por lo que son sus datos; ellos son los dueños de sus propios estudios. Si bien somos una comisión política en la OEA, lo importante para el Observatorio es que nosotros partimos desde la premisa de que el conocimiento y la información son fundamentales para la toma de decisiones adecuadas en las políticas públicas, sea sobre drogas o cualquier otro tema.

La información explicada a continuación está basada en publicaciones oficiales de la CICAD, pero también proviene de una serie de protocolos estandarizados en la epidemiología de las drogas, denominada el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo, también conocido como SIDUC. Los datos son recolectados de manera epidemiológica, científica, en cada uno de los países miembros. Además, es comparable hasta lo máximo que permiten las limitaciones y estándares de los estudios cuantitativos.

A continuación, se realizará un recorrido por los patrones de consumo a nivel hemisférico. El objetivo es que a partir de esto se puedan evidenciar las similitudes y diferencias que lo desafían a nivel general y que son relevantes para todos los países.

El alcohol es la droga más consumida en todo el hemisferio. De hecho, es lo más consumido en todo el mundo. Tomando la prevalencia durante el último mes de consumo de alcohol en estudiantes de secundaria, los 28 países de la región que han proporcionado información

sobre el consumo de sustancias cuentan con estadísticas de consumo de estudiantes secundarios, tanto hombres como mujeres. De hecho, la prevalencia entre ambos géneros es bastante similar en muchos países. Es decir, el consumo de alcohol es prevalente en todos los países que lo han reportado.

Si bien en personas jóvenes cualquier consumo ya es de alto riesgo, pero pensando no solamente en los niveles de consumo, sino en el consumo de alto riesgo, una de las variables que medimos es el consumo nocivo. Este se define en nuestros estudios como cinco bebidas o más en un solo evento. Tal condición se evalúa en las personas que han consumido alcohol en el último mes. Si separamos solamente a los jóvenes que lo han consumido en el último mes, aproximadamente la mitad de ellos muestran consumo nocivo, ya que dicen que han consumido cinco tragos o más en un solo evento por lo menos en una ocasión antes de los 15 días del estudio. Eso en inglés se llama *binge drinking*, que es una conducta de alto riesgo asociada al alcohol, bastante común y muy relevante en el análisis de prevalencia de los países.

Entonces, si pensamos solo en el número de personas que consumen, podríamos perder de vista fenómenos muy importantes. Si bien la prevalencia es baja en algunos países, entre la gente que consume se encuentran muchas veces las conductas de mayor riesgo.

Ahora, para no ser completamente pesimistas, también recibimos datos sobre tendencias con respecto a otras sustancias en el hemisferio.

El tabaco, que también es una droga, parece ser la única sustancia que muestra una disminución sistemática en su uso a lo largo del tiempo en la población general, incluidos los jóvenes —aunque estos últimos se relacionen con tendencias un poco menos claras—.

Simultáneamente, al observar la reducción en el consumo de tabaco, vemos aumentos en la mayoría de los países con respecto al consumo de cannabis. Esto tanto en los estudiantes de enseñanza media como en la población general. Por un lado, vemos una tendencia a que existan bajas en el consumo de tabaco y al mismo tiempo vemos aumentos en el consumo de cannabis. Para nosotros tendencias son por lo menos 3 puntos de información en el tiempo. Las tendencias en el tiempo del consumo de marihuana en el último año, en la mayoría de los países

que cuentan con información, a lo largo del tiempo estamos viendo aumentos en el consumo.

¿Por qué hay aumentos? Hay muchas variables que tienen que ver con el porqué, pero una de las que logramos medir y nos resultan consistentes tiene que ver con la percepción de riesgo asociada con el consumo. Resulta importante porque es una de las pocas variables que vemos que muestran cambios mano a mano con las variaciones dentro de la prevalencia. Esto se hace con cualquier sustancia, aunque en este caso estamos hablando de la marihuana.

Al medir la percepción del riesgo asociada con el consumo ocasional y la asociada con el consumo frecuente, lo que se puede ver en ambos casos es que, mientras se va bajando la percepción del riesgo asociado, también sube la prevalencia. Es decir, que lo que la población piensa sobre los riesgos asociados con el consumo de alguna sustancia es importante y tiene un impacto. Por tanto, merece contemplarse en los mensajes de prevención que promueven los países.

La droga que se indica como la de mayor preocupación política en América Latina, y particularmente en Sudamérica, es la cocaína. Pero en cuestión de las prevalencias y tendencias en el tiempo, las tendencias son menos claras que las que vemos en cuanto a cannabis o alcohol. Alrededor de la mitad de los países muestran aumentos en el consumo de cocaína en la población general. Pero en la población de estudiantes secundarios es menos obvio: la tendencia en algunos países aumenta, disminuye o no tiene cambios; es decir, no hay una sola tendencia en el consumo de cocaína. Sin embargo, es importante decir que cuando recolectamos esta información estaba aumentando bastante la fuerza del mercado de esta sustancia. Si bien no hemos actualizado la información sobre su consumo, hay evidencias de que estas tendencias podrían estar en aumento en algunos países, incluso más de lo que vimos con anterioridad. La cocaína, sin embargo, es una de las drogas que, aunque tenga una presencia política muy fuerte, los niveles de consumo son menores y las tendencias son menos claras. Eso no quiere decir que tenga menos impacto en la salud, puesto que muchas veces las drogas de más impacto son de menor prevalencia.

En el hemisferio, uno de los temas que presentan mayores desafíos son las nuevas drogas que han aparecido. En los últimos diez años, pero en particular los últimos cinco, ha habido una proliferación

de drogas emergentes. Hay una clase de drogas denominadas *las nuevas sustancias psicoactivas* (NSP); también hay una aparición de medicamentos, en algunos casos falsificados o desviados del mercado legal y mayor consumo de ellos. A su vez se han presentado drogas de síntesis, como la metanfetamina. Si bien la mayoría se encuentran en baja prevalencia, su impacto potencial en la salud es fuerte. Algunos de los que están apareciendo son: cannabis de alta potencia (conocido en Sudamérica, como *el crippy*), cannabinoides sintéticos, catinonas, cocaínas consumidas en nuevas formas y adulteradas con nuevas drogas; el éxtasis o MDMA⁵ ha aparecido en bastantes países; fenitilaminas, LSD⁶ (muchas veces uno falso que realmente es otra droga); opioides; sustancias a base de plantas o animales. Además, hemos detectado la aparición de sustancias químicas, precursores movidos para fabricar drogas que son nuevas o anteriormente no muy conocidas. ¿Por qué son importantes esas sustancias? La aparición de drogas nuevas, sobre todo de drogas fuertes, siempre es importante, pero hay muchos riesgos asociados con las adulteradas y las falsificadas.

Existen un sinnúmero de sustancias y adulterantes en las drogas que son, digamos, más comunes y los consumidores piensan que las conocen. Se dio un fenómeno hace algún tiempo en Argentina, donde hubo una serie de muertes por cocaína adulterada. Ese es precisamente el riesgo que el consumidor corre cuando no sabe lo que está consumiendo.

En cuestión de los medicamentos, hay un fenómeno complejo que se ha detectado: el consumo por género. Los fármacos sin prescripción médica son consumidos entre mujeres. En la mayoría de los países y poblaciones, las mujeres consumen en proporciones más altas que los hombres. Es decir, son de las drogas preferidas por las mujeres. Ese patrón es más evidente con respecto a tranquilizantes y benzodiazepinas, que es lo más común. Se pueden encontrar estos medicamentos más adulterados en el *mercado negro*.

Para mostrar la relación de la prevalencia del uso de diferentes drogas y sustancias entre hombres y mujeres, se evidencia que los tranquilizantes son parte de las sustancias más consumidas por mujeres. El hecho presenta mayores riesgos, no solo por la adulteración y las drogas falsificadas, sino porque muchas veces los medicamentos no son

5 MDMA: 3,4-metilenedioximetanfetamina

6 LSD: dietilamida de ácido lisérgico

considerados drogas de abuso o drogas de riesgo. Incluso podemos tener en ocasiones epidemias de consumo en poblaciones particulares que ni siquiera conocemos. Es importante reconocer los medicamentos falsificados, desviados y potencialmente adulterados como drogas que prestan un riesgo a la población.

En resumen, más allá de la importancia de los números que se han visto en las prevalencias, son los mensajes asociados lo que también deben ser de nuestra competencia. El alcohol, su consumo nocivo y el consumo precoz en general de las sustancias son temas sobre los cuales deberíamos prestar atención.

Las percepciones importan. Si bien habíamos escuchado de la relevancia del enfoque médico en la adicción y la dependencia, debemos tener en cuenta que las conductas asociadas, su prevención y percepciones son absolutamente esenciales.

Las nuevas drogas que están apareciendo en la región presentan nuevos desafíos no solamente para la salud, sino también en relación con la manera en que debemos pensar las intervenciones.

Finalmente, no deberíamos dejar fuera el tema del género. Si bien recolectamos información por sexo, a veces esto no nos da el panorama completo de lo que ocurre con las mujeres y las personas trans. Los estigmas asociados con las conductas muchas veces son sentidos con más fuerza en los grupos marginalizados. Estos son realmente temas que deberíamos tener siempre en las discusiones asociadas con las políticas de drogas.

Bibliografía

Organización de los Estados Americanos (OEA); Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM). (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*. ISBN 978-0-8270-6794-3

Organización de los Estados Americanos (OEA) y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (2019). *Adulterantes de las drogas y sus efectos en la salud de los usuarios: Una revisión crítica*. ISBN 978-0-8270-6872-8

Organización de los Estados Americanos (OEA) y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (2020). *Drogas emergentes en las Américas: Los opioides sintéticos entre las nuevas sustancias psicoactivas*. <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/BP2%20SPA.pdf>

Datos para la acción en políticas de drogas

MSc. David Jaramillo

Con este texto se busca contar una historia respecto de cómo hacer una conexión de la información que eventualmente podría estar disponible en Ecuador para analizar el fenómeno de drogas. No solo para realizar un análisis, sino para establecer un conjunto integrado de políticas que respondan y que den un tratamiento efectivo a este fenómeno socioeconómico de las drogas.

En ese sentido, contaré la historia sobre esa conexión, no necesariamente se tendrá un diagnóstico de las drogas en Ecuador actualizado porque hoy por hoy no existen datos que estén disponibles al público para hacer ese tipo de diagnósticos.

Comenzaré por el final de la historia: quiénes son los beneficiarios de cualquier cosa que se haga con respecto a la política de drogas. En ese sentido van a estar los datos, pero también la acción en política de drogas. En su momento, pude estar en un centro de atención integral en Guayaquil. Los residentes jóvenes estaban en un proceso de rehabilitación de atención integral por consumos problemáticos. Todas sus historias, todo lo que ellos nos comentaban, era parte esencial del objetivo del trabajo: estábamos encargados de recopilar los datos e información que ellos nos brindaban. Siempre es importante tener sus nombres en mente: llamémosles Joaquín, llamémosles Felipe, llamémosle Pablo. También pensemos en aquellas mujeres y adolescentes que están atravesando una situación de consumo problemático; en cómo podemos coadyuvar para una mejor atención y prevención desde los datos.

Darles nombre y ponerles cara son detalles importantes porque, en política de drogas, los beneficiarios en muchas ocasiones no cuentan con alguien que pueda abogar por sus derechos. Cuando se habla de otras políticas —las políticas económicas, las políticas laborales, las políticas comerciales— pensamos en todo el conjunto que un Estado debe hacer. Por lo tanto, es común que tengan quien abogue por ellas y quien busque, por ejemplo, tratados de libre comercio, protección de derechos laborales, promoción de la igualdad de género, entre otras, en ciertos aspectos de la economía. Sin embargo, en los temas relacio-

nados al consumo, los datos son los que permiten darle cara a quienes finalmente son los sujetos de derecho de aquellas políticas.

Después de haber empezado por el final, damos un paso atrás para preguntarnos cuáles son las dificultades de estos adolescentes y, en general, del asunto que corresponde al consumo problemático. Quizás el fenómeno que más visibilidad le ha dado a las drogas en los últimos años en Ecuador es el de la *H*. A primera instancia, esta droga parece estar compuesta de heroína. No obstante, después de ser analizada en un laboratorio, se puede determinar que tiene otros componentes que intensifican su efecto y tienen un costo menor. Pese a que representa en la actualidad uno de los principales problemas sociales que tiene Guayaquil, también está presente en muchas ciudades mayormente en la costa ecuatoriana.

Es importante hablar del problema porque es habitual dentro de la política pública que, cuando no definimos bien el problema, se comience a dar *palos para los ciegos o disparos al aire* que son paliativos y no curativos. Definir el problema es importante y para eso nos ayudan los datos.

En ese sentido, con respecto a la definición del problema, me referiré a lo que se examinaba en términos de drogas en Ecuador en los años 2018 o 2019. Comienzo con las drogas más problemáticas, de aquellas con las que muchas veces nos hacemos los desentendidos pero que son las más visibles, las que más muertes causan, etc. Estas son el alcohol y el cigarrillo. Con referencia a las prevalencias en el caso del alcohol: uno de cada cuatro adolescentes y cuatro de cada diez adultos consumieron alcohol en el último mes. En el caso del cigarrillo, las estadísticas son parecidas.

Por otro lado, están las drogas que en su momento llamábamos *de acceso ilícito* para distinguirlas de las drogas que son de acceso lícito y que, por lo tanto, no se pueden adquirir en establecimientos reconocidos. Estas otras drogas tienen *similares* características, pero su acceso no es legal porque no existe un mercado o un sistema de regulación de venta en Ecuador. En ese sentido, lo que encontrábamos, al menos en estudiantes de educación media del país, es que, en el caso de la marihuana, uno de cada 10 la había consumido en el último año. En el caso de otras drogas, consumía un estudiante de cada 50; se obtuvo a la heroína como la droga más problemática. Hay que tomar en cuen-

ta que este es un promedio nacional, y que las medidas de tendencia central pueden ocultar ciertas realidades heterogéneas. Si la heroína es analizada solo en Guayaquil (o específicamente en ciertos barrios de la ciudad), puede ser muchísimo más alta la diferencia que solo uno sobre 50. Eso es fácilmente observable en las calles, pero también en las estadísticas.

En su momento habíamos dicho que, al analizar el costo en términos de prevención, de atención, de accidentes, de muertes, etc., al Ecuador le costaba el fenómeno de las drogas el 0.22% del PIB³ y, por lo tanto, invertir en prevención podría tener algún tipo de rentabilidad social. Además, veíamos que había aproximadamente nueve mil fallecimientos que estaban relacionados al consumo de drogas en Ecuador. Muchas veces se escondía la causa detrás de supuestos paros cardíacos, problemas pulmonares, neurológicos, pero, tras ver las razones, se podía concluir en que tenían mucho que ver con el consumo de drogas.

En el lado de la oferta en Ecuador se presentaban situaciones que demostraban la alta cantidad de venta de alcohol o cigarrillo. A su vez, más de diez mil personas eran detenidas por temas relacionados al tráfico. Tomemos en cuenta que en la actualidad más personas son detenidas por casos relacionados con el tráfico de drogas.

Lo menciono simplemente para enfatizar en que ese era el panorama que veíamos en el momento. Si avanzamos un poco más en el tiempo, podremos descubrir como tono fenómeno social, su vínculo con la clásica analogía del iceberg: en la parte superior podemos ver el consumo de cigarrillos, el consumo de alcohol, el consumo de drogas de acceso lícito. Pero en la parte inferior, debajo de las anteriores, se encuentra lo importante. Porque casi siempre el 85% del iceberg que es el que le permite la flotación y con lo que el Titanic se estrelló y por el cual tuvo el accidente. Resulta importante prestar atención a lo que está debajo porque, solo cambiando esas condiciones que se mantienen en la profundidad, se pueden modificar ciertos comportamientos dañinos de la sociedad.

Las condiciones están relacionadas, por ejemplo, con que solo 3 de cada 10 padres en Ecuador conversan con sus hijos sobre su desempeño escolar. Sólo 2 de cada 10 ayudan a sus hijos con sus tareas porque la mayoría están trabajando en condiciones generalmente precarias. No hay un sistema nacional de cuidados con el que beneficiarse. Solo

la mitad de los padres en Ecuador tiene una reunión periódica con los maestros de sus hijos para saber si están bien en clases, si asisten con regularidad o no, qué actividades realiza durante las tardes, etc.

¿En qué gastamos el tiempo en Ecuador? La mayoría de nuestro tiempo más ahora con las redes sociales, las que gastamos en ver televisión y muchas menos horas para compartir con la familia o hacer algún deporte. En el último punto, posiblemente, podemos encontrar un vínculo con las alarmantes cifras: 6 de cada 10 mujeres en Ecuador han experimentado violencia de género.

Considero importante mostrar estos datos porque quizás se esperaba otro análisis. Cuando se habla de drogas, se espera un análisis centrandose en cuánto es el consumo problemático, el consumo recreativo, el consumo experimental, entre otros derivados. Eso está bien, pero nos despista de otros problemas: los conjuntos que interactúan entre sí para determinar el fenómeno de las drogas.

Un fenómeno importantísimo que se da en Ecuador en la actualidad es que, después de la pandemia, 3 de cada 10 personas viven en condición de pobreza. Otra situación que no vemos, ni siquiera desde los escritorios y las capitales, es el consumo en territorios específicos que se encuentran abandonados por sus alcaldías. Lugares en los que no hay agua potable ni electricidad. Desconozco si el lector alguna vez ha perdido el agua en su casa o se ha quedado sin luz, pero imaginemos que se encuentra en la capital del Ecuador y de repente no cuenta con los servicios básicos, no tiene un servicio de recolección de basura, no tiene patrullaje de seguridad en su área, entre muchos otros elementos que, al menos en ciertas partes del país, damos por sentado porque hemos atravesado ese umbral. Pero justo donde sucede el fenómeno de drogas, también sucede este conjunto de abandonos, si lo podemos llamar así. Tomábamos fotos de esos territorios mientras realizábamos las encuestas, porque era allí donde teníamos que ir a tocar las puertas -que no eran tan puertas-, pero estaban ahí para que nosotros podamos seguir recogiendo datos. Se puede observar la falta de recolección de basura, esquinas que son completamente abandonadas y personas que están en situación de calle y con problemas de consumo.

Vamos un poco más atrás, ya hemos visto al fenómeno de drogas en dos dimensiones. Ahora, ¿qué políticas? En ese momento se había plantea-

do un Plan Nacional de Prevención que tenía algunos ejes. Se incluían acciones los Departamentos de Consejería Estudiantil del Ministerio de Educación, actividades relacionadas al deporte y al cuidado, entre otras que pretendían prevenir. Por lo tanto, se previó el fortalecimiento de la atención integral del consumo. Además, junto a la policía, se buscaba disminuir el acceso a las drogas, así como evitar su producción. Al menos en ese momento, Ecuador era un país de tránsito. Ahora habrá que estudiar más ese fenómeno, pero, como se mencionó, esas fueron las políticas que en su momento se crearon.

¿Con qué objetivo? Doy un paso atrás y voy a la acción. Recuerden que el título de esta presentación es *Datos para la Acción en Políticas de Drogas*, y datos hay muchos. Se dice que, actualmente, la humanidad genera más información en un año que todo lo que generó en los anteriores milenios. Estamos generando datos en este momento cuando comemos, cuando pedimos un Uber, cuando hacemos una búsqueda en internet. Pero esos datos son como un conjunto de piezas de *lego* que están desordenadas. Se debe realizar un procedimiento para que, de esos datos, se pase a contar una historia o, como nosotros le llamamos, *generar evidencia y conocimiento*. Seguramente hay muchos datos, pero si no hay alguien que los ordene, que los analice y finalmente cuente una historia, será muy difícil que sirvan para algo.

En ese sentido, el objetivo es contarles qué datos existen en Ecuador todavía y que en su momento fueron explotados para poder determinar el fenómeno. Si ponemos una foto de un mapa de la llamada Zona 8, nos percataremos de que a la izquierda está Guayaquil, a la derecha Durán y en el medio está la puntilla de Samborondón. Ese mapa no dice mucho, pero con los datos que Ecuador tiene y puede seguir explotando, podríamos ver dónde están todas las llamadas que se hacen al ECU 911. Dónde una persona, un vecino, informa: “cerca de mi casa, están vendiendo droga” o “cerca de mi casa están consumiendo droga”. Entonces, con esa información, se puede realizar un mapa en el que se vea dónde las personas llaman a decir que se consume o vende droga. Este proceso se hacía con la información de las llamadas al ECU 911 y, de volverse a realizar ahora, se necesitaría pasar de los datos desordenados a un análisis de los mismos. La caracterización se puede llevar a cabo de manera mensual, con una división por colores en las que se distinga cuáles llamadas fueron por consumo y cuáles por venta de drogas.

Quisiera comentar que, fruto del análisis de datos, podíamos —y se puede todavía porque contamos con esa cantidad de información— determinar desde una mirada general en qué territorios sucedía el fenómeno. Se realizó la caracterización de la problemática del alcohol porque cuando se habla de drogas, vuelvo al inicio, también se habla de dicha sustancia.

La organización de los datos muestra que, a nivel nacional, el oriente es la región más problemática, pero, si se establece un análisis pormenorizado, podemos constatar que, por ejemplo, la ciudad de Riobamba (específicamente a la Universidad Politécnica) representa un punto importante. Eso quiere decir que ahí es donde más se reportan los incidentes relacionados a los problemas de alcohol. Por otro lado, si analizamos la problemática en general del fenómeno de drogas de acceso ilícito, el mapa muestra una concentración en la Zona 8, que sería Guayaquil, Durán y Samborondón. Allí hay territorios específicos que pueden ser atendidos.

Finalmente quiero recalcar que todo lo mencionado se puede efectuar con la información que ya existe en Ecuador y que puede ser siempre bien aprovechada. Tenemos los incidentes que registra el ECU 911 y que pueden ser categorizados con respecto a esto. Hubo un análisis de “*machine learning*” para determinar con las palabras que usaron las personas, si dijeron *drogas*, *alcohol*, *ventas*, si dijeron *crisis*, si dijeron *pericos*, si dijeron todos los nombres que se pueden usar para ciertas drogas y así poder categorizarlas, esto fue muy interesante. El Ministerio de Salud tiene información respecto de las atenciones que da y los puede categorizar por cada una de la clasificación de enfermedades, CIE-10.

Contamos con la base de datos de la Policía Nacional que registra dónde se dieron los casos. También guarda otra información relevante para la capacidad de respuesta del Estado, como dónde están las instituciones educativas, dónde están los centros de desarrollo infantil del MIES⁷, dónde están los centros de atención del Ministerio de Salud, entre otros elementos. Estos datos permitirían orientar mejor las políticas de drogas en Ecuador.

Finalizo diciendo que todavía hay desafíos en Ecuador, uno de esos, -y no quiero hablar como una persona de su “ex”-, pero cuento la historia

7 Ministerio de Inclusión Económica y Social

de lo que fue y que no se está dando en este momento, porque sencillamente aquella Secretaría que lo hacía, fue eliminada. Más allá de una institución, después las competencias fueron poco a poco debilitadas.

Los desafíos que menciono son los siguientes:

- El establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Drogas, entendido como una política pública que no puede depender de las motivaciones, de los presupuestos o de las voluntades políticas de turno.
- El análisis y los estudios a escala territorial: lo que muchas veces ocurre dentro de la academia es que se realizan estudios específicos que no logran completar el *lego* o son muy dispersos.
- La inclusión de poblaciones ocultas. Por ejemplo, la población en movilidad humana, mujeres, estudiantes que muchas veces no son visibilizados.
- La articulación de las investigaciones que se realizan. Se encuentran bastante dispersas.
- Un ejercicio potente de monitoreo, seguimiento y evaluación de las políticas públicas. Aunque tengamos a nuestro favor mucha evidencia y conocimiento, no sirven si después no se realiza un seguimiento y evaluación en torno a las lecciones aprendidas.

Para resumir, es importante hacer referencia al trabajo que se dio durante algún tiempo en Ecuador —y que estaba en sintonía con el desarrollo de los procesos de intervención en el ámbito de drogas a nivel internacional— porque destaca la importancia de seguir trabajando desde otros espacios. Esto para sustentar gran parte de las intervenciones y la implementación de diferentes modelos. A su vez, para señalar que, independientemente de que no se realicen estudios especializados, hay una gran cantidad de registros administrativos que pueden ser de utilidad para caracterizar territorios y empezar a actuar.

Bibliografía

Secretaría Técnica de Drogas. (2016). *Encuesta Nacional de uso y consumo de drogas ilícitas en estudiantes de enseñanza media.*

Secretaría Técnica de Drogas (2016.). *Costo del fenómeno de las drogas en Ecuador en el año 2015*. EDITOGRAN.

Secretaría Técnica de Drogas (2016). *Mortalidad Relacionada al Consumo de Drogas en Ecuador 2000-2015*. EDITOGRAN.

Secretaría Técnica de Drogas (2017). *Estimación de la población de consumidores de drogas en Ecuador en 2016*.

Secretaría Técnica de Drogas (2017). *Informe Nacional de Drogas - Ecuador 2016*.

Secretaría Técnica de Drogas (2018). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021*. http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/planes-Nacionales/Ecuador_Plan_Nacional_de_Prevenccion_Integral_y_Control_del_Fen%C3%B3meno_Socio_Econ%C3%B3mico_de_las_Drogas_2017_2021.pdf

Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas. (s.f.). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021*. http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/planesNacionales/Ecuador_Plan_Nacional_de_Prevenccion_Integral_y_Control_del_Fen%C3%B3meno_Socio_Econ%C3%B3mico_de_las_Drogas_2017_2021.pdf

UNODC. (2017). *World Drug Report*.

Plan V. (8 de septiembre del 2021). *La H es una epidemia sin freno en Guayaquil*. <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/la-h-una-epidemia-sin-freno-guayaquil>

Capítulo 2: Género y Drogas

Introducción

El consumo de drogas está culturalmente asociado a una práctica que, según se cree, se relaciona sobre todo con los hombres. Debido a esto, la investigación, las maneras de intervención y la percepción que tenemos del fenómeno se han manejado desde las necesidades, las causas y consecuencias que afectan a este género.

Tal razón ha llevado a que se invisibilicen muchas problemáticas que se presentan en las mujeres y en las diversidades sexogenéricas porque los factores que se involucran en el consumo son muy distintos en estos grupos. Además, existe un doble estigma hacia las mujeres consumidoras: por un lado, por el hecho de consumir, y por otro, por no cumplir el rol que se les ha asignado socialmente.

Mirar el fenómeno de las drogas con perspectiva de género va mucho más allá de desagregar los datos epidemiológicos en hombres y mujeres. Las motivaciones, los efectos, la respuesta social, las dificultades y el acceso a los servicios difieren de lo tradicionalmente pensado solamente para los hombres. Incluir la perspectiva de género también dará cuenta de los factores de riesgo, las motivaciones y las consecuencias que tiene el fenómeno de las drogas para grupos menos estudiados. La violencia y la discriminación serían un eje central de estudio en este enfoque.

En este capítulo se presentan cinco reflexiones acerca del uso de drogas respecto al género y las diversidades sexuales; se repasarán sus particularidades, las posibles causas del consumo y sus factores asociados, así como las consecuencias únicas por las que pasan estas poblaciones. Se abordan los prejuicios asociados al género y su relación con las drogas, así como algunas propuestas de intervención en este campo.

Género, drogas y rock and roll

Psic./Mús. Monty Peiró⁸

Los roles de género, aunque cada vez son más cuestionados y como todo constructo cultural van cambiando, siguen vigentes en nuestra sociedad. condicionando las conductas de hombres y mujeres, el consumo de drogas y por supuesto, también en la visión que la sociedad tiene del consumo de drogas en hombres y en mujeres. Esto provoca que consumir drogas no sea igual para hombres y para mujeres, ni se perciba de la misma manera. Para los hombres, el consumo habitual de ciertas drogas es una conducta social, natural o incluso deseable. Y, de hecho, que un hombre se niegue a consumir ciertas drogas en según qué situaciones o contextos puede menoscabar la percepción de su masculinidad o de su heterosexualidad. Para ellos, iniciarse en el consumo de alcohol y tabaco es prácticamente un rito de paso hacia la edad adulta y, aquellos que se niegan, pueden ser sometidos a cierta presión social dentro de su grupo.

Hace algunos años en España circulaba el anuncio de un *brandy*, su slogan decía “Es cosa de hombres”. Otro ejemplo, en un anuncio más reciente de cerveza, en el que un grupo de mujeres gritaba de la emoción ante un vestidor lleno de zapatos y un grupo de hombres hacía lo mismo ante una habitación llena de cerveza. Actualmente, el consumo de alcohol y otras drogas está más aceptado y extendido en las mujeres. Las representaciones sociales en la publicidad o en el cine no son tan explícitamente sexistas, pero la percepción sigue diferente.

Las mujeres que consumen drogas son socialmente peor percibidas y sufren mayor rechazo que los hombres, por lo que muchas veces son más reacias a visibilizar su problema y a pedir ayuda. También, en el sentido inverso, hay una fetichización de las mujeres que consumen determinadas sustancias concretas como, por ejemplo, la cerveza.

8 Me gustaría aclarar que quizá algunos de los referentes o de los grupos de música que cito pueden ser solo conocidos en España. Yo supongo que el público general los conocerá. Quizá he pecado un poco de localista en ese sentido, pero espero que no sea así.

El estereotipo de la *cool girl* en el cine es esa chica *súper guay*, siempre con un físico heteronormativo, a la que le gusta ver partidos de fútbol, comer hamburguesas y beber cerveza (siempre beber cerveza). Eso la convierte a ojos de los hombres en la chica más atractiva, la que es como uno de ellos. Así, la mujer que bebe cerveza, pero sin pasarse, se percibe como atractiva; tiene que beber, pero no emborracharse demasiado ni tener una conducta de abuso.

Como en cualquier ámbito, los roles que se nos reservan a las mujeres son estrechos, con fronteras y límites difusos y, en ocasiones, son demasiado pequeños para ser habitados. En el mundo de la música, y centrándome en el rock y otros géneros populares consumidos generalmente por los jóvenes, este tipo de patrones asociados a los roles de género y el consumo de drogas son bastante visibles.

Las canciones no solo perpetúan y sostienen los roles de género, sino que estos últimos también influyen en la manera en la que se canta sobre las drogas. Los hombres y las mujeres no hablan del mismo modo del consumo en sus canciones. Por supuesto, también hay diferencias en la percepción que tenemos de su público de los artistas que consumen drogas según su género.

Las drogas son el segundo elemento del trinomio *sexo, drogas y rock and roll*, y eso las convierte en algo sumamente importante dentro del imaginario rockero. No es casual que The Doors tome su nombre de un ensayo de Aldous Huxley que habla de sus experiencias con la mescalina, o que exista todo un estilo conocido como rock psicodélico, basado en hacer música bajo los efectos de las drogas. Los hombres han hecho gala y ostentación directa del consumo de drogas en sus canciones, como un ritual que forma parte de la performatividad del rock, como una conducta romantizada que alude a la libertad, a la experimentación, a la búsqueda y también, en ocasiones, a la decadencia.

Una decadencia igualmente idealizada que se integra en el estereotipo del perdedor, el poeta maldito e irreverente, que bebe porque su novia lo ha dejado o porque es incapaz de integrarse en un mundo demasiado cuadrado para un rebelde como él. Tampoco faltan las canciones que hablan de las consecuencias negativas de los abusos, escritas generalmente tras un periodo de retiro en la India o una clínica de desintoxicación, pero generalmente pertenecen a las etapas más

maduras de los artistas y casi siempre las peor valoradas por crítica y público. ¿A quién le importan los roqueros que hacen yoga?

Recuerdo que en la época en la que trabajé en una empresa de producción de conciertos, una de las cosas que más alucinada me dejó fue que algunos de los músicos fingían estar borrachos o drogados sobre el escenario. Yo me había encargado de montar su camerino y de pedir su catering, por lo que había estado con ellos todo el rato y me constaba que no habían bebido y que, hasta el segundo antes de subir al escenario, su actitud era la de una persona sobria.

Sin embargo, al subir al escenario se transformaban e interpretaban el papel de artista bohemio que tiene problemas con el alcohol. Generalmente eran artistas ya de mediana edad que eran recordados por éxitos de años pasados. Supongo que su público seguía demandando ver a una estrella del rock y no a un señor que hace pilates y se ha tomado un batido de espinacas.

Tenemos como canciones que hablan de drogas: la explícita “Cocaine” escrita por JJ Cale, “Heroin” de The Velvet Underground, “Mr. Brownstone” y “Nightrain” de Guns N’ Roses, “Snowblind” de Black Sabbath, “Cigarettes & alcohol” de Oasis, “Lucy in the sky with diamonds” de los Beatles o, en el rock en castellano, “Litros de alcohol” de Ramoncín, “Voy a acabar borracho” de Platero y tú, “Vicio” de Reincidentes, “Cannabis” de los Ska-P, “Marihuana” de Los porretas, “Mescalina” de Los rebeldes, “Voy a beber hasta perder el control” de Los secretos, “Algo más fuerte” de M-clan, “Clavado en un bar” de Maná, “Paqui Pa’lla” de La fuga o cualquier canción de los primeros discos de Melendi, por citar algunos ejemplos entre miles de ellos.

Es curioso porque me he dado cuenta, al momento de escribir esta lista, de que la parte de rock en castellano coincide con el repertorio de la última parte de cualquier orquesta de verbena. Aquí en España tenemos unas formaciones musicales que son las orquestas. Son agrupaciones que tocan en los pueblos y que tienen mucha actividad en las fiestas y son una parte muy importante en la cultura festiva y musical.

Yo trabajé cantando en estas orquestas, que son bandas de versiones, durante 11 años y en su día me llamaba la atención esta cuestión de la exaltación de las drogas en los repertorios festivos. La gente sale de

fiesta y quiere cantar canciones alegres sobre estar borracho, como una especie de meta-referencia. Todas estas canciones que tocábamos eran compuestas e interpretadas por hombres.

De hecho, muchos de los grupos y artistas de rock masculino incluyen referencias a las drogas en sus propios nombres. Como se constató con Los porretas, Soziedad Alkoholika (cuya canción “Cervezas y porros” es todo un himno), La maravillosa orquesta del alcohol, Narco o “El Drogas”, bajista y cantante de la mítica banda Barricada. Sin embargo, no recuerdo haber tocado nunca un himno festivo sobre estar borracha o drogada escrito por una mujer. Hasta el cántico feminista “Sola borracha quiero llegar a casa”, que era un eslogan contra la violencia sexual, fue criticado por mucha gente por incluir la palabra *borracha* porque no estaba bien visto que las mujeres gritaran alegremente que iban a embriagarse.

Las únicas canciones en español, cantadas por mujeres que hicieran referencia al consumo de drogas en aquellos repertorios de la orquesta, eran “Bailando” de Alaska, donde decía que se pasaba el día bebiendo, y “Hoy no me puedo levantar” de Mecano, donde Ana Torroja aseguraba haberse pasado el fin de semana bebiendo y fumando. También recuerdo aquella “Me voy de fiesta” de Belén Arjona, del año 2003, en la que anunciaba que iba cargada de copas y casi sin ropa, pero tampoco alcanzó la categoría de súper éxito.

Recientemente, Las Sexpeares, de la escena española de rock underground, lanzaron “No vuelvo a beber”, un himno en el que se habla sin tapujos del consumo de alcohol. Y, aunque algunas mujeres como estas han hablado de consumir alcohol, queda claro que la mayoría de las canciones famosas que hablan de drogas están escritas por hombres y que, además, ellos hablan sin tapujos sobre todo tipo de sustancias.

Sin embargo, en la cultura popular española los referentes alcohólicos son mujeres músicas. Decimos como sinónimo de estar borracho, *ponerse como Las Grecas* y no *ponerse como Los Beatles*. O también decimos: *ir más borracho que Massiel* y no *más borracho que Melendi*. Es curioso porque en muchas de las canciones escritas por hombres, frente al tono festivo y hedonista que utilizan para hablar de su propio consumo de drogas, aparece un estereotipo que se repite en muchísimas canciones, creando un tropo narrativo sobre la mujer que bebe, se

droga y acaba mal. O incluso en muchos de estos ejemplos aparecen las mujeres ejerciendo la prostitución, con la moralina de fondo de que las beben o se drogan son malas mujeres que arruinan su vida.

Muchas de ellas son descritas como mujeres fatales que de jóvenes han sido bellísimas, que lo han tenido todo, pero acaban perdiéndolo y se han quedado solas por haber sido malas mujeres que beben y viven la noche. “Golfá” de Extremoduro, “Dolores se llamaba Lola” de Los Suaves, “Lola” de Cicatriz o la “Lola” de Café Quijano. La tendencia en sus títulos porque, como *Lola* rima con *sola*, se les facilita la elección del nombre. También “Princesa” o “Barbie Superstar” de Joaquín Sabina. Loquillo tiene unas cuantas: “Todo el mundo ama a Isabel” o «Las Chicas de Roxy”, mujeres que fuman, beben y hablan con los hombres en un ambiente decadente y sórdido.

Parece que se salvan “La flaca” de Jarabe de palo —que bebía, se lo pasaba bien y ya está— y “Lady Madrid” de Pereza, de la que, pese a que era más viciosa que ninguna, no tenemos alguna noticia de que acabara sumida en la espiral de decadencia de sus compañeras.

En el caso de las mujeres, cuesta bastante encontrar referencias tan explícitas. ¿Alguien se imagina a una cantante llamada “La Drogas» teniendo una carrera respetada y seria? Si bien las mujeres, por supuesto, han cantado sobre drogas y alcohol, lo hacen menos y generalmente de una manera menos explícita.

En ocasiones hablan sobre historias de terceras personas que se drogan o cuentan una historia trágica con las sustancias como trasfondo. Pero no es muy habitual encontrar canciones sobre autoconsumo escritas por mujeres en tono festivo, reconociendo sin complejos su uso. Las hay, pero hasta hace algunos años eran difíciles de encontrar.

Bonnie Raitt, reconoce en “Guilty” que ha bebido y consumido cocaína para superar una ruptura; Brody Dalle habla de la heroína en “Desperate”; Bessy Smith, en 1933, cantaba “Gimme a pigfoot and a bottle of beer”; Dinah Washington, en 1962, cantaba “Drinking again” o Carmen McRae en “I’m always drunk in San Francisco”. Pero, aunque se presenten estos ejemplos, definitivamente cuesta más encontrarlas y es más habitual encontrar guiños, metáforas y juegos de palabras, como cuando Madonna sacó su disco “MDNA” y algunos vieron un guiño al MDMA. La canción “No sé qué me das” de

Fangoria, de la que se dice que también habla de drogas, o el famoso “Barco a Venus” de Mecano frente a la absoluta literalidad de “Saco un papelillo, me preparo un cigarrillo y una china pal canuto de hachís” de Ska-P o “litros de alcohol corren por mis venas” de Ramoncín.

Es curioso que las carreras de aquellas músicas que han hablado de sus problemas con las adicciones de manera abierta y explícita han quedado irremediabilmente marcadas por el consumo de drogas. Este el rasgo que continuamente se destaca en sus biografías y ha opacado aspectos mucho más importantes de sus carreras, como ocurre en el caso de Janis Joplin o Amy Winehouse.

Las celebridades femeninas están sometidas a estándares de comportamiento especialmente altos y el sexo, las drogas y otros comportamientos supuestamente hedonistas se consideran poco femeninos. Quizás esto explica por qué muchas mujeres parecen evitar las referencias a las drogas y por qué las que las hacen transmiten una imagen especial como de *I don't give a fuck*. Podría ser el caso de Amy Winehouse, de Courtney Love o de Brody Dalle, quienes incluyen constantes referencias a las drogas en sus canciones y no son especialmente percibidas como femeninas.

Este cliché del *canallita*, por ejemplo, que en el rock español se utiliza mucho para describir a este tipo de hombres que hacen apología a las drogas, no existe en las mujeres. A ellos les permite no solo dar lecciones y moralinas a mujeres que beben y se drogan, sino también mostrar públicamente sus adicciones. Ellos tienen que provocar que un avión altere su ruta o tener sexo con un tiburón como la leyenda Led Zeppelin para que la gente opine que están yendo demasiado lejos con las drogas.

Pero Amaya Montero, la ex cantante de La oreja de Van Gogh, solo necesitó un mal concierto bajo los efectos del alcohol para arrastrar el estigma de alcohólica durante toda su vida. Podéis probar a poner *cantante borracha* en Google y ver lo que sale, frente a cantantes como Yosi, de Los suaves, cuyo alcoholismo notorio (que ni siquiera es el rasgo destacado de la banda) no le ha impedido nunca desarrollar su carrera.

Hace poco vi el documental de la serie *This is Pop*. En el capítulo dedicado al country, la cantante, compositora y productora Brandi

Carlile se quejaba del escaso reconocimiento de la cantante Tanya Tucker. Achacaba este hecho a sus problemas con las drogas, frente a otros hombres de la misma escena y época que, pese a haber tenido los mismos problemas, no veían sus carreras afectadas por sus adicciones.

Si repetir los patrones masculinos relacionados a fetichizar el consumo de drogas y romantizar el estereotipo del artista maldito es algo deseable que nos acerca a la igualdad o no, es un tema distinto que daría para otro debate.

Bibliografía

- Alaska y los Pegamoides. (1982). *Bailando* [Canción]. En *Grandes éxitos*. Hispavox.
- Anuncios de cervezas. (15 de mayo del 2012). *Heineken 2009 Piensa en verde Gustos de hombres y mujeres* [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=eQ04D0WqGIc>
- Bessie Smith. (1933). *Gimme a pigfoot (and a bottle of beer)* [Canción]. En *Take Me For a Buggy Rid*. OKeh Records
- Bel Arjonna. (2003). *Me voy de fiesta* [Canción]. En *O te mueves o caducas*. Warner Music Spain
- Black Sabbath. (1972). *Snowblind* [Canción]. En *Black Sabbath Vol. 4*. Vertigo Records y Warner Bros.
- Bonnie Raitt. (1973). *Guilty* [Canción]. En *Takin' my time*. Warner Records.
- Café Quijano. (1999). *Lola* [Canción]. En *La extraordinaria paradoja del Sonido Quijano*. Warner Music Spain.
- Carmen McRaen. (1967). *I'm always drunk in San Francisco* [Canción]. En *Ortrait of Carmen*. United Recording Studio
- Cicatriz. (1991). *Lola* [Canción]. En *4 años, 2 meses y 1 día*. Voltaje Music.
- Cotidiano Mujer. (2016). *Teresa Meana – Debate feminista. El lenguaje como territorio de poder* [Archivo de video]. YouTube. <https://youtu.be/2pqFzCrzpB8>

- Dinah Washington. (1962). *Drinking again* [Álbum]. Roulette Records.
- Dunn, S., McFadyen, S., Lenox, R., Parker, T., Kempin, G., Hosken, S., y Joe Mulvihill, J. (Productores ejecutivos). (2021). *This is pop* [Serie de Netflix]. Banger Films; Bell Media Estudios; Eagle Rock Entertainment.
- Extremoduro. (1998). *Golfa* [Canción]. En *Canciones prohibidas*. DRO.
- Ministerio de Sanidad (2007). Campañas 2008 - Alcohol y menores. *El alcohol te destroza por partida doble*. <https://www.sanidad.gob.es/campanas/campanas07/alcoholmenores1.htm>
- Fangoria. (2001). *No sé qué me das* [Canción]. En *Naturaleza muerta*. Subterfuge Records
- Guns N' Roses. (1987). *Mr. Brownstone* [Canción]. En *Appetite for Destruction*. Rumbo Studios, Take One Studio y Can Am Studio.
- Guns N' Roses. (1989). *Nightrain* [Canción]. En *Appetite for Destruction*. Geffen.
- Jarabe de Palo. (1996). *La flaca* [Canción]. En *La flaca*. Parlophone Spain.
- JJ Cale. (1976). *Cocaine* [Canción]. En *Troubadour*. Mercury
- Joaquín Sabina. (1985). *Princesa* [Canción]. En *Juez y parte*. Ariola Records.
- Joaquín Sabina. (1999). *Barbi Superstar* [Canción]. En *19 días y 500 noches*. Ariola Records.
- Kioskerodelantifaz. (28 de octubre del 2009). *Soberano, es cosa de hombres* [Archivo de video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=_zB-BL3bakb8
- La Fuga (2001). *Pa'quí pa,lla* [Canción]. En *La fuga*. EDG Music.
- Las Sexpears. (2016). *No vuelvo a beber* [Canción]. En *Me fui de casa*. Picnic Records
- Los Suaves. (1989). *Dolores se llamaba lola* [Canción]. En *Ese día piensa en mí*. Edigal.

- Los Porretas. (1997). *Marihuana* [Canción]. En *Baladas pa un sordo*. Edel.
- Los Rebeldes. (2010). *Mescalina* [Canción]. En *Noches de luz, días de gas*. Mitik Records.
- Los Secretos (1986). *Quiero beber hasta perder el control* [Canción]. En *El primer cruce*. Producciones Twins
- Loquillo. (1998). *Todo el mundo ama a Isabel* [Canción]. En *Morir en primavera*. Hispavox.
- Loquillo. (2001). *Las chicas del Roxy* [Canción]. En *Feo, fuerte y formal*. Konga Music.
- M-clan. (1997). *Algo más fuerte* [Canción]. En *Coliseum*. MetalWorks.
- Madonna. (2012). *MDNA* [Álbum]. Interscope.
- Maná. (1997). *Clavado en un bar* [Canción]. En *Sueños líquidos*. WEA.
- Mecano. (1982). *Hoy no me puedo levantar* [Canción]. En *Mecano*. CBS.
- Mecano. (1983). *Barco a Venus* [Canción]. En ¿Dónde está el país de las hadas? Discos CBS.
- Oasis. (1994). *Cigarettes & alcohol* [Canción]. En *Definitely Maybe*. Creation Records Big Brother Recordings.
- Pereza. (2009). *Lady Madrid* [Canción]. En *Aviones*. RCA Records.
- Platero y tú. (1991). *Voy acabar borracho* [Canción]. En *Voy acabar borracho*. Wellcome, DRO y Warner Music.
- Ramoncin. (1981). *Litros de alcohol* (Hormigon, mujeres y alcohol) [Canción]. En *Arañando la ciudad*. Parlophone.
- Reincidentes. (1998). *Vicio* [Canción]. En *Algazara*. BMG Ariola y RCA.
- Soziedad Alkoholika (1999). *Cervezas y porros* [Canción]. En *Directo*. Maldito Records.

Ska-P. (1996). *Cannabis* [Canción]. En *El vals del obrero*. RCA.

The Beatles. (1967). *Lucy in the sky with diamonds* [Canción]. En *Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club Band*. Parlophone.

The Distillers. (2002). *Desperate* [Canción]. En *Sing Sing Death House*. Hellcat Records

Velvet Underground. (1967). *Heroin* [Canción]. En *The Velvet Underground & Nico*. TTG Studios.

El género no sólo se escribe con “O”: una mirada hacia la “A” de drogas y la “E” de mujer⁹

Psic./Sex. Manolo Martínez Garrido

Las cuestiones de género y sexualidad normalmente surgen de las necesidades personales de quienes estamos trabajándolas y, en el proceso, detectamos carencias en el desarrollo de nuestro trabajo habitual o en nuestras vidas. A partir de ellas, se generan estos espacios. Yo me decía: la verdad es que no sé cómo intervenir en población LGTB y drogas porque no es un tema específico que he tratado antes, no tengo una investigación al respecto. Tengo que decir que vengo de la prevención, del trabajo con familias, del trabajo en el sistema educativo con profesorado, en diferentes ámbitos y áreas.

Pienso que aquí podría dejar más preguntas que respuestas. Entonces, desde este trabajo que surge de la necesidad propia, lo que me planteo, más que nada, es dejar unas intervenciones, unas miradas sobre el género. Lo que he decidido plantear son unas referencias, unas reflexiones para que vosotras y vosotros decidáis si son pertinentes o no. Porque no significa que, con esto, todos y todas vayamos a integrarlas en el quehacer diario, la mirada del género como necesaria en nuestro trabajo, o que todos vayamos a integrarla de la misma manera. Así pues, ya decidiréis lo importante, lo urgente o lo necesario que supone hacerse cargo de estas cuestiones.

En el mundo del género existen las ya conocidas *gafas violetas*. Específicamente en la cuestión de la prevención, sabemos que los cristales de las gafas violetas también tienen muchos matices. Entonces, la mirada con esta perspectiva de género para las cuestiones de las drogas, que van *hacia* la mujer desde la A (droga) hacia la E (mujer), siempre están ocultas bajo el masculino genérico. Esta O que se supone que nos incluye a todos y a todas, seamos hombres o mujeres.

⁹ La “O” como vocal que generalmente se refiere al masculino. La “A” como vocal que se refiere generalmente al femenino. La “E” como vocal del lenguaje inclusivo que se refiere a la integración del masculino y el femenino. Jugamos con el significado de esas vocales en el lenguaje y las palabras “generO”, “drogAs” y “mujEr”

Hoy en día, desde el trabajo relacionado a la sexualidad, no nos podemos permitir no observar las realidades que se enfrentan directamente con las personas no binarias. La cuestión no binaria no es algo que haya aparecido de repente en la actualidad. El asunto de no figurar en este binarismo de ser hombre o mujer ha aparecido a lo largo de la historia durante mucho tiempo y en muchas culturas. Sabemos que existen en la India y en determinadas tribus en América grupos que tienen más de dos géneros, incluso hasta cinco. Lo que nos hace reconocer que esto no es nada nuevo, no es reciente; lo único que cambia es que ahora empieza a nombrarse.

Hoy en día, hablando con las vocales (la O, la A y la E), es necesario incluir la E. Yo ahora mismo no puedo imaginar las investigaciones dentro de diez o quince años: los libros, las observaciones, que no incluyan esta mirada sobre el no binarismo. Cuando hablo de la E no se trata de incluir el lenguaje inclusivo en nuestra cotidianidad. No se trata de hablar en lenguaje inclusivo, a no ser que tengamos delante, evidentemente, a personas que en ese momento lo necesiten. Entonces ahí sí que sería necesario incluirlo.

No se trata de que la E esté continuamente presente en la cuestión no binaria, ya que no hay solo una identidad no binaria, hay muchas realidades. Lo que no se nombra, claro está, pasa desapercibido como si no existiera. Como lo invisibilizamos, no le damos importancia. Cuando somos minorías en algo, lo primero que debemos hacer es visibilizarnos; convencer de que estamos aquí, hacer que se nos entienda y que se nos valore como reales.

¿Cómo no nos permitiremos ahora tener esa mirada sobre esta realidad? En estos casos, basados tanto en la sexualidad como en el género, no podemos dejarnos llevar por la mayoría, por la generalidad. Debemos observar ampliamente aquello que se presenta ante nosotras. La mujer siempre ha estado anulada o encerrada, sin contacto, en esa O del masculino genérico en la que dicen que estamos incluidas. La A no se encuentra incluida en la O, al igual que la E no se encuentra incluida ni en la A ni en la O. Las concebimos como estructuras separadas, como formas contrarias u opuestas.

Esto, por ejemplo, se hace muy evidente incluso en las enfermedades, en las dolencias: síntomas diferentes en la mujer o el hombre han hecho que, a lo largo de la historia, surjan enfermedades que no

han sido reconocidas o han sido tratadas tarde y mal. Porque la medicación tampoco es la misma, no nos afecta igual.

Un ejemplo claro es la COVID: a lo largo de las vacunaciones, se ha visto cómo a las mujeres les ha afectado de manera diferente, por ejemplo, cuando tomaban hormonas. Eso se debe a que el sujeto valor, el sujeto sobre el que se observa, sobre el que se mira, todavía somos los hombres.

Durante una jornada de género y drogas, cuando uno de los profesionales finalizaba su presentación, dio la palabra al público y una estudiante joven hizo una observación: le habló de cómo, durante toda su trayectoria educativa, no le habían hablado de lo que se estaba tratando desde las perspectivas que se nombraban allí y, por lo tanto, se daba cuenta de cómo eso le podía afectar a ella y a cualquier mujer allí presente. Cuando le respondió el profesional, durante los minutos de su intervención, no utilizó ni siquiera una sola vez pronombres femeninos. Le estaba hablando a la chica, hacía referencia a las mujeres, hablaba de cómo le podía afectar a ellas, pero siempre hacía uso de pronombres masculinos.

La explicación que daba él a la *no utilización* del femenino, es que él era lingüista. ¿Qué significa ser lingüista? Yo me pregunto: ¿cuándo se empezó todo eso del lingüismo? ¿Cuántas mujeres había? ¿Cuántas mujeres estaban referenciadas ahí y cuántas mujeres dijeron *Sí, todas las mujeres estamos referenciadas en el masculino*? Es importantísimo que, desde las personas profesionales, seamos hombres o mujeres, tengamos en cuenta esta perspectiva, esta realidad y hablemos en el modo más adecuado. En cuestión del lenguaje, invito a revisar un vídeo, que se encuentra en YouTube, de Teresa Meana llamado *El lenguaje como territorio de poder*, para ver la importancia después de la utilización del lenguaje. Ya no solo para las investigaciones ni a esa mirada que tenemos a la hora de trabajar, sino para llevarlo a la práctica.

Algo muy importante para tener en cuenta es que el género no solo es hablar de mujeres, no solo es tener una mirada hacia la A. También es revisar ese masculino, es revisar esa O, ese masculino predominante y dominante. Prevenir, incluso con esa mirada a la mujer, ya no es suficiente, sino que resulta escaso. Hay que hacerlo increpando a lo masculino, a esa masculinidad. Por ejemplo, hay una campaña del

Ministerio de Sanidad español, del 2007, en la que al hombre le dicen que es el doble de ridículo cuando está borracho. A la mujer le dicen que es el doble de vulnerable.

El alcohol no vulnerabiliza a ninguna persona. Quiero decir, nos vulnerabiliza, pero no por la diferencia de sexo. No es el alcohol el que me hace vulnerable como mujer. El alcohol no tiene esa capacidad. Quien me hace vulnerable son los hombres, en cuanto a las posibilidades de relaciones sexuales sin consentimiento o planificación, en cuanto a esos abusos de poder ligados a las relaciones sexuales, que es en lo que se centraba la campaña.

Si una mujer borracha, bajo los efectos de cualquier sustancia, en vez de ser acosada, en vez de ser vista como una presa sexual por los hombres de su alrededor con ese comportamiento, estuviera con un grupo de hombres con intención de cuidarla, atenderla y brindarle una ayuda que la saque de cualquier peligro, podríamos decir que la situación sería todo lo contrario a la vulnerabilidad. El alcohol ni vulnerabiliza ni me hace *menos vulnerable a...* Se puede ver que, en esta campaña y en otras, la perspectiva de género queda un poco dañada.

Una nueva forma de entender la masculinidad es la prevención porque atender entender a la mujer como igual, desde la observación que merecemos, nos cuidaría mucho más a todos, todas y todes.

Trabajar con el género, sobre el masculino y el femenino ya es bastante; también lo es trabajar sobre las drogas y sus consecuencias, sus problemas y sus usos, los abusos, los riesgos y la prevención. El género y drogas tienen tanto la O, como la A y la E. La mirada para aprender, para buscar, para interpretar o reinterpretar, es una cuestión que ya no sólo corresponde a la perspectiva de género enfocado en la mujer. También la mirada hacia el hombre es necesaria, porque hay muchos aspectos que cambiar que surgen desde el hombre, desde el sujeto que siempre ha sido priorizado.

Atendiendo a esta O, a esta A y a esta E, dejo en mi conclusión tales cuestiones para que repensemos la necesidad de intervenir en el fenómeno de las drogas.

Bibliografía

- Cotidiano Mujer. (2016). *Teresa Meana – Debate feminista. El lenguaje como territorio de poder* [Archivo de video]. YouTube. <https://you.be/2p-qFzCrzpB8>
- Ministerio de Sanidad. (2007). *El alcohol te destroza por partida doble - Campañas 2007 alcohol y menores*. <https://www.sanidad.gob.es/campanas/campanas07/alcoholmenores1.htm>

Cuerpos de mujeres, el carácter paradójico entre el consumo y el síntoma

Dra.(c) Graciela Ramírez

Quisiera comenzar por situar mis limitaciones, ya que los lectores podrían estar acostumbrados y acostumbradas a escuchar muchas experticias y propuestas clínicas de intervención alrededor del consumo peligroso de sustancias. Yo por mi parte me ocupo de otra clínica, que también se ocupa del cuerpo y que tiene una relación muy estrecha con el amor. Trabajo desde hace 15 años con mujeres cuyas vidas están tomadas por la violencia de pareja en todas sus manifestaciones. Y como nuestra clínica, además de particularizar el sufrimiento, reconoce la transversalización de distintos escenarios sintomáticos, me atrevo a proponer algunas reflexiones y desvaríos basada en las historias de las mujeres que escucho, para dar cuenta de las fracturas entre la imagen y el cuerpo mediadas por el amor y las drogas.

A través del análisis de tres casos paradigmáticos y un esbozo de viñetas clínicas, compartimos los resultados principales de espacios terapéuticos basados en la escucha psicoanalítica que reconoce un retorno a la palabra de las mujeres enredadas en un goce que no reconoce límites. A manera de resultados de seguimiento, se propone algunas pistas que orientan lecturas clínicas paralelas al mandato de los sistemas de salud tradicionales, cuya prioridad son los tratamientos alrededor de la abstinencia como única vía posible de intervención.

Conceptos como *operación farmakon* de Silvie Le Poulichet (2005) y la *fractura del relato en el cuerpo* de Ann Marlowe (2002), permiten repensar modelos de intervención que particularicen las vías posibles de direccionamiento a la cura en casos donde un estrago *psicodélico* insiste en un cuerpo tomado por el amor y las drogas.

Ahora bien, introducida la temática, pensemos que, en nuestra sociedad contemporánea, siempre es relevante retornar a Freud en el texto *Psicología de las masas y análisis del yo*, de 1921, para reconocer el devenir de una oficialización del silencio frente a realidades sociales imperantes como la violencia de género. Un silencio que figura no como un tiempo discursivo, sino como un analgésico. Justamen-

te allí donde irrumpe la protesta en las calles —los gritos de *¡ni una menos!*, *¡nos queremos vivas!* o *¡vamos a quemarlo todo!* — se reconocen paralelamente discursos y actos de una sociedad anestesiada por las *fake news*, el *metaverso* y otras formas *tóxicas* y espeluznantes de perennizar a la violencia de género como un síntoma necesario en la sociedad, a fin de sostener el orden social imperante.

El amor, como lo conocemos desde el ordenamiento patriarcal es, trastoca las relaciones de las mujeres con sus cuerpos, los consumos, las relaciones de pareja y distintas situaciones que ponen en riesgo inequitativo a las mujeres. En 2007 mi buena amiga y primera docente en la formación en Género y Desarrollo, Andreina Torres, ella en su libro “Drogas, cárcel y género en Ecuador: la experiencia de mujeres mulas” (Torres, 2008), propuso a través de las historias de mujeres que sus cuerpos están tan atravesados por el consumo y venta de sustancias, como por el discurso amoroso. Un «discurso amoroso» que permea las relaciones, inclusive en las dinámicas del tráfico y consumo de drogas e influye en las decisiones y acciones que emprenden las mujeres que se insertan en el mismo y deja a las mujeres a merced de unos cuerpos tomados por el amor y las sustancias.

A través de la primera viñeta conoceremos a Rubí, una mujer atrapada entre el encierro por consumo de base de cocaína y el encierro para evitar morir a manos de su expareja:

Rubí tiene casi 40 años, está interna en un centro de tratamiento certificado por a-dicta a la base de cocaína. Es importante reconocer que cursa su tratamiento en uno de los pocos centros oficiales donde se reduce el riesgo de que estas mujeres estén expuestas a vulneraciones de derechos. Está próxima a terminar su tratamiento basado en la desintoxicación y la terapia familiar e individual; afortunadamente, su madre migrante trae euros que le permiten acceder a un tratamiento casi inalcanzable para muchas mujeres. Sin embargo, no puede salir del centro sin encontrar otro lugar de refugio porque tiene activa una demanda en contra de su ex conviviente por violencia en contra de ella y de su hija. Su ex, es un traficante de drogas emergente y ya ha intentado matarla en varias ocasiones, Rubí tiembla de miedo de salir y recaer o de salir y morir por causa de un femicidio. Las redes estatales no siempre funcionan, las redes de protección de la sociedad civil no se alcanzan.

A pesar de todo Rubí no puede dejar de consumir tan fácilmente. Cuando no consume, algo le falta. Como paciente en abstinencia está más segura en su encierro que sana en la calle a merced de su ex.

Del discurso de los pacientes abstinentes, Sylvie Le Poulichet, en 2005, propuso el concepto de *operación farmakon* para designar el acto específico que crea una toxicomanía, más allá del simple consumo de drogas “Sin la droga ahora, es como si me faltara una parte del cuerpo y me doliera... es un miembro fantasma” (Le Poulichet, 2005), afirma la autora. La metáfora del miembro fantasma permite situar el tóxico que falta en el tiempo de la abstinencia, como una suerte de órgano ausente y doloroso, que hace patente la investidura libidinal de zonas corporales.

A Rubí el amor le fracturó algo en relación con su cuerpo y su imagen, pero le dejó un estrago en el mismo que no se llena ni con toda la cocaína del mundo. Más allá de la erotización de su cuerpo se revela en ella un deseo de muerte ignorado por ella misma.

La dicotomía entre lo psíquico y lo orgánico, propiciada en un comienzo por el farmakon, da lugar, en un momento subsiguiente, a la sustancialización de lo psíquico. De modo equivalente aparece una reversibilidad entre “el adentro” y “el afuera”: elementos del “mundo exterior” aparecen como prolongaciones del yo (Le Poulichet, 2005).

Topacio, por otro lado, tiene casi 30 años, es una mujer fit y entrenadora personal de mujeres. Ella refiere sentirse orgullosa cuando las mujeres empiezan a concebirse hermosas y comprometidas con su cuerpo, independientemente de su talla; cuando encuentran hábitos saludables que incluyen una buena alimentación y deporte. Se enamora, su negocio crece, su novio le propone “hacer fotos” con ella y las usuarias de su negocio para ver los resultados del proceso deportivo en su cuerpo. Las fotos circulan, circulan, circulan.

A él le gusta el sexo diferente, propone el consumo de MDMA, cocaína, entre otros, para experimentar. Topacio acepta, siempre ha sido recatada. Al final están solo los dos, ella confía en él. Después de unos meses se experimentaba con 3 hombres, con 4 con 5, ya no sabía con cuántos. Topacio es a-dicta y su novio es su tratante. Cuatro años después, él sigue libre y se quedó con todo el negocio y lo transformó en suyo. Ella tuvo que someterse a varios tratamientos basados en la desintoxicación. Ahora

no consigue trabajo, su cuerpo cambió; está saliendo poco a poco, siempre con miedo de llegar a saber cuánto circuló su imagen y la de las demás. Tampoco quiere saber con cuántos hombres tuvo que acostarse mientras estaba drogada. Ha sido muy difícil probar todos los hechos de violencia de género y trata de personas. Al final la única evidencia se juega en las redes de lo virtual.

Ann Marlowe, en su autobiografía de 2002, propone que “La virtualidad destruye nuestra presunción inconsciente de la linealidad del tiempo. Desanuda la soga de la historia, ya que no parece narrar nada, ni tener quizá un sentido o una interpretación. (...) El orden cronológico ya no parece la manera invariablemente correcta de leer la experiencia” (Marlowe, 2002).

La autora, no obstante, plantea que esta *fractura* del relato de nuestras vidas, esta nueva *organización desorganizada*, es a la que responde el sujeto actual con su propio cuerpo. Un cuerpo que vendría a marcar, a escandir, a introducir con sus ritmos biológicos una cronología — por tanto, una diacronía— en la angustiada sincronía digital. En un espacio en el que no existe pasado ni futuro, en el que sus elementos devienen actuales porque todo está a disposición de un clic de ratón o un toque en una pantalla digital.

Marlowe apunta aquí al *fuera de norma* ubicado en el cuerpo, al que le enchufa un normalizador mediante el objeto droga, la heroína, inductora de un ritmo, una coherencia, una identidad, un *life style*.

Finalmente, la Esmeralda, “La Priscila” como le llaman en las redes. Su novio consumidor de cocaína le pegaba, se acostaba con ella y con otras, le decía que no es suficiente para él. Un día se embarazó y tuvo dudas, consultó con Las Comadres, decidió ser mamá y asistir a terapia.

Una tarde, él se drogó tanto que la persiguió hasta dejarla en el piso, la pateó hasta hacerla abortar. Salió en todos los periódicos, luego la denunciaron por su pregunta a Las Comadres. Su novio es primo de un asambleísta, no fue posible denunciarle por intento de femicidio, salió al cabo de tres meses de la cárcel. En la actualidad es un abogado cocainómano perfectamente adaptado y que se publicita en redes.

Ella estuvo acompañada por más de 3 años por un modelo terapéutico multidimensional que se sostiene a mediano y largo plazo. Incluye los

enganches y desenganches a las sustancias como una posibilidad de direccionamiento a la cura; además, pone un énfasis en la red de apoyo que la sostiene y que no siempre fomenta los famosos insight, sino un continuo apoyo-metabolización de todo lo vivido.

En palabras de José Manuel Álvarez, el psicoanálisis permite crear una trama para hacer frente a la propia fragmentación. Se puede ver la historia personal como un objeto autónomo, y de ahí a ver la vida como una obra de arte. Por cruda y poco rigurosa que sea, no hay un salto demasiado grande (Álvarez, 2022).

La abstinencia develaría entonces que reúne el *miedo a la muerte* y un *amor por lo previsible*, un amor por lo mismo. Es decir, no un amor enlazado al otro —al otro en tanto insustituible, Otro del que no podrás nunca encontrar un sustituto exacto—, sino al contrario: un amor por algo que no deja de ser un *objeto fungible*, y que por ello mismo *nunca te abandona* (Álvarez, 2022).

Con este desvarío concluyo diciendo que las toxicomanías, las adicciones y las relaciones con las sustancias, al igual que las violencias, sí tienen género. Y, por tanto, sus abordajes no pueden dejar de estar atravesados de manera permanente por este enfoque.

Referencias

Álvarez, J. E. (2022). *Desinterpretación*. NODVS, 3-5.

Le Poulichet, S. (2005). *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*. Amorrortu Editores.

Marlowe, A. (2002). *Cómo detener el tiempo. La heroína de la A a la Z*. Ed. Anagrama.

Torres, A. (2008). *Drogas, cárcel y género en el Ecuador: la experiencia de mujeres «mulas»*. Flacso.

La perspectiva de género en el abordaje del uso de drogas y adicciones

MSc. Ana Burgos

Esta intervención señala algunos elementos que creo que son importantes para tener en cuenta a la hora de abordar con perspectiva de género los usos de drogas y las adicciones.

Empezaré ubicando de dónde vengo: trabajo en la Fundación Salud y Comunidad, dentro de dos proyectos denominados *Malva* y *Noctámbul@s*, en Barcelona-España. Aunque nuestros proyectos son de ámbito estatal, trabajamos especialmente en Cataluña.

A continuación, realizaré un sucinto recorrido histórico con la mención de los hechos clave que nos empujaron a trabajar en el ámbito de drogas y las adicciones sin sustancia desde la perspectiva de género. En el año 1999, las compañeras que me precedieron en este trabajo comenzaron a darse cuenta de diversas realidades relacionadas con la falta de incorporación de una mirada de género y feminista en el abordaje de las adicciones:

- Se percataron de que el ámbito de drogas era (y es) un ámbito altamente masculinizado, en el que se identificaba un prototipo de drogodependiente varón con un consumo disruptivo y adicciones a determinadas sustancias ligadas a la asunción de riesgos propia de la masculinidad tradicional. De este modo, se invisibilizaban los consumos de las mujeres: no solo los tipos de sustancias usadas, sino también los patrones de consumo diferentes por cuestión de género, las consecuencias diferenciales —y desiguales— de consumir hacia unas y otros y las penalizaciones mayores que reciben las mujeres que usan drogas.
- También nos dimos cuenta de que las motivaciones para iniciarse o permanecer en los consumos eran diferentes. Mientras que en muchas ocasiones los hombres permanecen en los consumos, y también en otro tipo de adicciones comportamentales, para evadirse y obtener placer o beneficios financieros (en el caso del juego), en numerosos casos las mujeres usaban drogas

como estrategia de afrontamiento de malestares del género y de las violencias que recibían, y continúan recibiendo, por el hecho de serlo. Asimismo, detectamos que los servicios de abordaje de drogodependencias eran muy androcéntricos y adolecían de una gran ceguera de género y, por tanto, no estaban adaptados a las necesidades específicas —que no especiales— por cuestión de género con respecto a las mujeres y otros sujetos feminizados.

De este modo, creamos una línea denominada *Drogas&Género* (www.drogasgenero.info) donde trabajamos, por un lado, en un área de consultoría, formación y evaluación en perspectiva de género materializada en el *Proyecto Malva*. Otra iniciativa creada en 2013 y ubicada en el eje de prevención y reducción de riesgos e investigación es el *Observatorio Noctámbul@*: un proyecto de prevención de violencias sexuales en espacios de ocio nocturno y consumo de drogas. En ese mismo año se ideó y puso en marcha el *Espacio Ariadna*, un recurso residencial de tratamiento y reducción de daños para mujeres que presentan problemáticas tanto asociadas al consumo de sustancias como a las violencias de género; es un servicio para ellas y sus hijos e hijas, si así lo desean. Por último, trabajamos en el eje de incidencia política y sensibilización en género y drogas: en él destaca el impulso de la *Red Género, Drogas y Adicciones* (www.redgeneroydrogas.org), una red de entidades del Estado español especializadas en la materia o que desean incorporar una mirada feminista en sus acciones e intervenciones. También destaca la Comisión de Género de UNAD —la Red de Atención a las Adicciones, del Estado español— en la que trabajamos activamente para que esta perspectiva no se quede solo en el discurso o en la corrección política, sino que atraviese y permee de forma genuina todos los programas y proyectos.

Una vez ubicadas, quería transmitir algunas ideas clave sobre la categoría *género* que en el ámbito de drogas hay que tener especialmente presentes y, a su vez, problematizar algunos mitos:

- Por un lado, es importante señalar que el género no es un tema; es una dimensión que lo permea todo, configura un *eje de organización social* que estructura el mundo y la vida en general de manera binaria y jerarquizada. De esa forma, otorga poder a lo masculino —que se asocia a los hombres— y subordina a las mujeres y a todo aquello asociado a lo femenino.

- Por otro lado, el género no puede limitarse a ser un punto aparte en los proyectos. Tiene que ser un eje que atraviese la definición de los mismos. Los indicadores utilizados, parte del análisis que en ellos se realice, tienen que ser transversales en las diferentes fases de los proyectos y programas, tanto en el diseño, la ejecución, como en el seguimiento y la evaluación.
- Otra idea crucial es que *género* no es igual a *mujeres*: se trata de una relación de poder entre unos y otras. Además, el hecho de trabajar con mujeres no implica hacerlo desde la perspectiva de género; sin ella, se intervendrá con mujeres que usan drogas y se perpetuarán desigualdades o reforzarán estereotipos y roles. Además, también se puede (y se debe) trabajar con tal perspectiva con hombres.
- La categoría *género* no hace referencia a características esenciales o biológicas, sino que atiende a los procesos socioculturales de creación de significado y asignación de valor a la masculinidad y a la feminidad. Es insuficiente hablar de *género* únicamente cuando tratamos de cuestiones biológicas (que tienen además una fuerte dimensión cultural) de corporalidades feminizadas como la gestación o la menstruación.
- Otro punto para tener en cuenta es que las mujeres no somos un colectivo: es imprescindible reconocer la diversidad, la interseccionalidad y el cruce con otros ejes de poder que nos atraviesan, así como la jerarquía entre las propias mujeres. Por ejemplo, no tiene nada que ver trabajar con una mujer migrante en situación irregular, lesbiana, madre en una familia monoparental, con una adicción a un cierto tipo de sustancias, que trabajar, con una mujer blanca, de clase media, heterosexual y con un poder adquisitivo alto. Para ello, es preciso aplicar una mirada interseccional.
- Por último, la perspectiva de género no se limita a describir las diferencias en los consumos o a desagregar los datos por sexo, sino que es una herramienta compleja de análisis. Constituye un paradigma de abordaje de la realidad orientado al cambio social en clave feminista. No estaremos teniendo perspectiva de género si desagregamos datos, reforzamos estereotipos o culpabilizamos a las mujeres cuando sufren violencias bajo el consumo de sustancias: en ese caso, estaremos manteniendo el estatus quo sexo-género patriarcal.

La perspectiva de género es, en definitiva, una herramienta teórica, metodológica y política orientada al cambio social. Recomiendo el material *Miradas feministas al abordaje de drogas*, una guía breve para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de drogas que elaboramos desde el Proyecto en 2020. Allí se explica de manera más amplia y sistematizada qué es la perspectiva de género y cómo podemos implementarla.

Aterricemos todo lo expuesto al ámbito de drogas: ¿por qué y para qué es importante aplicar la perspectiva de género en este ámbito?

- Para analizar los impactos de la socialización de género en los consumos diferenciales entre mujeres, hombres, personas no binarias y otras identidades de género: cómo impactan los mandatos de género, el proceso de aprendizaje de lo que es ser hombre o mujer, de lo que es femenino o masculino o de lo que se sale de la norma, entre otros temas, dentro de los consumos. No solo en el tipo de sustancias que eligen unas y otros, sino también en los patrones de consumo, en los factores de riesgo o de protección o en las motivaciones de inicio y permanencia en los mismos.
- Para obtener explicaciones desde una perspectiva social y constructivista: en muchas ocasiones, en el ámbito de drogas reducimos los hechos sociales a cuestiones biológicas y los esencializamos. Es común escuchar afirmaciones del tipo *las mujeres consumen menos sustancias ilegales es porque son biológicamente más prudentes o más cuidadoras*, y esto no es cierto. La perspectiva de género debe tener en cuenta todos los procesos sociales y culturales que hacen que unas, otros y otras seamos como somos.
- Para atender a las consecuencias del sistema sexo-género en los imaginarios sociales en torno al consumo: los imaginarios sociales hegemónicos penalizan en mayor medida a las mujeres por cuestión de género (prueba de ello son los estigmas de *mala madre o viciosa*). Se trata de imaginarios sexistas que tienen un impacto directo en la salud de las personas que consumen. Por ejemplo, a raíz de estas sanciones de género, muchas mujeres cuentan con menos redes de apoyo o más rechazo por parte de su entorno.
- Para atender a las consecuencias de este sistema en las lógicas de los propios recursos de prevención, de atención y tratamiento y

de reducción de daños, los cuales no están adaptados en muchos casos a la realidad de las mujeres y otros sujetos feminizados, así como en los propios imaginarios de los y las profesionales. Hay que hacer una profunda revisión de cómo las/os propias/os profesionales podemos perpetuar las desigualdades y la opresión si no aplicamos una mirada de género interseccional sobre las personas usuarias y las intervenciones que hacemos con ellas.

- Para asegurar la justicia social y aumentar la efectividad de los programas: está demostrado que si se aplica perspectiva de género en los programas y proyectos estos son más eficaces. Además, con acciones en clave feminista se garantizan los derechos y se fomenta la justicia social.

Centrémonos en las dos primeras razones. La primera, analizar cómo la socialización de género impacta a los usos de drogas desde una perspectiva social y constructivista:

Los resultados estadísticos del EDADES¹⁰ frutos de las encuestas sobre usos de drogas del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, en una población de 15 a 64 años, refleja algunos datos interesantes:

- El consumo de drogas ilegales, así como de alcohol y tabaco, está más extendido entre hombres que entre mujeres. Esto es así porque los consumos están asociados a la asunción de riesgos, un rasgo compatible con las expectativas de la masculinidad. Las mujeres, cuando consumen drogas ilegales, están rompiendo con lo que se espera de ellas. Están transgrediendo algunas normas de género, por lo que no sólo sufren estigma por el hecho de consumir (especialmente si lo hacen de manera problemática), sino que reciben una sanción social por el hecho de ser mujeres.
- El consumo de hipnosedantes y de analgésicos opioides está más extendido entre mujeres. Esto tiene que ver con diferentes hechos sociales: el primero, son drogas más compatibles con las expectativas de la feminidad, ya que su consumo no es tan disruptivo y responden a un patrón feminizado (en el espacio privado y/o en la clandestinidad); segundo, las mujeres son mucho más patologizadas y medicalizadas por cuestión de género; tercero, las mujeres

¹⁰ EDADES: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España

recurren en mayor medida a estas sustancias para hacer frente a los malestares y a la violencia de género que enfrentan.

En la investigación de Raquel Cantos, de Fundación Atenea, *Hombres, mujeres y drogodependencias*, de 2016, la autora nos ofrece una explicación social de las diferencias de género en los consumos problemáticos de drogas. Ella, a lo largo de su trabajo de campo, identifica diferentes mandatos de género para hombres (por ejemplo, gestionar los conflictos desde la violencia o asumir riesgos) y distintos mandatos para mujeres (por ejemplo, ser para otros antes que para una misma o ser principalmente emocional) y analiza cómo estos influyen en muchas dimensiones de los consumos: en el patrón de consumo, en el inicio del consumo, en los efectos, en la percepción de riesgo, en la imagen social, en las relaciones sociales, en el estilo de vida o en el tratamiento, etc.

Centrémonos ahora en las dos últimas razones: en el modo en el que el sistema sexo-género afecta a los imaginarios sociales y profesionales en torno al consumo, así como a la lógica de los propios servicios de abordaje de las drogas y las adicciones.

Es común asociar el consumo de sustancias que realizan las mujeres, especialmente el problemático, a un mal comportamiento femenino en nuestra sociedad patriarcal. Es decir, ciertos consumos son incompatibles con las expectativas de la feminidad, por lo cual se despliegan diferentes sanciones cuando las mujeres usan drogas: *mala madre, viciosa, fracasada, patética*, entre otros apelativos despectivos, son castigos de género y sistemas de control de una feminidad *desviada*. Estos imaginarios punitivos generan diversos impactos y consecuencias que afectan a las mujeres. Especialmente la culpa, elemento crucial a tener en cuenta y trabajar terapéuticamente.

Otras consecuencias del castigo social de género son:

- Un mayor rechazo por parte del entorno en contra de las mujeres que presentan problemas de adicciones.
- Un mayor índice de abandono de las mismas.
- Recurren más tarde y más deterioradas a los tratamientos.
- Tienen más dificultad de adherencia a los tratamientos.

- Se encuentran con barreras de acceso y permanencia a los recursos derivadas de sus lógicas androcéntricas y no están adaptadas a sus realidades.
- Sus consumos están muy invisibilizados.
- Sufren un alto grado de manifestaciones de violencias de género que están relacionadas con el uso de drogas. No de manera causal, sino compleja. Los consumos pueden actuar como antecedentes y consecuentes de las violencias: por un lado, el consumo las puede posicionar en una situación de mayor vulnerabilización social al contar con menor credibilidad y mayor cuestionamiento por parte de la sociedad; por otro, los consumos pueden ser consecuentes, a modo de estrategias de afrontamiento de las violencias.

Finalizo con algunas recomendaciones para incorporar la perspectiva de género en el ámbito de drogas y adicciones:

- Desagregar los datos e interpretarlos desde la perspectiva de género.
- Utilizar indicadores de género en nuestras intervenciones.
- Fomentar la formación de profesionales y voluntariado en teorías feministas del género.
- Desarrollar estrategias duales de abordajes de los consumos: transversalización de género + acciones específicas para mujeres y hombres.
- Elaborar presupuestos con perspectiva de género.
- Revisar normativas para la inclusión de todas las personas en su diversidad.
- Adaptación de los propios espacios y de los recursos con mirada de género.
- Generar espacios de supervisión de profesionales y revisión de prejuicios sexistas.

- Por último, y sobre todo, pongamos a las personas que usan drogas —especialmente a las mujeres, quienes han tenido históricamente menos espacios— en el centro: nada sobre nosotras sin nosotras.

Bibliografía

- Arostegui, E. y Martínez, P. (2021). *Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_DGPNSD_Violencia_genero_abuso_susustancias.pdf
- Bernal, A. (1 de octubre del 2018). *La invisibilidad de las mujeres con adicciones*. <https://www.publico.es/sociedad/finde-invisibilidad-mujeres-adicciones.html>
- Burgos, A. (2020). *Miradas feministas al abordaje de drogas. Guía breve para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de drogas*. Fundación Salud y Comunidad.
- https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Libroto_DrogasGenero_Malva_2020.pdf
- Cantos, R. (2016). *Hombres, Mujeres y Drogodependencias: Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Fundación Atenea. <https://www.drogasgenero.info/documento/hombres-mujeres-drogodependencias-explicacion-social-las-diferencias-genero-consumo-problematico-drogas/>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Encuesta sobre Alcohol y otras drogas en España (EDADES) 2022*. Gobierno de España. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf

Intervención ante la violencia de género en mujeres con trastorno por uso de sustancias

Dra. (c) Gabriela Hernández Mantilla

Empezaré por un marco general para entender desde dónde se planteará la intervención en relación con las mujeres y el trastorno por uso de sustancias. Es importante conocer la prevalencia, aunque exista la idea de que los hombres consumen más que las mujeres. Efectivamente, pese a que es mayor en el género masculino, lo que está sucediendo en la actualidad es que las mujeres son más vulnerables. Inclusive esto está cambiando a nivel de estadísticas, tema que se profundizará más adelante.

Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres son sumamente importantes porque además de tener un trastorno por uso de sustancias, puede presentarse con mayor frecuencia comorbilidad psiquiátrica. Este estado ocurre cuando, además de un trastorno por uso de drogas, se presenta un trastorno mental en el paciente. Además, es más probable que las mujeres sufran violencia de pareja, conductas de alto riesgo que pueden ser sexuales e, incluso, que tienen que ver con la salud reproductiva. Por lo tanto, es sumamente importante reconocer que, por ejemplo, la maternidad no viene a ser un factor de riesgo, sino una condición que muchas veces evita que la mujer pida un acompañamiento terapéutico. Esto se debe a que el sistema de salud muchas veces no está manejado con una perspectiva de género, y su procedimiento consiste en denunciar a esa madre; cuando solicitan una intervención, le quitan a sus hijos, por lo que disminuye la probabilidad de que estas mujeres puedan ingresar a un tratamiento.

Es muy importante lo que se explica en el último Informe Mundial sobre Drogas¹¹, así que no quería dejarlo de lado: 1 de cada 3 usuarios de sustancias psicoactivas es mujer, pero solamente 1 de cada 5 personas que ingresan a un tratamiento es mujer. Entonces, ¿dónde están quedando estas mujeres que no llegan al servicio de atención?

11 Informe Mundial sobre Drogas, elaborado todos los años por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)

Asimismo, es importante hablar sobre las diferencias de sexo, ver cómo influyen dentro de las ciencias de la salud. Efectivamente, para hacer una intervención desde la parte biopsicosocial, económica y cultural, es necesario ver también la parte biológica y reconocer que hay unas diferencias de sexo que van a desencadenar en una respuesta farmacológica en torno al consumo de una sustancia. Los hombres y las mujeres con la misma cantidad de sustancias consumidas van a vivir la experiencia de forma distinta. Van a tener diferentes defectos y van a tener resultados diferentes con relación al trastorno por uso de sustancias que podrían llegar a desarrollar.

A modo de ejemplo: las mujeres se intoxican con dosis más bajas de alcohol que los hombres y esto se da por el metabolismo. Al tener menos agua corporal, incluso con la misma dosis, la proporción de alcohol en sangre resulta mayor; también, la concentración de alcohol deshidrogenasa (enzima cuya función es procesar la sustancia) es menor, lo que provoca que las mujeres tiendan a embriagarse mucho más rápido.

En relación con la nicotina, la evidencia muestra que, en concentraciones plasmáticas, o sea en la sangre de las mujeres hay concentraciones mayores y se alcanzan mucho más rápido que en los hombres. Tomando en cuenta que la nicotina fumada tarda en hacer efecto de 1 a 7 segundos hasta que llega al cerebro, cabe preguntarse qué pasa con las mujeres en el proceso. Este efecto es mucho más rápido y mucho más intenso cuando toman anticonceptivos a base de estrógenos y no anticonceptivos a base de progesterona. Por eso, los profesionales siempre debemos ver las condiciones individuales de quien estamos tratando dentro del proceso de intervención.

Lo que sucede con los estimulantes es sumamente interesante, ya que los hombres llegan a concentraciones elevadas por vía intranasal, pero en las mujeres, el efecto placentero que sienten (el efecto subjetivo, como se le conoce) es mucho más intenso dependiendo de su ciclo menstrual. Esto se da debido a las fases que van desde la fase folicular, la fase ovulatoria y la fase lútea. En la fase folicular, los estrógenos están al alza y la progesterona a la baja; se ha visto que en esta fase las mujeres tienen unos efectos subjetivos, una sensación mucho más placentera. ¿Qué pasa en la fase lútea? Cuando está la progesterona y los estrógenos al alza, los efectos subjetivos disminuyen. Entonces la sensación placentera, por lo tanto, también baja y, según se ha visto, la progesterona podría ser un factor protector para la mujer.

Si bien estamos hablando sucintamente sobre las diferencias de sexo versus género, es necesario reconocer que las distinciones de sexo son importantes, pero las diferencias en la prevalencia de consumo de sustancias están mucho más relacionadas con el género, e incluso con la parte cultural.

Si bien los hombres tienen más acceso a las sustancias que las mujeres en la mayoría de las culturas, cuando se ha visto en la investigación científica que se controla la variable de accesibilidad, las mujeres terminan consumiendo igual que el de los hombres. También, este último grupo presenta mayor abuso, uso y dependencia, pero las actuales estadísticas nos están diciendo que las mujeres jóvenes consumen de igual manera, o inclusive un poco más, en sustancias como el alcohol, cannabis y tabaco. Ese es un punto al que tenemos que prestar atención todos los profesionales de la salud. Los porcentajes correspondientes a sedantes y píldoras de adelgazar son más centrados en mujeres, eso dice mucho con respecto a lo que las mujeres buscan en el consumo: la sedación, estar tranquilas.

Las mujeres corren mayor riesgo de generar dependencia a los opiáceos e inclusive lo hacen cuando tienen una prescripción médica para el dolor. Esta es la actual problemática que tiene Estados Unidos.

Con respecto al inicio del consumo de sustancias, ¿por qué motivo las mujeres empiezan a consumir? Por lo general son por estrategias de afrontamiento, como, por ejemplo, para enfrentar la depresión, la ansiedad, sentimientos negativos. En cambio, los hombres suelen estar influenciados por sus compañeros o por la búsqueda de nuevas sensaciones.

Algo importante a mencionar es el *efecto telescoping*. Lo que sucede es que las mujeres tienden a pasar de un consumo ocasional a un consumo problemático muchísimo más rápido que los hombres. En la progresión del uso, se empieza de un consumo experimental a un consumo ocasional, y avanza a un uso perjudicial y problemático. Las mujeres pasan del uno al otro muy rápido mientras que los hombres se tardan un poco más. Entonces, el *efecto telescoping* es la aceleración en el inicio del consumo hasta tener un consumo problemático. Esto podría explicar por qué muchas mujeres, cuando ya llegan a tratamiento, llegan mal, con problemas médicos, conductuales, psicológicos, etc., porque ellas no buscan atención en un inicio —generalmente por el

estigma social, porque los servicios de salud no tienen una inclusión de género y lo que hacen es buscar atención cuando ya están muy mal—. Es importante prestar atención a esto.

Es importante tomar en cuenta que la violencia sexual y la violencia de género son un problema de salud pública y son una violación a los derechos humanos. La OMS ya ha dicho que alrededor de 1 de cada 3 mujeres en el mundo sufre violencia de género. Es decir, alrededor del 35%, lo cual es una cifra grande. La violencia de género y consumo de drogas están altamente relacionados, pero hay que tomar en cuenta que esto es lo que se ve. Detrás de eso hay una realidad estructural mucho más profunda, que es la que está centrada en la desigualdad de género.

La mujer con un consumo activo (actualmente está consumiendo) que tiende a ser problemático, por lo general, tiene un estado de desestructuración, se encuentra muy inestable. La intervención suele ser más compleja porque muchas veces, por el consumo de sustancias, no son conscientes de la violencia que está ejerciendo su pareja en contra de ellas. Obviamente ser mujer y consumidora son dos condiciones que generan una gran vulnerabilidad en la persona, por lo que se multiplican las situaciones de violencia de género. Al respecto, menciono algunos datos importantes:

Las mujeres en tratamiento por uso de sustancias por lo general son víctimas de violencia de género por su pareja y tienen una incidencia tres veces mayor a la población general.

Hay una alta relación con la adicción y sucesos traumáticos: por ejemplo, el consumo suele empezar después de un suceso traumático como una violación, una situación de incesto o un maltrato continuo por parte de la propia pareja. En estos casos, además de tener una dependencia de sustancias, las mujeres podrían padecer depresión, trastorno de estrés postraumático, aspectos relacionados con la personalidad como condiciones postraumáticas, déficit de solución de problemas, de inadaptación, etc. Entonces, como podemos ver, son una amplia gama de factores que debemos tomar en cuenta.

Como conclusiones de esta parte, podemos ver que las consecuencias persisten cuando el maltrato ha desaparecido. Mientras más severo sea, hay un mayor impacto en la salud física y mental de las víctimas y, asimismo, persisten secuelas en el tiempo de diferentes tipos de

maltrato y de múltiples de episodios de violencia. O sea, la intensidad de la intervención estará relacionada proporcionalmente con el tiempo y tipo de violencia de la que ha sido víctima la paciente.

¿Qué características tienen las mujeres que consumen y, adicionalmente, sufren violencia de género? Además de que pierden sus recursos personales, familiares y sociales, también soportan el juicio social. La designación de género que dice que la mujer tiene que ser madre, ser cuidadora, etc. El perfil que suelen tener estas mujeres es, por ejemplo, por el hecho de ser mujeres, afrontan problemas como el trabajo sexual, la trata, embarazos no deseados, mucho más deterioro físico que el hombre, dependencia emocional como un factor importante, porque por sostener la relación de pareja muchas veces continúan en esa relación de consumo y de violencia.

Las mujeres víctimas de trata son empujadas al consumo con la intención de que aguanten las largas jornadas de trabajo. La misma persona que *está a cargo* les da la sustancia para que se enganchen y puedan seguir trabajando. De esa manera, pueden manipular la situación desde su relación de poder.

La mujer con adicciones encuentra mayores dificultades a la hora de acceder a un servicio de salud especializado. Generalmente se debe a que está doblemente estigmatizada, pero yo diría que lo está hasta tres o cuatro veces más: por ser mujer, por ser consumidora, por sufrir violencia de género, y además de eso, hay que sumar, dependiendo de la situación, el tener una comorbilidad psiquiátrica o, si se es que es el caso, si se trata de una mujer empobrecida. Las estadísticas son bastante alarmantes. Por este estigma que está sobre ellas, suelen creerse merecedoras de ese maltrato.

No ahondaré en los tipos de violencia de género más comunes, pero es notorio que el tipo que más se encuentra presente es la violencia física. Se podría decir que es la que tiene más peso judicial. Conocemos que no debería ser así porque existen otros tipos de violencia muy desestructurantes, como la psicológica, económica, social, sexual, etc.

Ahora explicaré el proceso de intervención que se realiza en la Comunidad Valenciana: cuando se empieza con uno, se realiza en la primera entrevista con las mujeres un sondeo sobre la violencia

de género, pero también es posible hacerlo en cualquier momento del proceso terapéutico. ¿Quién puede hacer esta detección? Todos los trabajadores de salud, no solamente el psicólogo. Aparte de eso, es necesaria una valoración subjetiva, una entrevista estructurada, cuestionarios y saber exactamente dónde están los servicios que intervienen con la paciente: servicios sociales, salud mental, atención primaria, servicios especializados, etcétera.

Si nosotros sabemos que hay una detección negativa, continuamos con el proceso de intervención; pero de saber que hay una detección positiva, podemos derivar a un servicio integral encargado de atender la violencia de género o saber qué lugar de nuestra institución lo atiende. Es necesario confirmar si hay maltrato. En el caso de que esto no esté claro, se sigue con la indagación. Si se trata de un caso positivo, se debe determinar el riesgo que puede tener esa mujer. Si hay un riesgo no extremo o un riesgo extremo, se debe tener un plan de intervención para cada uno de estos casos.

Hay ciertos indicadores de sospecha como: lesiones físicas, recaídas, cambio de pareja, sintomatología psicósomática, enfermedades de transmisión sexual, alteraciones psicológicas como llanto e irritabilidad, indicadores sociales como que la persona está siendo aislada de su familia, la migración, antecedentes de violencia, discapacidad, etcétera. Hay muchos indicadores de sospecha que valen explorar en las pacientes.

¿Qué podemos hacer como profesionales de salud? Facilitar la valoración y la evolución del caso, brindar la valoración del riesgo en cada momento, coordinar con otros profesionales. Atender no solo la violencia actual, sino la del pasado también. Es importante tomar en cuenta que, en muchos casos de mujeres con trastorno por uso de sustancias, pueden no estar conscientes de lo que está ocurriendo.

Si hay posibles casos de trata de mujeres con trastorno por uso de sustancias, es importante preguntar: si ellas tienen el control sobre el dinero que ganan, si deciden ellas dónde trabajar y cuándo trabajar, si están en una situación regular, si tienen en su poder la documentación, si pueden comunicarse libremente con sus amigos y familiares y si es que tienen temor por su bienestar y el de su familia. Si una de estas preguntas obtiene una respuesta afirmativa, en la que se constata que puede estar sucediendo, es necesario derivar a recursos especializados.

Para la entrevista es importante tomar en cuenta que, cuando llega la mujer, el especialista debe estar muy alerta de la actitud que tiene la pareja porque, recordando lo que se mencionó sobre la progresión del uso, puede ser que, si ambos consumen, el hombre no haya llegado en consumo problemático y la mujer sí. Entonces la pareja puede estar teniendo un control sobre la víctima. Esto hay que identificarlo, hay que valorar el lenguaje verbal y no verbal de la mujer, tener una escucha activa, debemos tener en cuenta la demanda que hace la mujer, ¿qué es lo que ella quiere? No lo que nosotros queremos como profesionales. Hay que cuidar mucho las expresiones, mostrar apoyo profesional, incluso respetar las negativas de la usuaria. Evitar la coerción, o sea, querer obligar lo que nosotros pensamos que es lo correcto. Evitar estigmatizar a la víctima, evitar la victimización secundaria. Considero que no culpabilizar es una de las cosas que siempre nos repiten que no hagamos; parece fácil decirlo, pero es importante interiorizarlo. Por eso es relevante implementar sistemas y servicios con enfoque de género, formar profesionales que trabajen a partir de ellos, transmitir claramente que nadie merece sufrir violencia y, de ser el caso, hablar acerca de su ciclo.

¿Qué no se debe hacer? Adoptar actitudes paternalistas, emitir dudas, emitir juicios, dar la impresión de que todo va a estar bien y se va a arreglar fácilmente, dar falsas esperanzas, recomendar, por ejemplo, terapia de pareja o mediación familiar. Estas cosas son importantes a tener en cuenta porque puede ser que se están haciendo dentro de los servicios de salud.

Las sospechas de violencia contra la mujer pueden surgir en cualquier momento del proceso terapéutico, así que es importante que estemos pendientes en relación con lo que pueda estar sucediendo con las usuarias que atendemos.

Bibliografía

Bobzean, S., De Nobrega, A., y Perrotti, L. (2014). Sex differences in the neurobiology of drug addiction. *Experimental Neurology*, 64–74.

Fattore, L., Melis, M., Fadda, P., y Fratta, W. (2014). Sex differences in addictive disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 272–284.

- Fundación Atenea. (2017). *Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde la perspectiva de género*. Fundación Atenea.
- Generalitat Valenciana. (2016). *Guía de Intervención ante la Violencia de Género en Mujeres con Adicciones*. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Martinez Redondo, P. (2009). *Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención*. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente UNAD.
- Socidrogalcohol. (2018). *Guía de adicciones para especialistas en formación*. Socidrogalcohol.
- Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Lligoña, E., Gilbert, L., y Torrens, M. (2015). Intervención grupal para reducir la violencia de género entre consumidoras de drogas. Resultados de un estudio piloto en un centro comunitario de tratamiento de adicciones. *Adicciones*, 27(3), 68-178.
- UNODC. (2022). Consecuencias en materia de políticas. En *Informe mundial sobre las drogas*. Naciones Unidas.

Capítulo 3: Alternativas al tratamiento por uso de sustancias

Introducción

¿Por qué hablamos de alternativas al tratamiento? Cuando nos referimos al consumo de drogas, lo primero que suele venir a la mente es la dependencia a las mismas. Por esto, la siguiente reflexión gira en torno a que la única forma de tratar esas dependencias a través de centros residenciales. En ellos, las personas diagnosticadas con trastornos por uso de sustancias permanecen durante varios meses hasta lograr una abstinencia a las sustancias que les generaron dificultades.

Sin embargo, las intervenciones relacionadas al fenómeno de las drogas abarcan a una población mucho más amplia: desde aquellos que nunca han consumido alcohol u otras drogas hasta los que han tenido consumos problemáticos y que requieren un tratamiento y reinserción social, laboral o educativa.

Cada grupo poblacional requiere el desarrollo de diversas estrategias biopsicosociales, específicas y basadas en la evidencia científica. De hecho, según el National Institute on Drug Abuse (NIDA), de todas las personas que usan drogas, incluidos el alcohol y el tabaco, aproximadamente, el 10% presentará un consumo problemático en algún punto de su vida y requerirá un tratamiento residencial.

A pesar del aparente bajo porcentaje de personas que requerirían este tipo de servicio, la brecha de atención existente para este 10% es muy grande, ya que solo 1 de cada 7 personas puede acceder a un tratamiento adecuado. Si se toma en cuenta que estos datos son de países en los que existe mayor inversión en salud pública, la brecha en los países empobrecidos es mucho más grande.

En este capítulo se detallarán varias estrategias que se emplean con el otro 90% de la población, aquellos casos en los que las personas no necesitan, no quieren o no pueden acceder a un tratamiento por consumo problemático de drogas lícitas o ilícitas.

Intervenciones clínicas e institucionales desde la educación superior

*MSc. Valeria Grijalva
MSc. (c) Verónica Realpe¹²*

Cuando se habla o piensa en el tema del consumo de drogas, de manera casi inmediata se remite a los procesos de consumos problemáticos, en el tratamiento y en la rehabilitación.

Sin embargo, desde nuestro espacio institucional, hemos pensado además en una visión preventiva. Al estar dentro de la Universidad, también es importante pensar en el consumo desde una función, desde un lugar del malestar. Pensando justamente en ello, y en la importancia de analizarlo con relación al lugar desde el que se origina, en el Centro de Psicología Aplicada muchas veces recibimos preocupaciones de quienes están alrededor de la persona que consume. Por ejemplo, padres, madres, parejas o amigos que se cuestionan el lugar de la sustancia para la persona.

Sin embargo, hay que pensar justamente desde el sujeto que consume: ¿dónde se encuentra su malestar? Mismo que puede, o no necesariamente, estar asociado con el consumo de una u otra sustancia.

Se abre entonces este espacio dentro de la visión clínica y psicoanalítica para que sea el sujeto en sí mismo quien pueda hablar de ese malestar, su relación con la sustancia o la motivación para el consumo. Resulta indispensable recordar que quienes buscan un espacio para poder hablar, buscan que no se les hable desde el lado moral o desde la legalidad. Si bien es cierto que existe una ley y no la podemos dejar de lado, también es importante alejarse del ámbito moral, de lo bueno o lo malo, y permitir que el sujeto tenga su propia perspectiva y pueda hablar desde sí mismo de esta relación que se genera con las sustancias.

En el ámbito de la salud, la *adicción* se piensa desde la enfermedad; sin embargo, desde esta visión clínica nosotros podemos pensarlo como

¹² Este texto lo desarrollamos Valeria Grijalva y Verónica Realpe, quienes trabajamos, desde la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), en el Centro de Psicología Aplicada y la Dirección de Bienestar Estudiantil.

un asunto que atañe al sujeto, por una búsqueda de placer o un alejamiento del displacer. Freud afirmaba algo que podemos ver desde la clínica, en varios momentos, situaciones y entornos: que no todo sujeto que consume una sustancia llega a desarrollar una adicción. Aproximadamente el 10% de las personas que consumen drogas llegan a desarrollar lo que actualmente conocemos como consumo problemático de drogas. Entonces vemos que existe una gran cantidad de personas que pueden consumir de otra manera, hablándose, por ejemplo, del consumo experimental, recreativo, etcétera.

Aquí lo importante es pensar justamente en cómo el sujeto puede dar un lugar a esa sustancia dentro de su propia historia, dentro de sus propias vivencias, y es a partir de eso que se puede trabajar con el sujeto.

Y, como se mencionaba en el inicio, si bien dentro de la educación superior no podemos dejar de lado la normativa, sí ha sido posible para nosotros abrir espacios distintos que fomentan y permiten la discusión sobre el tema, desde la prevención y la promoción de la salud. A través de talleres, de espacios de encuentro en los que los estudiantes hablan con otros estudiantes sobre lo que motiva este consumo, intentamos prevenir el desarrollo de consumos problemáticos. Estos espacios, mayormente grupales, en los que los jóvenes hablan con sus pares, nos parecen interesantes para desarrollar la prevención; tal vez no es una alternativa cuando se piensa en espacios de tratamiento, pero es una posibilidad justamente antes de llegar al momento de ser parte de una institución.

Estos espacios grupales que se abren permiten que la persona no se sienta aquejada con que se aborde el consumo desde este tinte moralista, sino que se puede hablar del tema abiertamente. Desde el Centro de Psicología Aplicada en la universidad, proponemos justamente que sea la persona quien se motive a buscar el espacio correspondiente para hablar de ese malestar. En varias ocasiones han venido personas en situación de consumo, de cualquier tipo, mencionando “Me dicen (los otros) que debería tener un tratamiento por el tema del consumo” o “Mis padres me encontraron con que tenía cierta sustancia y están muy preocupados y quieren que haga un tratamiento frente a esta adicción”. Sin embargo, nosotros proponemos un cuestionamiento sobre qué lugar se le está otorgando a ese otro que habla sobre su situación, y si realmente el consumo, que en ocasiones es experimental, genera algún malestar para sí mismo o para un tercero. Si es que existe una preocupación sobre la posibilidad de que la conducta se mantenga

y por eso se quiere trabajar en base a ello o, por otro lado, si se quiere abordar un consumo de mayor tiempo. Por eso mantenemos siempre activo un espacio abierto de escucha.

Lo importante de nuestros espacios ha sido siempre esta invitación a reflexionar sobre desde dónde viene el malestar, desde dónde se gesta esta dificultad o preocupación, para después trabajarlo desde las vivencias y experiencias del sujeto que se relaciona con la sustancia.

Freud tenía la idea de que el consumo de la sustancia no necesariamente se situaba en la búsqueda de felicidad, sino en el deseo de alejarse del displacer. Entonces, porque no en todos los casos se presentan las mismas características, es preciso y de vital importancia abrir un espacio distinto en el que las personas puedan preguntarse, cuestionarse y hablar de la vivencia que los llevó a acercarse a cualquier sustancia.

Es pertinente además hablar sobre las acciones específicas que se han desarrollado dentro de la universidad: algunas investigaciones y otras alternativas que se tienen dentro del espacio de la educación superior.

Como una institución de educación superior que busca abrir la discusión en temas relacionados al uso y consumo de drogas, como el alcohol, pensamos en muchas cosas: prevención, actuación, intervención.

Como Dirección de Bienestar Universitario nos amparamos en la Ley Orgánica de Educación Superior, que nos respalda para implementar acciones afirmativas sobre fenómenos biopsicosociales como este; aunque a veces no podemos solventarlos completamente, como en el caso del consumo problemático, sí podemos ofrecer herramientas, espacios con actividades diferentes y espacios seguros, según las actividades que se realicen.

Para su implementación, es necesario hacer estudios, cuantitativos y cualitativos, ya que sin una línea base no se conoce cuáles son las necesidades de la población ni qué puede implementarse a nivel de prevención, de intervención o atención.

Es así como la universidad cuenta con dos estudios: en el 2017 se hizo un estudio a nivel cuantitativo, cuyo principal objetivo fue averiguar qué drogas se consumían, cuál era la incidencia, cómo estaba el consumo (principalmente de alcohol), qué tanto se ha normalizado entre los

estudiantes de universidad. Este estudio se tituló: *Consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes de la PUCE* y se desarrolló principalmente en la PUCE matriz. Encontramos que se consumía principalmente alcohol, aunque también se conoció el consumo de otras drogas como cannabis, por ejemplo. También se evidenció que la mayoría de los estudiantes estaban conscientes de su consumo.

El estudio se desarrolló con una muestra de aproximadamente 600 estudiantes, en quienes se encontró mayormente un consumo recreativo frente a un consumo problemático. Aunque no descartamos que existen muchos otros factores a nivel familiar, emocional o social que pueden generar que se vuelva realmente un problema.

Complementariamente, un año después, desarrollamos un estudio a nivel cualitativo, centrado en la prevención del uso y consumo de drogas en los estudiantes de la Universidad. Esto se hizo desde la metodología de grupos focales, con estudiantes de diferentes facultades, que nos permitió identificar cómo se presentan los sentimientos, el nivel de bienestar y malestar en los estudiantes, durante su proceso formativo universitario.

Ellos también identificaban lo mismo. En este caso, el uso más recurrente a nivel de sustancias era recreativo. No podían verlo en un nivel más problemático, pero hacían énfasis en que estos resultados no solo estaban relacionados a la sustancia como tal, sino que también había otras implicaciones. Situaciones que afectaban a los estudiantes y se ubicaban a nivel familiar, emocional, inclusive de salud., hay hasta en la adaptación de grupos, por ejemplo, a nivel relacional al que muchas veces el hecho de consumir una sustancia como alcohol, tabaco, etc., es casi un prerrequisito para poder ingresar a un medio social. Entonces, este lazo social, es lo que demandaba que el estudiante pueda tener al menos un cierto conocimiento del cómo está consumiendo alcohol, como de igual manera está consumiendo algún tipo de sustancia y esto le permitía a juntarse al grupo.

De hecho, esta es una realidad que se está vivenciando nuevamente porque, a partir de estos dos estudios, hemos seguido trabajando en situaciones de consumo. Actualmente estamos en dos proyectos bastante fuertes: en uno, trabajamos junto a la Senescyt¹³, entidad que está realizando la creación de un modelo de intervención

13 Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (Ecuador)

preventiva para el fenómeno de las drogas; en el otro, trabajamos en conjunto con otras instituciones de educación superior y con el sector de la Mariscal¹⁴. En este sector estamos viendo algunas medidas para analizar el consumo a nivel de vía pública, porque esto ya no es algo que nos compete solo como universidad, sino también a nivel del sector. Es importante ver que, como institución universitaria, adicionalmente al uso y el consumo, tenemos otros programas como el de acompañamiento integral y educación inclusiva que justo responden a estas necesidades más específicas. Es decir, acompañamiento preventivo en casos emocionales y, de igual manera, en casos familiares, de salud, situaciones de discapacidad que pueden ser vinculantes a la situación de consumo.

Pensemos la situación de consumo no solo como algo aislado, sino como un fenómeno que va a atravesar muchas de las esferas y que va a tener este tipo de intervenciones. Como universidad, ampliar espacios de actividades a nivel cultural y deportiva influye mucho en que los estudiantes puedan encontrar otros espacios recreativos para invertir su tiempo libre en otro tipo de actividades.

Recordemos que la carga académica es fuerte, y que eso también puede causar que se produzca un consumo posiblemente problemático. Ofrecer espacios en los que el estudiante puede encontrar otro tipo de actividades, en los que puede sentirse más seguro, contribuye a que el consumo pueda disminuir y no se vuelva problemático.

Bibliografía

Acurio Velasco, C., Cabezas Guerra, C., Merlyn Sacoto, M.-F., Orbe Nájera, C., y Riera Vásquez, W. (2017). Consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes de la PUCE Quito. 15.

Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.

CES. (2018). *Ley Orgánica de Educación Superior*. Consejo de Educación Superior.

¹⁴ Sector de la ciudad de Quito donde hay una alta concentración de bares, discotecas y sitios de ocio, cercano a tres universidades.

- Dirección General de Estudiantes. (2019). *Programa de Acompañamiento y Educación Inclusiva*. PUCE.
- National Institute on Drug Abuse. (Abril de 2021). *La cocaína – DrugFacts*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina>
- OEA-CICAD. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*. <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>
- OMS. (25 de Mayo de 2022). *Tabaco*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- OPS. (s.f.). *Alcohol*. <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>
- Promoción de la Salud - DBE. (2018). *Prevención del Uso y consumo de drogas en los estudiantes de la PUCE*. 37.
- Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas. (2017-2021). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017 - 2021*. http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/planesNacionales/Ecuador_Plan_Nacional_de_Prevencion_Integral_y_Control_del_Fen%C3%B3meno_Socio_Econ%C3%B3mico_de_las_Drogas_2017_2021.pdf
- UNODC. (2021). *Informe Mundial sobre las Drogas 2021*. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-1.html

Reducción de riesgos y daños: las polémicas medidas que salvan vidas

MSc. Batul Rojeab Bravo

Las acciones de reducción de riesgos y daños del consumo de drogas desde sus inicios han sido polémicas y tienden a escandalizar a ciertos grupos que las interpretan a partir de una óptica moral; esto, a pesar de que su objetivo ha sido siempre precautelar la vida de las personas. Es pertinente hablar sobre ellas, ya que estas acciones son las alternativas al tratamiento que se ponen en marcha en los casos de personas que usan drogas pero que no pueden acceder a un tratamiento, no quieren o no necesitan uno.

Para comenzar, explicaré qué es la reducción de riesgos y daños. Estas son políticas, programas, proyectos y prácticas que tienen por objetivo reducir las consecuencias adversas que pueden ser causadas por el consumo de drogas, tanto en la salud individual, en lo social y en lo económico. Una cosa importante que sucede cuando se implementan estas medidas es que no necesariamente se busca la reducción del consumo, sino que se admite que es parte de la vida y la decisión de muchas personas. Ya se ha mencionado previamente la necesidad de quitarle la moralidad al uso de drogas; si pensamos en el alcohol como una sustancia, como una droga más, nos daremos cuenta de que casi toda la población consume algún tipo de sustancia.

Es importante aclarar que la reducción de riesgos y la reducción de daños tienen algunas diferencias:

La reducción de riesgos, como su nombre lo indica, busca aminorar aquellas situaciones potencialmente peligrosas que están asociados al consumo, por lo que está más cercana a la prevención. Lo que intenta es que, en las personas que todavía no han presentado un consumo problemático, se reduzcan la probabilidad de que haya un daño asociado. Más adelante se explicarán ejemplos de estas medidas.

En la reducción de daños se toma en cuenta que hay algún tipo de afectación. Es decir, que el objetivo es que no haya consecuencias más graves asociadas al consumo en personas en las que ya existe un daño,

sobre todo en su salud. Pero, principalmente, el objetivo radica en precautelar la vida. Está más cercano a la fase asistencial, cuando ya hay consumo o uso problemático.

Desde este enfoque se considera como un riesgo al producto en sí, aunque la droga *per se* no es el problema. La podemos considerar así en relación con la manera en la que se usa: en qué cantidad, con qué frecuencia, en qué circunstancias, de qué modo —es decir, si es, por ejemplo, inyectada, esnifada, fumada, etc.— y si se consume más de una sustancia al mismo tiempo. También hay que considerar como un riesgo el factor ambiental: no es lo mismo consumir o usar una droga en una discoteca con un grupo de amigos a, caso contrario, estar en un lugar peligroso en el que la persona va a perder el control de lo que puede pasarle en el ambiente. Existen otros factores psicosociales asociados que pueden ser de diversa índole. Por ejemplo, los factores familiares, económicos, necesidades poco cubiertas, inseguridad, violencia, expectativas y motivaciones del consumo, etc.

Los proyectos de reducción de riesgos y daños suelen escandalizar debido a que pueden considerarse por muchos sectores como acciones que promueven el uso de drogas. Desde sus inicios, han cambiado la forma en la que los tomadores de decisiones piensan el uso de las drogas y en cómo se atiende a ciertas poblaciones, por lo que permanentemente están bajo el escrutinio público.

Desde esta perspectiva, mientras menor sea el consumo, el riesgo también decrecerá, esto tomando en cuenta que no existe el riesgo cero cuando se usan drogas. Los riesgos no son solo para la persona consumidora, sino también para el entorno. Por lo tanto, mientras más consumo haya, aumenta el riesgo. Esto no significa necesariamente que se va a desarrollar un problema psicosocial o un consumo problemático. Sin embargo, el riesgo crecerá, lo que genera la necesidad de tomar medidas al respecto.

La reducción de riesgos y daños tienen los siguientes objetivos:

- Reducir la propagación de infecciones como el VIH y la hepatitis. De hecho, el principal auge de esta perspectiva fue en los años 80 debido a un grupo de familiares y usuarios de drogas que reclamaron al Estado mejores medidas para ayudarlos. Pidieron que las acciones que se realizaban con las personas usuadoras no fueran

punitivas, sino que se realizaran con un enfoque de salud pública. Las primeras acciones se tomaron por el *boom* de infecciones por VIH. La primera acción de reducción de riesgos y daños fue el intercambio de jeringas.

- Reducir el uso riesgoso asumiendo que las persona o grupos usan sustancias y lo que se pretende es que lo hagan en las condiciones menos inseguras posibles y que se prevengan las muertes por sobredosis, ya que muchas de ellas son prevenibles.
- Proveer educación sobre las drogas. Existe la idea de que hablar sobre drogas va a generar curiosidad, que va a perjudicar o aumentar el consumo. Sin embargo, esto está descartado, ya que la información permite a lxs usuarixs tomar las precauciones necesarias según el tipo de sustancia que vayan a usar y el ambiente en el que se encuentren.
- Aumentar el contacto de los usuarios con los servicios de tratamiento. Es decir, que a través de estas medidas se pueden solventar otras dificultades que puedan estar presentes a nivel psicológico, médico, ocupacional, legal, etc.
- Reducir el estigma asociado a las personas que usan drogas, puesto que todavía sigue muy marcado.

La población a la que van dirigidas estas medidas son personas que usan drogas, que no quieren, no necesitan y/o no pueden dejar de consumir:

Quienes no quieren, son aquellxs que usan drogas y que por su derecho a elegir no van a acceder a un tratamiento en caso de que lo requieran, no quieren dejar de consumir o prefieren no mantenerse abstinentes.

Las personas que no necesitan dejar de consumir son aquellas que están todavía en fases iniciales del consumo o lo hacen de forma recreativa. En otras palabras, la mayoría de las personas que usan en contextos festivos o recreativos y no presentan problemas asociados al uso de drogas.

Las que no pueden dejar de consumir son aquellas personas que ya han pasado por varios procesos de deshabitación, desintoxicación, trata-

mientos, etc., y definitivamente no han mantenido cambios a largo plazo. En estos casos, la persona está consciente de que es un asunto que no va a poder manejarse desde el lado del tratamiento porque ya lo ha probado varias veces.

También hay que considerar los grupos que, además de lo mencionado, tienen características específicas. No todas las acciones se pueden hacer de la misma manera. Por lo tanto, se consideran medidas específicas de reducción de riesgo y daños: con personas privadas de la libertad, personas en situación de calle, personas con sufrimiento psíquico, personas con comorbilidades psiquiátricas, personas del colectivo LGBTIQ+, entre otros. Generalmente estos grupos están expuestos a una profunda discriminación y estigma, lo que muchas veces los lleva a usar drogas como una forma de reducir la angustia que estas situaciones pueden generar. La reducción de riesgos y daños con mujeres debe tomar en cuenta otros aspectos: presencia de trauma por violencia de género, necesidades en otras áreas de su vida (como independencia económica, aspectos hormonales y fisiológicos, razones por las que usan sustancias, entre otros), medidas especiales en embarazadas y/o con hijos de los cuales son las principales cuidadoras. Se realizan acciones específicas también con personas empobrecidas, cuando hay diferencias étnicas, personas migrantes y con microtraficantes. Para todas estas poblaciones se deben pensar medidas específicas que estén alineadas con sus necesidades.

Al tomar en cuenta los modelos basados en varios estudios sobre cómo afectan socialmente y a la salud las normativas que rigen en cada país, encontramos que tanto la ultra prohibición como la promoción comercial de las sustancias generan grandes daños a nivel individual y social. Por otro lado, las que generan menos daños, sobre todo sociales, se evidencian en los países donde hay una regulación estricta de las sustancias. Se ha comprobado que estas medidas funcionan y no es una forma de fomentar el consumo. Al contrario, se logra cuidar la vida y la salud de las personas.

Algunos de los fundamentos de las estrategias de reducción de riesgos y daños son:

- No podemos pretender la desaparición del uso de drogas. El *mundo libre de drogas* no es una realidad que se vaya a cumplir. Lo ejemplifica muy bien el uso del alcohol. No podemos evitar que

haya uso de drogas, entonces desde ahí se plantean las intervenciones.

- En el caso de las personas que usan drogas, que no quieren o no van a acceder a un servicio especializado, hay que respetar la opción individual. Es muy importante empoderar a las personas para que puedan responsabilizarse de las decisiones que tienen en este campo.
- La información objetiva no va a incentivar el uso de drogas.
- Estas medidas siempre van a tener un fuerte compromiso con la salud pública, la dignidad de las personas y los Derechos Humanos. No se puede vulnerar y mucho menos tener actitudes paternalistas en los casos en los que se trabaja con población usuadora de drogas.
- La mayoría de las personas que usan drogas no van a necesitar tratamiento, pero existen muchas otras acciones que se pueden y se deben realizar con esta población.
- Los daños son multidireccionales, no solo afectarán a la persona, sino al contexto social y pueden evitarse o atenuarse sin eliminar el consumo.
- También se habla de que no existe el riesgo cero al usar drogas. No se plantea que si se usa de cierto modo no van a haber consecuencias. Sin embargo, sí se pueden reducir.
- Las intervenciones tienen que ajustarse a las personas, no al revés. También se fomenta que las acciones en el campo sean realizadas con mayores de edad, cuando ya hay una capacidad de decidir sobre el consumo.
- Sensibilizar y formar a los profesionales que trabajan en estos servicios para que no haya un prejuicio con la población. Esto, de no realizarse, podría ser contraproducente.
- Los riesgos que se asocian al consumo se van a maximizar con las políticas prohibicionistas.

- Las acciones de reducción de riesgos y daños no son formas de trivializar el consumo o el uso de drogas. Al contrario, la idea es responsabilizar al usuario sobre sus propias decisiones y aquello que plantea para su vida.
- Involucrar al usuario en la construcción de los programas en este ámbito. La elaboración de políticas en reducción de riesgos y daños tiene que involucrar a los usuarios porque, quienes deciden qué hacer desde sus escritorios, pueden no tener el conocimiento completo de qué es lo que necesita la población a la que se están dirigiendo.
- Siempre hay que evaluar las acciones. No lanzarlas y esperar que sea lo mejor, sino evaluar si realmente están funcionando.
- -Es indudable que el consumo genera placer o beneficios secundarios. Si no fuera de esta manera, nadie consumiría drogas. Hay que tomar en cuenta que, si alguien usa una sustancia, tiene un beneficio secundario, a pesar de que a largo plazo esto le pueda generar algún daño. Generalmente se inicia por fines recreativos, por lo que la característica placentera se toma en cuenta.
- Las intervenciones tendrán que evitar a toda costa los sesgos culturales o la imposición de los estilos de vida que creemos que son los mejores.

Luego de este breve resumen de los principios en los que se basa la reducción de riesgos y daños, se explicará brevemente cuáles son las acciones más frecuentes que se hacen desde este modelo.

Reducción de daños

Como se mencionó, la reducción de daños se implementa en grupos o personas que ya presentan afectaciones asociadas al uso de drogas. Existen acciones como:

Programas de intercambio de jeringas: estos programas se realizan en su mayoría con usuarios de drogas inyectables, y principalmente se les da acceso a jeringas estériles. En principio se hacía solo el intercambio y el proceso de descartar la jeringa de manera adecuada. Sin embargo, ahora en muchos lugares del mundo también se da a los usuarios una orientación (sobre temas psicológicos, legales, etc.), se les deriva a los ser-

vicios específicos en caso de necesitarlos, se les ayuda a conseguir trabajo y otras acciones acordes a sus necesidades. Hay un trabajo coordinado con diversas instancias que les permiten acceder a otros servicios. En los kits que se suelen entregar, vienen instrucciones para hacerlo adecuadamente, se les brinda no solamente las jeringas, sino toda la parafernalia, excepto la sustancia. La persona trae la sustancia, pero se le brinda todo lo necesario para que el uso sea de la manera más apropiada posible. Sabemos que no hay una forma segura, pero se lo trata de hacer con el menor daño. Además, se les provee condones, agua, desinfectante y, hoy en día, mascarillas en caso de que así lo requieran.

Lo que se ha logrado con los programas de intercambio de jeringas es que haya menos personas que comparten las jeringas, menos infecciones asociadas al uso de drogas inyectables, el desecho adecuado estos productos, que haya una derivación a otros servicios si es que así lo requiere la persona y que se atiendan necesidades médicas, psicológicas, sociales que puedan tener.

Programas de sustitución de opioides: generalmente los opioides son las sustancias que más dificultades generan para mantener la abstinencia. Se suple esta sustancia por un fármaco agonista. Esto quiere decir que tiene un efecto parecido pero que no genera el daño asociado, por ejemplo, a una droga inyectable. Después de una valoración psicosocial y biológica de la persona, este tipo de acciones se implementan en los casos en los que ya no se ha podido conseguir la abstinencia o la persona ya ha pasado por muchos tratamientos y no ha podido dejar de consumir por completo. El programa de sustitución de opioides puede tomarse en algunos casos como el inicio de un tratamiento o el objetivo del tratamiento. Entonces, se va bajando la frecuencia y cantidad de la sustancia poco a poco o la persona se mantiene con su fármaco agonista sin que esto genere todos los daños asociados a las drogas inyectables. Además, es el tratamiento más exitoso para los usuarios de opioides, es cómo se ha conseguido que otros aspectos de la vida de la persona puedan mejorar. Como resultados tenemos que hay menor consumo de opiáceos, menos intoxicaciones y menos sobredosis, también menos casos de infección por VIH porque ya no utilizan inyecciones. Evidentemente, va a mejorar la calidad de vida y la situación psicosocial de la persona.

Equipos móviles: tomando en cuenta el principio de que hay que acercarse a los usuarios, existen en varios países del mundo equipos móviles

para programas de sustitución de opioides que van a los sectores donde usualmente se encuentra mayor tendencia de consumo. A partir de un registro o identificación realizada previamente se les proporciona una dosis de agonistas opioides y las personas se mantienen sin el síndrome de abstinencia y sin haber utilizado la sustancia de manera insegura.

Salas de consumo: esta es una de las medidas más polémicas, ya que literalmente son salas donde las personas van a usar drogas. Aquí lo que se hace es darles todo el material estéril para usar excepto la sustancia, al igual que en el caso del intercambio de jeringas. Hay profesionales de medicina, de enfermería y de psicología que brindan la atención a las personas para que puedan usar la sustancia de la manera menos insegura. Además, se les motiva a que, si así lo desean, puedan seguir un tratamiento y se les deriva a otros servicios según lo que necesiten. Estos servicios pueden ser legales, sociales y laborales. Si necesitan dejar a sus hijos en algún lugar, existen espacios específicos para recibirlos. Para las salas de consumo también hay equipos móviles que se trasladan a lugares con alta afluencia de usuarios.

Atención sanitaria básica este servicio no es exclusivo para personas que usan drogas, sino también está disponible para otras que están en situación de exclusión, como pueden ser migrantes, personas que viven en situación de calle, etcétera. La idea es que existan equipos móviles que puedan atender situaciones psicosociales que presentan los usuarios del servicio. Hay centros llamados *de baja exigencia*, en donde pueden ir a quedarse una noche, tener comida caliente, utilizar lavadoras, tomar préstamos de ropa limpia, curarse heridas y recibir atención psicológica, ginecológica y otras. Esto, va a cambiar totalmente la calidad de vida de quienes accedan a este servicio.

Reducción de riesgos

Como se mencionó, la reducción de riesgos está más cercana a la prevención, generalmente se hace con personas que utilizan recreativamente.

Medios virtuales: hay varios que invito a buscar. Por ejemplo, fuentes de información confiables sobre drogas. En este caso hay que ser bastante cuidadosos porque hay mucha información en internet que no está validada o que está basada en criterios poco confiables. Hay sitios que pueden identificar los riesgos del consumo actual de la persona

desde una autoevaluación. La persona ingresa algunos datos —por ejemplo, la frecuencia, la cantidad, en qué momentos consume— y más o menos la página identifica el riesgo de desarrollar alguna dificultad de salud o psicosocial. La página web, *Lugo y las drogas*¹⁵, por ejemplo, es un títere que habla sobre el consumo y de cómo cuidarse cuando se está pensando en usar alguna droga.

La página de *Drugslab*¹⁶ está patrocinada por el Ministerio de Salud de Holanda. No comentaré mucho sobre esta para que quede la duda y se pueda hacer una búsqueda personal de sus videos. Es muy interesante porque en ella se habla abiertamente del tema del consumo. La recomiendo visitar a quienes estén interesados en ver los efectos inmediatos de varias sustancias, así como las precauciones que se deben tomar.

También hay aplicaciones como *Drinks meter*¹⁷ y *Drugs meter*¹⁸ que permiten saber cuánto dinero se está gastando en las diferentes sustancias, cuántas calorías aportan el uso de ciertas drogas y qué riesgos individuales tiene la persona en comparación a otros usuarios del mismo país que también han usado la aplicación.

Cabe mencionar también a la página web de nuestros colegas de Colombia, con el proyecto *Échele cabeza*¹⁹, en la que hay mucha información sobre, por ejemplo, cuándo realizar *détox* de las sustancias, los peligros de ciertas mezclas, información general de cada sustancia, alertas psicoactivas, etc.

Medios recreativos y de ocio nocturno: se considera medio recreativo a cualquier espacio de ocio nocturno (festival, discoteca, bares, etc.), para atender a estos espacios se arman delegaciones especiales y controlar todo lo que sucede en la vida nocturna. Se mapean los centros de ocio: dónde quedan, cuáles son las mejores rutas para ir, cómo llegar seguros. Se involucra a los tomadores de decisión, se los lleva a los sitios para que ellos los conozcan de primera mano, a ver lo que sucede y evitar que sus decisiones se realicen desde el vacío o desde sus prejuicios.

15 <https://www.youtube.com/channel/UCaUA0uz6DfwYObE6TKyCbEg>

16 <https://www.youtube.com/c/drugslab>

17 <https://www.drinksmeter.com/>

18 <https://www.drugsmeter.com/>

19 <https://www.echelecabeza.com/>

cios. Se fomenta, de la misma manera, la formación a las personas que administran y trabajan en centros de ocio en servicio responsable de alcohol y de prevención de temas relacionados a abusos sexuales.

Programas con pares: estos fomentan la formación de los propios usuarios de drogas para que ellos sean los que accedan a la población y sea mucho más cercano el trato. Además de lograr mejores resultados para que más usuarios utilicen los servicios, esto permite a quienes forman parte recibir un ingreso económico, beneficios de ley, formación en varios temas relacionados a su autocuidado y el de los demás.

Entrega de material gratuito: es muy común la entrega de material informativo sobre diferentes drogas. Muchos programas incluyen la entrega de parafernalia en los bares o en los festivales para las principales sustancias que se usan en esos contextos. Adicionalmente, se brinda acceso a taponos para oídos y a condones.

Acceso a puntos de hidratación: en muchos países se ha logrado que las personas puedan tomar agua gratuitamente y que no tengan que pagar mucho dinero para que reduzcan el riesgo que se asocia al consumo de alguna sustancia, sobre todo del alcohol. Esto permite que las personas no se deshidraten, pero adicionalmente dichos puntos de agua son una buena oportunidad para sondear el estado de salud de la persona y asistirle si es necesario. En algunos casos, cuentan con la presencia de profesionales en el campo de la salud, salud mental y otras personas formadas en reducción de riesgos para informar y asistir a las personas que se acercan.

Laboratorios móviles: en estos espacios las personas literalmente llevan la sustancia que van a consumir y la pueden testear. Estos laboratorios están equipados para detectar las principales sustancias y sobre todo si lo que la persona va a usar es realmente lo que quiso adquirir. Si el resultado del testeado sale adulterado, se informa sobre los riesgos de tomar la sustancia y las medidas de seguridad que debe considerar si pese a conocer esta información, la persona todavía quiere usar la sustancia.

Reconocimiento a las buenas prácticas: existen organizaciones que otorgan sellos de calidad a bares y discotecas con buenas prácticas. Se requieren de unos mínimos para poder tenerlo y se hace mucha publicidad para que, quienes asisten a estos centros de ocio, sepan

que acuden a lugares seguros. Generalmente estos requisitos incluyen combinar los protocolos de prevención de abusos sexuales, servicio responsable de alcohol, entrega de parafernalia gratuita y también, cómo evitar el regreso a domicilio peligroso para los trabajadores del ocio nocturno y las personas que asisten.

Investigación: existen organizaciones que realizan sondeos y generan datos sobre el uso de drogas en contextos recreativos. Un ejemplo de estos es el *Observatorio Noctámbul@s*²⁰. Ellas investigan anualmente acerca de la relación de la violencia sexual y el consumo de drogas en dichos medios. Otro ejemplo es *Harm Reduction International*²¹ quienes realizan un análisis de las acciones relacionadas a los temas de reducción de riesgos y daños que tiene cada país. En Latinoamérica casi ningún país tiene medidas.

Eso me lleva a una última reflexión, que se la dejo al lector/a: ¿es necesario que nos involucremos en las políticas y programas que se implementan (o no) en el ámbito de drogas? ¿Qué podemos hacer como sociedad civil? ¿Qué pueden hacer lxs usuarixs, las familias, los profesionales de la salud, quienes asisten a centros de ocio y presencian situaciones de riesgo? ¿Qué pueden hacer lxs estudiantes? Y, por último, ¿qué pueden hacer los tomadores de decisión? Son reflexiones que me planteo debido a que el fenómeno de las drogas indiscutiblemente nos concierne a todos y a todas. Habrá que preguntarse hasta qué punto concierne a cada unx. También cuáles son las formas en las que la sociedad puede organizarse para exigir que se tomen en cuenta alternativas a las acciones punitivas, discriminatorias, que al final del día aumentan los riesgos y los daños de lxs usuarixs de drogas.

Bibliografía

Harm Reduction International. (2018). *What is harm reduction?* <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>

Harm Reduction International. (2018). *Women and harm reduction*. Harm Reduction International.

20 <https://www.drogasgenero.info/noctambulas/>

21 <https://hri.global/>

Malinowska-Sempruch, K., y Lohman, D. (2022). *From drug prohibition to regulation: a public health imperative*. The Lancet.

NEWIP. (s.f.). *Serious Games in nightlife settings*. The health program of the European Union

Rigoni, R., Tammi, T., Van der Gouwe, D., Oberzil, V., Csak, R., y Schatz, E. (2021) *Civil Society Monitoring of Harm Reduction in Europe, 2020. Executive Summary*. Amsterdam, Correlation – European Harm Reduction Network.

RIOD. (2018). *La Reducción de Daños en la intervención con drogas*. RIOD.

RIOD. (2019). *PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN de riesgos asociados al consumo de drogas y las adicciones entre la población joven*. WAM ADS.

RIOD. (2021). *La perspectiva de género en el ámbito de las drogas y las adicciones*. WAM.

La mejor alternativa al tratamiento es que no haga falta tratar: el papel de la prevención en las adicciones

Dr. José Giménez Costa

Empezaré realizando un *rebobinado* porque iré al principio. Voy a ir a lo básico de la prevención, debido a que muchos estamos haciéndola, pero a lo mejor deberíamos repensar lo que estamos haciendo. Deberíamos de vez en cuando pararnos a analizar a qué le llamamos *prevención* y a qué le estamos dedicando el tiempo.

Empezaré contando dos historias que podrían parecer que no se relacionarán con la prevención y las adicciones. Imaginémos que hemos estado ahorrando durante mucho tiempo, hemos conseguido bastante dinero y nos hemos permitido el capricho de comprarnos una máquina del tiempo, la mejor de la historia. Queremos comprobar si podemos regresar unos años para poder decirle dos palabras a la persona que se comió por primera vez un animal en China y causó la pandemia que hemos tenido. Nos compramos la máquina del tiempo y, como tenemos prisa y ganas por comprobar que todo funcione, para ir lo más rápidamente posible atrás en el tiempo... ¿nos leemos los libros de instrucciones para manejar la máquina? Si no leemos ninguno, ni el del DVD ni el del horno, ¿cómo vamos a aprender el de nuestra máquina del tiempo? Está claro, tenemos aquí todos los botones, los presionamos y, evidentemente, lo que pasa es que nos vamos de cabeza, nos enojamos muchísimo. ¿Y qué es lo primero que nos viene a la cabeza? *Esta máquina no funciona.*

Llevemos esto a la prevención y pensemos. A mí me gusta preguntar mucho a mis alumnos en el Máster de drogodependencias donde imparto clase: ¿la prevención funciona o no funciona? Sin embargo, ¿qué es lo que normalmente suelen decir los alumnos como partícipes de esa prevención? Responden: “La prevención, a mí por lo menos, la que me han hecho no me funciona”, y es mentira. La prevención sí funciona, pero es posible que debamos aprender esos libros de instrucciones. Esta es una de las cosas que muy brevemente voy a intentar mencionar aquí.

La segunda historia que quería contar tiene que ver con los bombarderos aliados en la Segunda Guerra Mundial. Los alemanes estaban mucho más preparados que los demás países presentes en la guerra. En el aire tenían unos cazas mucho más preparados, se cargaban a los bombarderos y los hacían polvo. Además, los bombarderos, para poder llevar un mayor número de bombas y ser más efectivos, tuvieron que descargarlos de peso y esto implicaba reducir el fuselaje y, por lo tanto, la protección que tenían. Alguien dijo “Bueno, pues si queremos crear bombarderos y ponerles un poco más de protección, debemos analizar a los bombarderos que vuelven. ¿Cuáles son los disparos que tienen?”. Mandaron a un comité de expertos a hacer un dibujo en el que se presentaran los disparos de los bombarderos que volvían. A partir de estos dibujos, empezaron a pensar qué parte sería la que habría que reforzar, porque había que poner el mínimo peso posible en aquella zona esencial para que el avión pudiera ser lo más efectivo posible y mucho menos vulnerable.

Lo que concluyeron los científicos es que había que reforzar las zonas que recibían más disparos, en las alas y en el centro. Este razonamiento parece lógico. Sin embargo, Abraham Wald les dijo: “No, señores, estamos haciendo lo contrario; los bombarderos que vienen con disparos ahí pueden llegar a casa, por lo cual esas partes parecen ser no son tan importantes. Tenemos que darle la vuelta al problema. Tenemos que pensar en aquello en lo que no hemos pensado, tenemos que pararnos y reflexionar qué es lo que necesita refuerzo prioritario. Son aquellas partes que se han dañado en los que no han vuelto”.

Estas dos historias, ¿nos dicen algo sobre el tema de la prevención? Yo creo que, con ambas, si paramos un poco y pensamos en lo que estamos haciendo, motivados por las preguntas —¿Hemos leído el libro de instrucciones? ¿Estamos pensando y planteando bien el tema de la prevención?—, a lo mejor nos llevaríamos más de una sorpresa.

Porque prevención se está haciendo, sí, pero ¿qué es lo que pasa cuando hacemos prevención? ¿qué nos pide la sociedad? ¿qué nos piden los políticos? La sociedad nos exige que seamos Harry Potter, nos piden soluciones mágicas, muchas veces nos piden soluciones a sus problemas específicos.

¿Qué es lo que nos están pidiendo los políticos? Son los que nos van a pagar, los que nos van a dar las subvenciones, por lo que quieren so-

luciones visibles. Soluciones inmediatas y, sobre todo, hacerse la foto, hacerse el titular.

Estos son los disparos en el avión que acabamos de ver antes. ¿Es eso lo que tenemos que reforzar? Evidentemente no. Nosotros como profesionales, como técnicos de la prevención, tenemos que dar la vuelta y ver el problema de otra manera. ¿Todo vale? Pues no, no vale todo. Entonces, ¿qué es lo que vale realmente en prevención? ¿Qué es lo que deberíamos plantearnos realmente cuando pensamos en hacer prevención? Deberíamos pensar en, por ejemplo, la planificación de la prevención, ¿cómo estamos haciéndola?, ¿cómo deberíamos hacerla?

Hay que evitar acciones puntuales: no sirve para nada dar una charla. Lo que estamos intentando cambiar son las conductas, motivaciones y actitudes que, con una sola charla, no pueden ser cambiadas. ¿Esperamos ser Harry Potter y hacer imposición de manos? Por muy buenos oradores que seamos, no vamos a poder realizar un cambio con una sola charla de actitudes, motivaciones, creencias.

Somos psicólogos y psicólogas, tenemos que pensar en qué es lo que queremos cambiar. Tampoco podemos hacer ese cambio mediante actividades elegidas al azar solo porque *es lo que se tiene*. O se ajusta o no vale, principalmente si se tiene en cuenta cuáles son los plazos necesarios para que aparezca se mantenga un cambio. Si quiero cambiar una creencia, no lo puedo hacer en un día, ni en dos ni siquiera en una semana. Seguramente necesitaré años de hacer, de vez en cuando, actividades con la misma población que vaya poco a poco generando resultados con respecto a su actitud o motivación.

Además, estamos hablando de conductas adictivas, estamos hablando de adicciones, no podemos centrarnos en cambiar solo una cosa. “Es el grupo de amigos de mi hijo, son los que le han hecho caer”. No. Multicausalidad: sujeto, sustancia, situación y todas aquellas variables involucradas, porque es un proceso multideterminado. ¿Cuántos determinantes? ¿Cuántas variables? ¿Cuántos factores de riesgo y de protección tenemos que tocar? Lo comentaré más específicamente, pero debemos ver la importancia de tener una buena base teórica contrastada, todas las variables y todos los aspectos.

Evaluemos. Por ejemplo, en medicina le explota la cabeza a alguien si yo le doy la medicación a un paciente y ya no hago ningún seguimiento. En medicina lo vemos súper claro, ¿porque en prevención no? ¿Por qué en prevención no hacemos una buena evaluación? Resulta que cuando intentamos hacer una buena evaluación, y me pasa muchas veces cuando estoy hablando con mis alumnos, no sabemos cómo realizarla, no sabemos cómo hacer y recoger buenos indicadores. Cuando algo no se evalúa, no sabemos si está funcionando. Si no sabemos si algo está funcionando, no lo cambiamos, no lo ajustamos y seguramente deje de funcionar si alguna vez funcionó.

Y lo básico, lo más fundamental que me gustaría que se rescate del texto, es que hay que hacer caso de la evidencia científica. Es el libro de instrucciones de la máquina del tiempo que he dicho al principio. Por favor, leamos qué es lo que nos dice la evidencia científica. La prevención basada en la evidencia no es una moda. Actualmente contamos con manuales de evidencia de cómo prevenir.

La segunda edición del libro rojo del NIDA es del 2004. Este libro, que además está en castellano, aporta con los 16 principios básicos que deberíamos tener en cuenta antes de empezar a meter mano, a hacer una buena prevención. Y si no cumplimos estos principios básicos, no podemos hacer nada porque seguramente se nos va a hundir, se nos va a caer esa máquina del tiempo y podríamos concluir en que *la prevención no funciona*. No es que sea así, sino que lo que actualmente se está haciendo no es prevención. Los principios básicos están organizados en bloques de factores de riesgo de los programas preventivos familiares, los de prevención escolar, los comunitarios y en, por supuesto, cómo implantar bien un programa.

Invito a la reflexión, a leer estos manuales que nos dicen aquello que funciona. Hablaré de los principios elementales, porque creo que son básicos y es lo mínimo que deberíamos entender: factores de riesgo y protección cuando estamos hablando de prevención universal, selectiva e indicada. ¿En qué? ¿Cuáles son los criterios que estamos analizando? Los factores de riesgo y protección que hay en nuestra población.

Por lo tanto, es necesario que conozcamos realmente esos factores de riesgo y protección, pero además conocerlos en la población diana en la que vamos a intentar poner en marcha esos programas. Deberíamos dirigirnos a los problemas reales. Por eso, antes de empezar a hacer

nada, siquiera antes de empezar a programar, deberíamos hacer una buena evaluación de necesidades. Sin esa evaluación previa de necesidades que nos diga qué factores de riesgo hay en nuestra población diaria, qué factores de riesgo podemos modificar y qué factores de protección identificamos y que podemos fortalecer, no deberíamos empezar a trabajar. Orientar realmente a las características de nuestra población.

Hay más manuales de instrucciones. Podría seguir detallando el que he mencionado, pero invito a la lectura completa del mismo. Hay una versión anterior, de 1997, que también invito a conocerla. Otro documento fundamental es la Ponencia Técnica sobre los criterios básicos de intervención de programas de prevención de drogodependencias. Lo que dice es que hay 3 pilares básicos y fundamentales sobre lo que deberíamos hacer antes de empezar a hacer prevención.

Primero valoración previa de las necesidades, sin eso no podemos empezar a trabajar. Además, esa asignatura que normalmente tenemos en la carrera, llamada *Metodología de las ciencias del comportamiento*, que nos cuesta tanto y, cómo nos ha costado, nos preguntamos ¿para qué sirve esta asignatura? Justamente para esto. Precisamente la metodología, las exigencias metodológicas, el saberla aplicar bien, el saber hacer una buena evaluación, el saber hacer un buen planteamiento del problema, tanto en la planificación previa como en la implementación y en la evaluación final. Saber redactar bien los objetivos, saber tener en cuenta cuáles son los indicadores que me va a decir si está funcionando lo que estoy haciendo.

Tenemos mucha evidencia científica en forma de teorías que están muy contrastadas y que nos van a servir, de la misma manera en que la partitura nos indica cómo tenemos que tocar nuestro piano. La valoración previa de necesidades será las notas que debemos tocar, pero las teorías nos guiarán en el proceso. Hay teorías muy contrastadas y hay teorías que tienen menos variables. Si yo necesito cambiar la intención o la actitud hacia las sustancias, por poner un ejemplo, utilizaría la teoría de la acción planificada de Ajzen que es: o cambias la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el control percibido o no vas a hacer nada para cambiar la intención y, por lo tanto, no vas a hacer nada para cambiar la conducta.

En este ejemplo, ¿dónde se precisa la difusión de información? La información es simplemente uno de los componentes de esa actitud, de

esas creencias conductuales. Si lo que pretendemos es solamente dar información, ni siquiera cambiar la intención, sino cambiar directamente la conducta, nos estamos equivocando, nos estamos saltando mucha información que nos va a decir cómo tenemos que tocar las teclas de nuestro piano. Por tanto, sin la información no podríamos saber cuál es la mejor manera de que, en la ejecución, suene mejor nuestra sinfonía.

Hay más libros de instrucciones. El *International Standards on Drug Use Prevention* del UNODC²² es uno de los últimos que se ha publicado y uno de los mejores a la hora de trabajar en prevención. También es una de las *biblias*, si me permiten el símil porque sería algo básico, algo que todos deberíamos conocer y que todos quienes queremos hacer prevención deberíamos seguir. Explica toda una serie de instrucciones y da un catálogo de programas basados en la evidencia:

Puede ser que lo que estamos intentando hacer nosotros haya alguien que lo haya probado, que lo haya modificado, que lo haya pulido y que, debido a su experiencia, pudiera decirnos qué hacer o, pudiera darnos directamente el programa. Por lo tanto, vayamos a esos programas basados en la evidencia y veamos si se ajustan a nuestra población, veamos si se ajustan a lo que queremos hacer e intentemos aplicarlos.

Y, ¿qué pasa si no hay ningún programa basado en la evidencia que se ajuste a lo que yo quiero hacer?

En esta misma publicación se encuentra toda una serie de instrucciones en torno a qué está funcionando y qué no cuando se intenta montar una estrategia o programa de prevención. Por ejemplo, entre las cosas que sí están funcionando, está el trabajar mediante la práctica de habilidades personales y sociales desde múltiples direcciones. Necesitamos que los jóvenes, que las familias, que la sociedad en la que estamos aplicando la prevención, practiquen esas habilidades: afrontamiento del estrés, reconocimiento de las emociones negativas, la toma de decisiones. Es decir, tienen que generar y practicar habilidades de resistencia porque, si no se practica luego a la hora de la verdad, no se las va a poner en marcha.

Se debe cambiar la percepción de los riesgos asociados, porque no vale con que solo los conozcan. Deben tener esa percepción y, sobre todo,

22 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

trabajar directamente sobre las creencias erróneas que tienen. Trabajar directamente, por ejemplo, consecuencias inmediatas y consecuencias inmediatas adecuadas a la población. No es útil decirles a adolescentes de 14 años que *fumar mata*, porque es mentira. Cuántos fumadores de 14 años hay que no se han muerto por fumar su primer cigarro. Seamos consecuentes con la información y con los conceptos equívocos que estamos trabajando.

Disipar sobre todo esa idea de que todos lo hacen, puesto que ese carácter normativo también está funcionando. Se busca la interacción, el no dar una cosa puntual, sino que se realicen series de sesiones semanales dirigidas por gente formada en, como mínimo, un aproximado de 10 y 15 sesiones repetidas en el tiempo. Además, que se puedan establecer sesiones de refuerzo al cabo de años. Da lo mismo que quienes dirijan sean técnicos, profesionales, compañeros, profesores o incluso agentes de policía, pero resulta imprescindible que estén formados en prevención, formados en adicciones.

Y lo más importante: ¿qué es lo que no está funcionando y, aunque la evidencia nos está diciendo que no, no, no, lo voy a repetir otra vez? No ha generado resultados positivos, por lo tanto, es imperativo que se deje de hacer. Lo que no está funcionando es utilizar las clases magistrales. Si las utilizamos como principal estrategia de prevención, no está funcionando. No rinde el dar información únicamente para tratar de despertar a los jóvenes y, peor todavía, si la información es para intentar meterles miedo. El dar una charla, el dar una sesión única, no está funcionando. El centrarse únicamente en el tema de la autoestima tampoco; necesitamos trabajar muchas cosas más allá de solo la autoestima, aunque sea una de las cuestiones relevantes.

El abordar la toma de decisiones o los valores éticos y morales como única estrategia no está funcionando. Sobre todo, utilizar a personas en recuperación como testimonios corresponde a un comodín que se utiliza bastante porque queda muy bonito en los medios de comunicación y en los carteles, pero tampoco es útil. No funciona, por favor, dejemos de hacerlo. Si solo utilizamos eso, no funciona. Hay que meterlo dentro de una estrategia en la cual se prepare antes, se haga esa sesión, se permita trabajar y sea una parte más de esa prevención.

Hay que recordar que lo importante es la persona, empezar cuanto antes con intervenciones preventivas, mejor si está enfocado en el

desarrollo de la persona. Nunca es tarde para hacer prevención, pero cuanto antes, mejor. Empecemos a realizarlas con las embarazadas, antes siquiera de que aparezca el bebé, porque ahí hay que empezar a hacer prevención. Luego podemos tener problemas, por ejemplo, el síndrome alcohólico fetal. Evidentemente, cuantas más vulnerabilidades, cuantos más factores de riesgo, más entornos trabajemos, mejor. Escuela, familia, sociedad, etcétera.

Para finalizar, simplemente dos frases que no son más: *Diez gramos de prevención equivalen a un kilogramo de curación (Lao Tse)*. Nótese cuánto tiempo tiene esta frase. O de algo un poco más de nuestros días: *El tratamiento sin la prevención simplemente es insostenible*. Tomemos en serio la prevención porque la que hagamos hoy va a marcar el camino que tendremos mañana.

Bibliografía

- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Brotherhood, A., y Sumnall, H. R. (2013). *European drug prevention quality standards: a quick guide*. Publications Office of the European Union.
- NIDA. (2004). *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los niños y adolescentes*. NIH.
- Robertson, E. B., David, S. L. y Rao, S. A. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de la Salud, Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas.
- UNODC (2018). *International Standards on Drug Use Prevention, Second updated edition*. United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization.

Capítulo 4: De la coerción a la cohesión

Introducción

Ha pasado medio siglo desde que Richard Nixon declaró una guerra contra las drogas, hecho que cambió radicalmente la historia no solo de Estados Unidos, sino del mundo. En estos años se ha gastado más de un trillón de dólares en políticas de interdicción que no han funcionado y que han promovido la violencia, miles de muertes, delincuencia organizada, consumos problemáticos y muertes por sobredosis. Los verdaderos motivos por los que la guerra inició fueron distintos a los que el gobierno de ese momento publicitó, ya que, detrás de la supuesta protección de la población frente al problema de las drogas, estaba la justificación perfecta para criminalizar a las personas afroamericanas y latinas, asociando sus luchas y resistencias al uso de marihuana.

La guerra que inició Richard Nixon se importó a muchos países del mundo. Ecuador no ha sido la excepción. Este ha sido un factor determinante en la crisis carcelaria que vive el país y la exacerbación nunca antes vista de la violencia y de las muertes.

En este capítulo se plantean cuatro análisis globales y locales relacionados a los impactos que han tenido las políticas prohibicionistas, las acciones encaminadas a la interdicción y la criminalización de los usuarios de drogas. Además, se proponen nuevas formas de intervenir la problemática con visiones centradas en el ser humano y no en la sustancia.

Geopolítica, relaciones de poder, drogas, narcotráfico

MSc. Cristina Muñoz

Voy a tratar el tema de geopolítica, poder, drogas y narcotráfico. Seguramente todos hemos visto la representación de la hoja de marihuana más de una vez —hemos tenido logos, letreros, camisetas, llaveros, mochilas, en fin—, pero no sabemos bien representa la figura de esta planta. Tal vez sea algo tan lejano como sus orígenes. Su interpretación, a través del tiempo y a través de las sociedades, sencillamente es diferente. Para unos es una cosa y para otros, otra.

Más allá de la representación, vamos a ver la planta. ¿Será que puede representar guerra? Vamos a ver un poco el contexto sudamericano: al menos en 5 categorías se pueden clasificar los mercados a través de los cuales opera el tráfico de drogas; mercados que, como toda actividad capitalista, buscan lucro a través de actividades sincronizadas una con la otra. No es como nos imaginamos, una fábrica, sino como algo mucho más grande. Por ejemplo, Sudamérica como una gran fábrica: precursores desde los puertos, ya que, como sabemos, el continente está rodeado de agua, mercados de semillas y cultivos en vastas zonas territoriales, rutas y espacios que se escapan del control del Estado.

En el territorio sudamericano se emplazan estados fuertes, estados débiles. Hay mercados de todo tipo, hay consumo, pero también exclusión y pobreza. Todos estos elementos son claves para los 5 mercados a los que hacía referencia: la siembra, cosecha, venta, compra y exportación. En esta zona convivimos casi 400 millones de personas, lo que la convierte en la zona más biodiversa del planeta de acuerdo con las Naciones Unidas. También es la zona con más muertes violentas. Aquí se localiza la desigualdad, pobreza, desempleo, corrupción. Definitivamente, una zona que representa un gran reto.

Sudamérica ha sabido sortear la pobreza con lo que tiene a mano: usualmente con explotación, aunque tenemos una cantidad de estados dependientes de exportaciones de productos primarios hasta el día de hoy.

Hablaré sobre las soluciones, en esto ahondo para entrar en la perspectiva política del narcotráfico. La guerra contra las drogas fue declarada en 1978, desde la Casa Blanca, por el expresidente Nixon para hacer frente al *problema de las drogas*.

Al parecer se enfoca al problema como un entramado de personas que se aferran al dinero, a la tierra, a las armas y al manejo de poblaciones. El capital, básicamente, contra el capital. Una guerra que deja ver la fragilidad estatal, la pobreza y la desigualdad como características especiales de nuestros territorios.

Tras varias décadas, las soluciones han venido de todas partes, menos desde casa adentro. Existen organismos, instancias, regulaciones internacionales creadas en el marco de la configuración actual del *sistema mundo*, como cuando ocurría la Guerra Fría, cuando la disputa del control todavía era algo esencial para la consolidación del sistema. Sudamérica, en ese entonces, también participaba de esa gran distribución del trabajo y entraba en la era grande de exportar productos primarios para poder sostener futuros estados de bienestar, además de la concentración de riquezas en ciertos lugares. No se pensaba, pues, en la creación o formulación de estados fuertes, a diferencia de los estados europeos. Precisamente para garantizar un margen de negociación amplio en el futuro.

Para Kant la idea de una paz perpetua estaba fundada por la razón y valores universales, esta se obtenía a través del espíritu comercial. Si el espíritu comercial dentro de lo formal/legal es asumido precisamente para fomentar la paz, ese revela como incompatible con la guerra. Forzar la paz a través del poder del capital fue, por lo tanto, el marco en el cual se estructuró el sistema mundo, en el cual el estado ha fungido históricamente hasta la actualidad como un articulador de los mercados internacionales. Lastimosamente, los mercados involucrados en esa sincronización de lo forman parte de ese conjunto de actividades ilícitas que componen el narcotráfico.

El estado frágil para el narcotráfico se presenta como uno de sus canales de operación, no porque se sirva de su organización, sino porque le permite operar. El narcotráfico es un estado paralelo, si pudiéramos verlo de esta manera, que posee un sistema de gobierno, normas, autoridades, fuerza, coerción. Condición interesante si observamos y

revisamos los orígenes del Estado: fuerza y capital. Para comprender al narcotráfico hay que estudiar al Estado²³.

Con respecto a la fuerza y el control del monopolio de la violencia, que lo realiza o que lo debería realizar usualmente el Estado, se asienta una disputa frontal, estructurada, en la que se refleja a la ciudadanía como una especie de captura, cuando tal vez podría ser resultado de un encubrimiento. Esta disputa, por supuesto, no es a pérdida. Las guerras generan obviamente beneficios y ganancias para alguien, y la guerra contra las drogas no es la excepción.

En ese marco de estructuras de las que hacía mención, la disputa se ha generado sobre las sustancias antes que sobre los mercados, por lo que explicaré algunas características del narcotráfico:

Es un conjunto de economías ilegales que se sustentan en un territorio que posee estabilidad, que tienen una fuerza, tienen coacción. Busca un monopolio de dinero, además de un monopolio en el tema de seguridad. El narcotráfico tiene su propia burocracia, está caracterizado por una predictibilidad: se podría saber inclusive cómo pueden proceder. Tiene vínculo con el Estado; tiene fines políticos, porque estamos hablando de poder, por lo que entran varios tipos de asociaciones adicionales en donde se blanquea dinero, se realizan inversiones en otro tipo de situaciones que les permiten tener más y más capacidad de acumulación.

Además, en el narcotráfico existe una relación social de dominación y eso es muy importante porque la violencia se evidencia cuando hay disputas de territorio y de espacios. El territorio es tierra, pero al mismo tiempo son diferentes ámbitos de acción, así que maneja una ética capitalista.

Hemos hecho mucho énfasis desde el Grupo de Investigación e Intervención sobre Drogas Ecuador (GIIDE) con que el narcotráfico no es igual a las drogas. Usualmente las drogas reportan mucho mediáticamente. Sin embargo, el enfoque de lo que se reporta se centra en la sustancia; no se enfoca en el tema de la estructura de los mercados y de las economías ilegales. Hay un combate directo a la sustancia antes que a las estructuras de mercado ilegales sobre las cuales se asientan.

23 Frase de Norberto Emmerich

Como vemos a nivel general tanto nos hemos enfocado en la sustancia que hasta se las ha clasificado en categorías. Tenemos grupos de fiscalización que están en tratados y tenemos a todo el planeta detrás de esas sustancias clasificadas. Con esto, quiero dejar en claro que el Estado, en este caso unoneoliberal, juega a la imposición cotidiana de valores. Ese es uno de sus roles principales: hay una imposición cotidiana de valores y hemos encontrado diversas formas de hacerlos cumplir hasta con leyes.

La imposición de valores es un ejercicio histórico: el Estado define lo bueno y lo malo, lo aceptable y lo inaceptable. Para esto cuenta con otros poderes constituidos como el mediático, el religioso, el que le otorga la fuerza a través de diferentes medios, para mantener ese monopolio de la violencia al que hicimos referencia anteriormente.

Entonces, el narcotráfico podría entenderse como un producto perfecto, un estado venido a menos que trabaja, pero que también trabaja en la imposición de sus valores e identidades. En la lógica creada por el capital, el consumo y los fenómenos asociados de la globalización, las identidades empiezan a crearse en torno al dinero y a la falsa idea de seguridad y libertad que este otorga.

En algún punto y con el contexto de pandemia que tuvimos, es posible que empecemos a creer que todos somos iguales. Estábamos confinados de aquí hasta la China, Italia y todos lados. Parecería que somos iguales, pero debemos ser muy conscientes de cuáles son nuestras condiciones, esas que estructuralmente se nos han otorgado y nos definen.

En este caso nuestras condiciones parten de lo geográfico, nos identificamos como sudamericanos. Ligado a eso, encontramos la percepción asociada al tema de la globalización y cómo se está manejando actualmente el tema, cuál es la perspectiva sobre el rol del ser humano dentro de estos procesos. Podemos decir que el dinero es un mal transmisor de identidad. Es con lo único que tal vez nos podemos identificar hoy y por eso vemos que estos procesos están circunscritos dentro del capitalismo y son tan voraces. Hay una identidad transmitida a través del dinero, hay una identidad de consumo. En ese sentido, se van generando zonas de bienestar o el bienestar económico como objetivo. No sé si es una zona o es una isla, porque cada vez son menos los que pueden acceder a estados de bienestar completos dados por una cantidad inmensa de recursos económicos.

A esto se ha referido Byung-Chul Han. Él define *apóptico* a una especie de construcción excluyente en la que se identifica a quienes sirven y a quienes no. Incluso se llegan a definir personas enemigas del sistema o no aptas. Ahí está la diferencia entre lo legal y lo ilegal. A lo ilegal se va a reprimir, mientras que lo legal es completamente aceptado, es algo que valoramos de alguna u otra manera como sociedad. Por otro lado, hemos escuchado del *panóptico*, este sirve para el disciplinamiento, mientras que apóptico se encarga de la seguridad.

Quisiera hacer un énfasis finalmente en el problema de las drogas, ya que maneja varias cargas. En este caso, el responsable de la violencia y el narcotráfico termina siendo el consumidor, la *persona sustancia* como se lo conoce. A lo largo de los debates que se han dado en este libro, hemos hecho referencia a las adicciones en cuanto a sustancias legales e ilegales. Y el alcohol, a pesar de ser la droga más consumida, no genera los mismos efectos en términos sociales que el cannabis, cocaína y otras sustancias.

El punto no es a favor de una sustancia o de otra, sino que al hablar de las sustancias nos olvidamos de las personas y cuál es la lógica del consumo que nos está condicionando. El estigma de ser persona y sustancia al mismo tiempo hace que los consumidores básicamente carguen sobre sus hombros todo el estigma lo que está generando el narcotráfico por todas las circunstancias expuestas anteriormente, hasta el punto de que hoy se justifica el encarcelamiento, tratamientos obligatorios y, en otros países, hasta pena de muerte.

Por esa razón es que la Constitución del Ecuador ha definido a las adicciones como un problema de salud pública. Pero para esto se requiere la intervención de estados muy fuertes, de estados con capacidad de respuesta para fortalecer factores de protección, reducir factores de riesgo y, por supuesto, hacer políticas de riesgos y daños para realmente enfrentar la realidad. El fin es dejar el estigma de lado y poder hablar abiertamente de esto.

Quisiera hacer referencia al Estado fallido, que es un tema del que se está hablando mucho en estos días, que tiene que ver con entrar a esa lógica de guerra. El estado fallido es básicamente aquel Estado que pierde la capacidad de proveer las cosas mínimas que estaba llamado a dar: seguridad, salud y protección. Por ejemplo, en algunos momentos de la historia reciente en la provincia de Esmeraldas se han cerrado

algunos comercios por la falta de seguridad y protección a la vida de las personas. Estamos afrontando situaciones especiales que tenemos que tomarlas en cuenta.

Para finalizar, dejo planteadas estas preguntas:

¿El estigma y la desigualdad son catalizadores del Estado fallido?

¿Es la globalización, en este contexto neoliberal, salida o cauce?

Si estamos hablando de personas/sustancias, ¿quiénes son personas/sustancias? ¿quiénes están cargando con este peso del narcotráfico?

Conclusiones

Un Estado fallido es un estado que permite operar al narcotráfico.

Poner el foco en la sustancia muestra la primacía de una política punitiva que inició con la guerra contra las drogas y que hasta ahora no logra reencauzar estas políticas hacia el bien de la población.

Finalmente, es importante reflexionar sobre cómo el consumidor es ahora quien carga con los estigmas del narcotráfico. Es a él a quien le compete responder por ese Estado fallido y encontrar una vía entre las pocas opciones que se le da, dependiendo de la legislación, ya sea cárcel, ya sea pena de muerte o un tratamiento obligatorio.

Bibliografía

Byung-Chul Han. (2012). *La sociedad del cansancio*. Herder

Emmerich, Norberto. (2015). *Geopolítica del narcotráfico en América Latina*. IAPEM

Peces Barba, G. (1995). *Curso de derechos fundamentales. Teoría general La diacronía del fundamento y del concepto de los derechos; El tiempo de la historia*. Universidad Carlos III de Madrid.

El fantasma de las Cortes de Drogas: Entre el utilitarismo político y la terapeutización de la justicia

PhD (c) Jorge Vicente Paladines

Trataré un tema controversial. Tiene que ver con el intento político de resucitar las Cortes de Drogas (CdD), o Drug Courts como las llaman en Estados Unidos. Pero, ¿qué son las Cortes de Drogas o Tribunales de Tratamiento de Drogas?

En un condado de la Florida, surgió en 1989 una iniciativa judicial para recuperar las capacidades y *volver a la productividad* a personas que estaban siendo procesadas por determinados delitos. En los Estados Unidos, las CdD bordean más de 3000 unidades hoy en día. Se trata de programas especiales presentes en casi toda la Unión Americana, desde Nueva York, California hasta Washington y otros estados. Subsiste por tanto la idea propiamente americana de judicializar la política de drogas, lo que autores como Wexler o Winick referían dentro de la denominada *jurisprudencia terapéutica*.

La fórmula en que se sostienen las CdD tiene 3 características:

La primera: los *candidatos* o *participantes* —términos empleados tanto en la política de drogas como en la cooperación militar— son procesados, por regla general, bajo la supuesta comisión de un delito. Técnica y jurídicamente se trata de personas inocentes sobre las cuales todavía no se ha demostrado la culpabilidad y no reciben una pena como sanción.

La segunda: los participantes o candidatos se someten a programas dirigidos por equipos multifacéticos, integrados por trabajadores sociales y psiquiatras. Estos programas son cubiertos, generalmente, por el presupuesto de los Estados, aunque en otras partes también son costeados por las familias o los propios candidatos mediante servicios privados vigilados por los jueces. En otras palabras, la característica fundamental es que no hay CdD sin juez. Lo que solemniza el papel de las CdD es la labor del juez al vigilar el cumplimiento del tratamiento. Para los defensores de estos programas, el juez interviene positivamente

y se vuelve en un actor comunitario y familiar que se preocupa de la vida de las personas.

La tercera: se crea un sistema de premios y castigos. De premios si la persona se rehabilita y se abstiene de usar drogas. En tal caso, o bien se suspende y se archiva la causa penal por la cual estaba procesado el candidato o, de otro modo, si recibió una pena, esta se reduce o incluso podría ser cumplida en libertad como una especie de sustitución de la condena. Lo último se suscita en distritos que mantienen sistemas jurídicos post penitenciarios. Finalmente, el sistema se convierte en una herramienta de castigo al reintroducir al candidato o participante —que no aceptó el programa o no se rehabilitó— al sistema penal para su correspondiente sanción o pena.

Estas 3 características tienen sus matices en los países del Common Law. Entretanto, en América Latina se instituye la promoción de las CdD como *programas modelos*, como se refleja en los encuentros y documentos organizados por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) sobre alternativas al encarcelamiento.

Curiosamente, a pesar de la insistencia de la CICAD por las CdD, ninguna Comisión de Estupefacientes (CND), ni ninguna otra resolución multilateral sobre política de drogas —me refiero a las afamadas Sesiones Especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) que tuvieron lugar en 1990, 1998 y 2016— hicieron la ecuación entre alternativas al encarcelamiento con este tipo de programas. Es decir, las CdD no son la única alternativa al encarcelamiento para amortiguar el impacto de los castigos por la comisión de delitos relacionados con las drogas. Su fórmula se inscribe dentro de la prohibición y no contra ella, es decir, trasladan la prohibición hacia su política contemporánea.

¿Cuál es la supuesta *razón práctica* de las CdD? ¿por qué seducen a actores gubernamentales, jueces, criminólogos, psicólogos, académicos y a la comunidad en general? Las teorías de Immanuel Kant y Jeremy Bentham jugarían aquí un rol importante.

En primer lugar, las CdD seducen porque tienen un fundamento ético humano, una *razón práctica* como diría el mismo Kant. Se trata de *salvar* a una persona; en consecuencia, de emparentar su defensa

con la noble idea de defender la salud pública rescatando a un *adicto*. Aquello lleva aparejada también una razón economicista, pues resulta *más barato* que una persona reconozca que es usuaria de drogas a que admita que tiene problemas de *trastornos por consumo* —como se dice ahora desde la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM 5)—. Resulta economicista, dado que este reconocimiento evitaría los grandes costos que trae consigo el sistema penal: pagar jueces, seguir la rutina del proceso penal y, sobre todo, los costos del encarcelamiento.

La segunda *razón práctica* —utilitaria y seductora en lo político— es el sentido ético que ellas mismas llevan. Las CdD son curativas y sus programas conducen supuestamente a la rehabilitación, pero van más allá. Los candidatos reemplazan su comportamiento adictivo por uno productivo. Quienes participan dejan de usar drogas y se convierten en seres humanos productivos para la sociedad.

La tercera *razón práctica* tiene base en la supuesta visión comunitarista de la justicia penal. En las CdD, el juez se involucra y el sistema penal actúa entonces como un catalizador entre la justicia y la comunidad. Como en el modelo judicial utilizado en Perú bajo la denominación de *jueces y juzgados de paz*, en las CdD el juez se convierte en un mediador. Sin embargo, esto rompe la lógica del sistema procesal penal fundado en el modelo adversarial, en especial porque el juez no debe intervenir cual agente fiscal y defensa. Al intervenir, el juez quiebra el modelo adversarial y el principio operativo básico de esta forma de proceso penal; no obstante, en las CdD el juez se convierte en un buen componedor, en un mediador que también vigila y controla para que el participante se rehabilite.

Finalmente, la cuarta *razón práctica* se produce cuando las CdD quedan al arbitrio de la suerte humana, es decir, al libre albedrío o voluntad de las personas; dejan por tanto abierta otra salida. El término *alternativo* se concretiza como un modelo negacionista y causalista, porque al reducir el consumo habría de reducirse también la comisión de delitos. Una especie de proyección a la inversa basada en el modelo de Goldstein de los Estados Unidos, que relacionaba en los años 80 el consumo de crack con la comisión de delitos. Pero este fue un modelo fundado en una premisa falaz, asumido sin ninguna evidencia sólida o científica. Un simple postulado ideológico que esgrimió la relación causal entre drogas y delito.

No cabe duda de que hay casos psiquiátricamente excepcionales donde esta relación causal se confirma, pero no son en lo estadístico representativos. Sin embargo, este es el núcleo discursivo al que el sector prohibicionista de la política de drogas siempre ha querido asociarse: la relación entre la comisión de delitos con el uso de sustancias prohibidas. En consecuencia, que el *uso indebido* de las sustancias clasificadas en las listas y anexos de las Convenciones de 1961 y 1971 —es decir, de sustancias de origen vegetal y sustancias de origen farmacéutico— es la causa para la comisión de delitos; por ende, que el consumo deviene en un *uso criminal*.

Este causalismo es replicado por muchos médicos y psiquiatras. Algunos profesionales de la salud asumen que el uso de sustancias como cannabis conlleva a una carrera de consumo de otras sustancias ilícitas y de violencia criminal. Así, el cannabis lleva al consumo de cocaína y heroína, mientras que la cocaína y heroína llevan a la comisión de delitos violentos. Los consumos problemáticos se convierten en consumos criminógenos. Siguiendo esta trayectoria, el usuario de cannabis terminará convirtiéndose en un asaltante o sicario, una persona definida adicionalmente bajo los rasgos lombrosianos del delincuente nato.

Pero este mismo causalismo no resiste el menor análisis. Lo mismo sucedería hacia atrás. Yendo en reversa, antes de usar cannabis podría decirse que la misma persona inició el consumo de drogas con la ingesta de cerveza. Antes de alcohol bebió Coca-Cola, y antes de beber Coca-Cola bebió jugo de naranja. Y, por supuesto, antes de beber jugo de naranja lactó del seno de la madre. Ergo: todos los mamíferos terminaríamos de criminales.

Detrás del modelo de CdD no hay nada nuevo, tanto desde aquellos Estados históricamente conservadores como la Florida en USA hasta los países del Common Law que también las implementaron. Porque el modelo de terapeutización de la justicia —es decir, el empleo de la justicia como un mecanismo de rehabilitación— vino mucho antes. Surgió en el anteproyecto del Código Penal para Suiza en 1893, cuando Carl Stooss esbozó lo que jurídicamente se conoce como *medidas de seguridad*.

Fundamentalmente, en las CdD subsiste un problema epistemológico central. Me refiero en especial a colegas criminólogos que confunden el Código del Derecho Penal y, por ende, del sistema penal. Este, como sistema, es básicamente la discusión entre la inocencia y la culpabili-

dad. En consecuencia, la justicia penal no tiene como código o misión la rehabilitación de las personas, sino confirmar el estado jurídico denominado como la *presunción de inocencia* —por lo tanto, se le debe pedir disculpas a una persona a la que se le privó injustamente de su libertad— o confirmar la culpabilidad bajo determinados criterios, al menos desde en el momento en el que la culpabilidad fue tematizada como una teoría normativa en aquel afamado artículo publicado en 1907 por Reinhard Frank.

Paradójicamente, en Alemania la terapeutización de la justicia se usó para perseguir a usuarios de drogas durante el nacionalsocialismo. En la definición de *asociales* se encontraban también a los usuarios de drogas, dada su mala conducción de vida (*Lebensführung*). Es decir, eran determinados en base a una culpabilidad por conducta. Esto es relevante al momento de plantearse también por qué aparecen las CdD como seductoras en países como Ecuador. Se muestra preocupante porque fue la Corte Nacional de Justicia la que recomendó al presidente de ese momento, Guillermo Lasso, su implementación, quizá como una agenda que el presidente de la máxima instancia judicial ordinaria haya tenido postergada desde 2011.

En resumen, las CdD se muestran desde la utilidad. Sus programas se ejercen sobre la base de la coacción. El juez se convierte en un agente que coacciona a una persona inocente sospechada de cometer un delito —que se declara *adicta* para no ir a la cárcel— para que se someta a un programa de rehabilitación. Las comunidades terapéuticas reemplazarían al castigo desde la abstención. En este punto se caen finalmente las estadísticas. No hay investigaciones serias en los Estados Unidos que muestren la efectividad de las CdD en la rehabilitación, ni en los costos y beneficios que reportarían a la sociedad y la justicia. Las CdD en lugar de ser un modelo donde emerge la *razón práctica*, reflejan una peligrosa práctica utilitaria de rehabilitación compulsiva. Son el disfraz de una política criminal que decide forzar la relación entre consumo y delito; con ello, se muestran como un modelo de coacción para castigar a consumidores, es decir, inocentes.

Conclusiones

La génesis de las Cortes de drogas tiene que ver con una forma de perseguir a los usuarios, culpándolos por su conducta, en un señalamiento que no es más que otra forma de estigmatizar al

consumidor más allá de ayudarlo en su proceso de recuperación. Deja de lado además la posibilidad de que decida si quiere recuperarse o no.

Las Cortes de Drogas están planteadas en la lógica del utilitarismo político. Sobre todo en el caso de Estados Unidos, que es uno de los países que más promulga su implementación a través de sus diferentes organismos hacia el hemisferio. Es importante reflexionar sobre cómo, quien cumple el rol de juez, está atravesado por muchas subjetividades y se vuelve el enlace entre el usador y una suerte de sistema jurídico-legal que simplemente termina criminalizándolo

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Frank, R. (1907). *Die Schuld im Strafrecht*. Duncker & Humblot.
- Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15(4), 493-506.
- Klingemann, H., y Sobell, L. C. (Eds.). (2007). *Promoting self-change from addictive behaviors: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. Springer.
- Marlowe, D. B. (2003). Integrating substance abuse treatment and criminal justice supervision. *Science & Practice Perspectives*, 2(1), 4-14.
- Scott, E. S., y Dedel, K. (1999). Drug courts: An overview of effectiveness and a glimpse at the future. *Journal of Criminal Justice*, 27(5), 369-376.
- Stooss, C. (1893). *Entwurf eines schweizerischen Strafgesetzbuches und der ihm zu Grunde liegenden Strafgesetzrevision*. Helbing & Lichtenhahn.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., y Hiday, V. A. (2003). State mental health policy: What predicts criminalization? *Health Affairs*, 22(2), 111-120.
- Wexler, D. B., y Winick, B. J. (1991). Therapeutic Jurisprudence and Drug Treatment Courts. *Psychology, Public Policy, and Law*, 1(3), 538-567.

De la coerción a la cohesión en el tratamiento a personas con consumo problemático de drogas

Dr. Roberto Enríquez

Quiero empezar con una referencia obtenida a partir de histórica relación entre la humanidad y las drogas. En cómo, en nuestros inicios, las drogas tenían un carácter místico. Luego, el tema de los trastornos ha sido vinculado a un abordaje más metafísico, que creo que no hemos superado todavía. Las repúblicas más adelante plantearon regulaciones en cuanto a la prohibición y guerra contra las drogas. El Ecuador no era la excepción cuando se evaluaban en función del número de presos vinculados a los delitos de drogas. Daba igual que se tratara de un micro traficante, un consumidor o un Pablo Escobar.

Luego aparece una propuesta vinculada a la premisa de que el consumo problemático se trata de una enfermedad e incluso el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas americano habla de esto como una enfermedad del cerebro y nada más.

Ahora les traigo otra propuesta que no se trata de una panacea, pero es una discusión que se realiza en el marco de la comunidad científica sobre otros caminos. En principio, se trata de abandonar las bipolaridades, abandonar esa visión binaria de pasar de la idea de “a esos consumidores hay que llevarlos a la Inquisición” a luego tratarlos desde un paternalismo, una sobreprotección. Precisamente estas posturas de que acá estamos los buenos y los malos son los demás, nos han generado tremendos problemas que creo que todavía no los hemos superado. Empezó en Las Cruzadas, con asesinatos en nombre de Dios y la justificación de actos grotescos bajo la premisa de “si no tenemos enemigos, hay que idearnos unos”. Si no es suficiente, tenemos que crearlos.

Una respuesta a esto son las acciones frente a las drogas ilegalizadas que nos “rasgamos las vestiduras”, al mismo tiempo que frente a las drogas legalizadas: el alcohol, tabaco y medicamentos sin prescripción no habría problema. Incluso cuando empezamos a hacer política pública sobre este asunto, se hace énfasis en que con las drogas legalizadas no se debe intervenir, incluso si tienen impactos significativos sobre la salud pública de la población.

En el marco del tratamiento, esta coerción tiene nombre y apellido. El enfoque biomédico de la salud tiene un impacto cuyo resultado en los temas de salud mental ha sido que se considere al trastorno mental como crónico e incapacitante. Se menciona que empeora a lo largo de la vida y tiene un pronóstico catastrófico. Las personas que presentan trastorno mental están desalentadas de cara a una inclusión social, laboral, educativa, participativa. Asimismo, desalentadas en cuanto a la crianza de niños, de relaciones íntimas, de vida autónoma y se consideran a sí mismas altamente dependientes de los servicios y de medicamentos. Todo esto combinado con la restitución de derechos civiles.

El resultado del enfoque biomédico coercitivo ha sido el estigma, la discriminación. Mala suerte a esa persona que presenta intentos autolíticos si no le sale sangre cuando ha tomado la decisión de quitarse la vida, porque si no, no lo atienden, no lo reciben en el hospital. No hay servicios disponibles y los que hay, se encuentran lejos de casa, en el hipercentralismo de las grandes ciudades. A esto se le aumenta una capacidad profesional limitada, un sistema sanitario aislado de los servicios sociales no sensibles a esas necesidades de poblaciones específicas. Desde dicho modelo muchas veces está planteado el tratamiento como sanción. Si existe disponibilidad de estos servicios, tienen un costo relacionado con el impacto que tienen en la salud pública. En muchos países, el tema del derecho a la salud ya no se discute, se asume como necesaria la vinculación a sus servicios.

Lo planteado hasta el momento con respecto a las dificultades que se presentan parece un tema ya muy repetido y conocido. ¿Ahora cuál es la propuesta? ¿qué sirve en torno a estos temas vinculados a la cohesión del tratamiento? En cuanto a la atención en el marco de una salud mental comunitaria, las recomendaciones son:

Intervenciones basadas en evidencia: la mejora de registros, que esto no implica aumentar burocracia, pero sí tomar decisiones basadas en datos.

El acompañamiento técnico permanente de profesionales: en este tema algunos países tienen estrategias vinculadas a la supervisión de enlace.

Los tratamientos individualizados: hay una investigación en Inglaterra en la que mencionan que uno de los grandes nodos es que los tratamientos que planteaba el sistema —incluso en el país, donde tienen

bastante investigación desarrollada en la materia— son uniformes y no se atienden a las necesidades individuales. No quiero pensar esta situación en países como el nuestro.

La vinculación a médicos generales: este enfoque está encaminado a la detección temprana de los consumos problemáticos que precisan ser abordados, detectados y referidos a fin de dar paso al cumplimiento de la salud universal y gratuita como un derecho.

El abordaje a la inclusión social: hay vasta investigación en este asunto, ya que es una de las patas cojas de muchos países. Existe evidencia relacionada al impacto que tiene la inclusión social en un tratamiento integral.

La coordinación con todos los dispositivos de salud mental: esta vez se puede pensar: ¿qué tiene que ver una escuela de fútbol? ¿qué tiene que ver un club de ajedrez? ¿qué tiene que ver un grupo de amigos? Tiene mucho que ver y esto no lo digo yo, lo dice la evidencia en cuanto a que pueden vincularse a aspectos del tratamiento. Se asocia al derecho a la educación de calidad que compete a los niños, niñas y adolescentes, debido a que es un factor protector en tema de uso de sustancias.

La Oficina Contra las Drogas y el Delito de las Naciones Unidas plantea temas vinculados a un acercamiento con poblaciones marginadas, ya que hay personas que no van a acceder al tratamiento. Lo denominan el *outreach*: definido como la provisión de apoyo básico y la consideración de los determinantes sociales de la salud. En esto no está exenta la salud mental ni los temas relacionados a ella: seguridad, alimentación, vivienda y demás. La evaluación de primera línea, la detección temprana, porque hay personas en nuestro país que parecería que es de lo más cotidiano ir a tomar viernes, sábado, domingo y volver el domingo a golpear a su esposa e hijos.

Esa es la intervención temprana que se precisa y que está basada en evidencia para motivar a las personas a acceder al tratamiento. Se debe tomar en cuenta la prevención de sobredosis, el manejo de sobredosis, educación sobre los efectos, a fin de que las personas tomen decisiones libres, informadas y que se hagan responsables de esas decisiones y en el caso de presentar y de motivar a tratamiento pueden ser derivadas.

Muchos organismos internacionales, incluso tratados de clínicas y tratamientos, se plantean: ¿qué debe perseguir el tratamiento? ¿una

reducción de síntomas y que la persona sea funcional dentro de la sociedad? Esto está puesto en tela de juicio. Para ser explícito, en Alcohólicos Anónimos dirían: *como esto es un tema de cerrar la botella, tapo la botella y listo*; pero sigo con las dificultades de carácter, con el mismo con el que pongo en riesgo a mi familia, a mi entorno. Esto se pone en tela de juicio porque se reduce todo a la supuesta desaparición de los signos y síntomas. *Estoy curado*. Esto implicaría que el paciente nada más tiene que portarse bien para que le den el alta.

Esto, analizado a la luz de Foucault en *Vigilar y castigar*, implicaría cuerpos económicamente rentables y políticamente dóciles. ¿Eso es lo que persigue el tratamiento? Interesante para empezar a plantear la propuesta para no quedarse solamente en quejas.

Quiero tratar lo que propone Motta, que es un filósofo de la escuela del paradigma de la complejidad. Él recorrió Argentina y les hacía tres preguntas a los adolescentes: “¿confías en tu papá, en tu mamá?” y ellos contestaban “Más o menos. Ya cuando estoy bien jodido, ahí les cuento porque si no, quién me ayuda”. “¿Confías en tu profesor, tu profesora?”, y ellos contestaban “¿Qué les voy a contar? si ellos tienen más problemas que yo”. Por último, “¿Confías en tu cura, en el sacerdote?” y ellos contestaban “Si cuando le empiezo a contar mis problemas, lo que me manda es a rezar”. En la actualidad han evolucionado los confesionarios, han sido sustituidos por Facebook.

La recuperación es una propuesta, no *la última coca cola del desierto*, porque precisamente no creemos en esas posturas absolutas. Sin embargo, este es un movimiento que nace de grupos familiares, de sobrevivientes de la psiquiatría, de grupos de escucha.

Lo que se busca es que sea un viaje. Cómo nos gustaría tener un viaje de placer, de turismo. Así es como queremos que sea un tratamiento. No existe una definición acordada con respecto a la recuperación, pero la que más se utiliza es la de un viaje, una forma de vivir una vida satisfactoria, que tenga esperanza, que contribuya. La parte que hace diferente a la propuesta adicional al tratamiento es que, a pesar de que una persona presente un trastorno, se busca que pueda obtener una calidad de vida digna en la recuperación de su enfermedad.

¿Qué temas son parte de recuperación? La persona desarrolla actividades objetivas para la vida porque se trata de que sea la propia per-

sona quien defina cuáles son las metas en el tratamiento y eso se logra cuando identifica las fortalezas y debilidades. También es ideal que se autogestione la enfermedad. Eso significa que el sistema sanitario le debe entregar las herramientas para que esa enfermedad sea lo más gestionable posible.

Quiero terminar con lo que plantea *El Principito*, de Antoine de Saint-Exupéry, en el que contraponiendo a esta visión en donde vemos solo lo que nos interesa de nuestros servicios: atenciones subsecuentes, cuántas consultas se realizó, etc. No interesa si el tratamiento aportó o no a la calidad de vida de los usuarios. El Principito dice: “Las personas grandes aman los números. Cuando le hablas de un amigo nuevo, nunca te preguntan lo importante. Como su tono de voz o si colecciona mariposas.” Esto estaría a la altura de lo que plantea Nietzsche en cuanto a su *Humano, demasiado humano* y que incluso resulta bastante ambicioso. Me quedaré con lo mismo con lo que se queda el principito: “*Te preguntan qué edad tiene, cuántos hermanos tiene o cuánto pesa*”.

Si el sistema sanitario se preocupara por el nombre que tiene la persona y su sufrimiento, sería un montón. Quiero terminar con mi agradecimiento y gratitud a esos héroes anónimos profesionales de la salud que día a día trabajan por una salud pública, gratuita, de calidad. También quisiera añadir que nunca renunciaremos a la salud como un derecho, a ellos mi gratitud y mi admiración.

Conclusiones

Se resalta en el inicio de la humanidad el uso de drogas como una cuestión cultural y comunitaria. Dependiendo de las particularidades de la sociedad, se desarrolló como un trastorno, después se satanizó. Se menciona cómo las drogas legales han sido sacadas de la importancia del tratamiento. Condrosas legales nos referimos a alcohol, cigarrillo, medicamentos, pero también a estas nuevas adicciones que son sin sustancias.

Se plantea la reflexión sobre qué es tratarse o rehabilitarse. Se enfatiza en cómo el tratamiento ha sido diseñado como un proceso que, más allá del objetivo personal, se ha convertido en un medio coercitivo y por esto no ha funcionado para las personas que quieren tratarse.

¿Qué es lo que funciona? Funciona un tratamiento que no sea tradicional, en el que se incorporen todos los actores; en el que el

Estado pueda proveer de las distintas herramientas y servicios para que estas personas decidan qué es lo que quieren sobre su vida, sobre sus cuerpos y sobre su consumo de drogas.

Bibliografía

- Campbell, S. M., Gately, C., y Gask, L. (2007). Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: A qualitative study. *Chronic Illness*, 3(1), 46–65. <https://doi.org/10.1177/1742395307079193>
- Cantero, F. (2007). Drogas, adicciones y subjetividad. *Norte De Salud Mental*, 29, 58–62. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830395.pdf>
- Drake, R. E., y Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236–242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
- Flannery, F., Adams, D., y O'Connor, N. (2011). A community mental health service delivery model: Integrating the evidence base within existing clinical models. *Australasian Psychiatry*, 19(1), 49–55. <https://doi.org/10.3109/10398562.2010.539220>
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo veintiuno editores.
- Gerrand, V., Bloch, S., Smith, J., Goding, M., y Castle, D. (2007). Reforming mental health care in Victoria: A decade later. *Australasian Psychiatry*, 15(3), 181–184. <https://doi.org/10.1080/10398560701310874>
- Hernández. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171–187. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100010>
- Hobbs Knutson, K., Meyer, M. J., Thakrar, N., y Stein, B. D. (2018). Care Coordination for Youth With Mental Health Disorders in Primary Care. *Clinical Pediatrics*, 57(1), 5–10. <https://doi.org/10.1177/0009922817733740>

- Isaacs, A. N., Sutton, K., Dalziel, K., y Maybery, D. (2017). Outcomes of a care coordinated service model for persons with severe and persistent mental illness: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(1), 40–47. <https://doi.org/10.1177/0020764016678014>
- Kates, N. (2016). Position Paper: The Evolution of Collaborative Mental Health Care. Mayo de 2011. <https://doi.org/info:doi/>.
- Kazdin, A. E., y Rabbitt, S. M. (2013). Novel models for delivering mental health services and reducing the burdens of mental illness. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 170–191. <https://doi.org/10.1177/2167702612463566>
- Kilbourne, A. M., Keyser, D., y Pincus, H. A. (2010). Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(9), 549–557. <https://doi.org/10.1177/070674371005500903>
- Lo, W. T. L., y Yiu, M. G. C. (2010). Operationalization of the SAMHSA model of recovery : a quality of life perspective. 1–13. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9555-2>
- Martin, R. M., Ridley, S. C., y Gillieatt, S. J. (2017). Family inclusion in mental health services: Reality or rhetoric? *International Journal of Social Psychiatry*, 63(6), 480–487. <https://doi.org/10.1177/0020764017716695>
- Morin, E. (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. *Teoría y Praxis*, 8, 116–118. <https://doi.org/10.5377/typ.v1i8.15061>
- Ng, C. H., Than, P. T., La, C. D., Van Than, Q., y Van Dieu, C. (2011). The national community mental health care project in Vietnam: A review for future guidance. *Australasian Psychiatry*, 19(2), 143–150. <https://doi.org/10.3109/10398562.2011.563308>
- OMS/UNODC. (2020). *Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas*. <https://www.unodc.org/ropan/es/normas-internacionales-para-el-tratamiento-de-trastornos-por-el-uso-de-drogas.html>

- ONU. (2017). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Vol. 04875)*. <https://amsmblog.files.wordpress.com/2017/07/informe-del-relator-de-la-onu.pdf>
- Reiss-Brennan, B. (2013). Mental Health Integration. *Journal of Primary Care & Community Health*, 5(1), 55–60. <https://doi.org/10.1177/2150131913508983>
- Saint-Exupéry, A. (1943). *El principito*. Salamandra Editorial
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., y Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353–364. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M., y Le Boutillier, C. (2012). Recovery grows up. *Journal of Mental Health*, 21(2), 99–104. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670888>
- Whiteford, H., McKeon, G., Harris, M., Diminic, S., Siskind, D., & Scheurer, R. (2014). System-level intersectoral linkages between the mental health and non-clinical support sectors: A qualitative systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(10), 895–906. <https://doi.org/10.1177/0004867414541683>

Razones para implementar medidas sustitutivas al encarcelamiento en delitos relacionados a sustancias

MSc. Francis Negrete Argüello

El tema que desarrollaré son las alternativas a las condenas privativas de libertad en delitos relacionados a las sustancias y otros delitos menores. Quiero plantear qué son las alternativas a las penas privativas de libertad en todos los contextos. Indicar lo que dicen los estándares internacionales sobre el tema, luego, explicar cómo se dan las aplicaciones de estas alternativas en contextos de delitos relacionadas con las sustancias y luego motivos por los cuales aplicarlas.

Como primer punto: ¿qué son las alternativas a las penas privativas de libertad? Son todas aquellas medidas que pueden ser tanto reformas jurídicas, como también estrategias, programas o políticas que busquen, primeramente, reducir el procedimiento penal; segundo: limitar el uso del encarcelamiento como retribución penal o como sanción; y tercero: disminuir el tiempo efectivo de privación de libertad en el caso de encarcelamiento para individuos que hayan cometido delitos menores o no violentos (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), 2014).

Para poder explicar esto, he planteado, como se recoge desde la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, una clasificación según las etapas del procedimiento judicial. Entonces tenemos, según este modelo, alternativas de las penas en 3 niveles: las pre-procesales, procesales y post-procesales. Las primeras son medidas que se toman antes de que se abra un proceso penal y que están enfocadas a limitar la entrada de cualquier persona al sistema de justicia penal. Las segundas medidas se dan cuando ya se abre una investigación, un proceso penal; se aplican durante este proceso y están enfocadas ya sea a prevenir que los casos se resuelvan en un encarcelamiento o bien, que si es que se da un encarcelamiento, que este cumpla con medidas de proporcionalidad de acuerdo con el delito. Y las terceras son medidas para el control de la población carcelaria, es decir, cuando ya se tiene una sanción, y están más enfocadas a la liberación anticipada de sentencias de individuos que están en prisión preventiva o que pagan

una pena acompañada de estrategias de integración social (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), 2014). Posteriormente vamos a ver con ejemplos estos puntos para que sea más claro y lo podamos contextualizar

Es importante aclarar que, si bien podemos generar estas clasificaciones por el ámbito procesal, también existen otras clasificaciones que se hacen, por ejemplo, según criterios de a quién beneficia. Entonces vamos a tener alternativas de las penas pensadas para mujeres o para adolescentes, entre otras.

Las normas internacionales sobre las alternativas de las penas mencionan que hay que ratificar que estas acciones están dentro de lo que se considera en diferentes acuerdos y en todas las estrategias mundiales consensuadas a través del sistema de Naciones Unidas. Podemos partir con las reglas de Tokio, donde se subraya que el encarcelamiento debe considerarse el último recurso y se alienta la promoción de medidas no privativas de libertad. Lógicamente, se debe tener en cuenta la intención de generar un equilibrio adecuado entre los derechos de la persona que cometió la conducta sancionable, los derechos de la víctima y los intereses propios de la sociedad (Organismo de Naciones Unidas, 1990). Debido a esto, existe toda una serie de líneas de recomendaciones generadas por expertos académicos de todo el mundo que hablan y se enfocan desde este punto.

Por otro lado, tenemos las reglas de Beijing que se centran más en niños, niñas y adolescentes. También impulsan a que se establezcan todo tipo de acciones posibles para evitar que esta población entre en contacto con el sistema penal y, más bien, sean atendidos desde otro enfoque, desde otros espacios y desde otros servicios que brinden los Estados según sus normativas (Organismo de Naciones Unidas, 1985).

El tercer punto es que estas alternativas a las penas no privativas de libertad también gozan de una coherencia con lo que se establecen los tres tratados de Naciones Unidas sobre sustancias estupefacientes. El tratado de 1961 convoca a prestar atención especial en el tratamiento, en el post-tratamiento y en la rehabilitación de las personas afectadas. De la misma manera, el protocolo de 1972, que se ve inscrito dentro de la convención de 1971, menciona que, cuando se haga un uso indebido de estupefacientes y se haya cometido un delito, las partes antes de declararse culpables o de ser sancionadas podrían ser sometidas a

diferentes alternativas (como tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación o rehabilitación social) para así alejarlas del sistema penal. Por último, si bien en la convención de 1988 se enmarca en que deben tipificarse algunos delitos relacionados con drogas, no se plantea específicamente que las condenas o las sanciones tengan que ingresar dentro del sistema penal. Al contrario, se menciona que los diferentes países miembros, en los casos apropiados y las infracciones de la oferta de carácter leve, podrán sustituir la declaración de culpabilidad o de condena con la aplicación de otros mecanismos tales como: medidas educativas, rehabilitación, rehabilitación social. Es decir, otros apartados que alejen y que no generen una presión más sobre el sistema penal, que debe estar enfocado solo a delitos que sean violentos y de alta connotación (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2014).

Centrándonos en cuáles son las alternativas a las condenas privativas de libertad, en los delitos relacionados a sustancias, comentaré, de las tres clasificaciones que mencioné hace un momento sobre los tipos procesales, ejemplos y quiénes son los actores que deberían interceder:

En las pre-procesales, el primer punto es descriminalizar las conductas del hecho. Esto quiere decir que debemos eliminar el castigo que se podría dar a una conducta en específico. El segundo punto es generar mecanismos de desviación. Esto implica sacar a la sanción del sistema judicial e introducirlos en otros sistemas del Estado que generen apoyos, como puede ser sistema administrativo de seguimiento o medidas socioeducativas (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), 2014). Como ejemplos podríamos mencionar lo que se efectúa en Ecuador con la Constitución del 2008, el Art. 364, que establece que no se pueden criminalizar los usos de sustancias, ya que es un problema de salud pública. Esto tuvo como efecto que, en el 2014, cuando se aprobó el COIP²⁴, se prepararan una serie de artículos para poder aterrizar este mandato constitucional. Por lo que tenemos el establecimiento de umbrales mínimos para el porte de diferentes sustancias de consumo personal. Vemos ahí cómo se discrimina a una de estas conductas al no tipificar la acción como delito.

En este sentido, quienes actúan son los legisladores, puesto que tienen la responsabilidad y el reto de generar diferentes políticas que sean empáticas. Y el otro punto es la policía que, generalmente, son los prime-

24 Código Orgánico Integral Penal

ros actores con quienes se activan la cadena procesal. En estos puntos tenemos los mayores retos, en los que hay que trabajar con modelos de capacitación y formación, considerando estos ejes para evitar la criminalización y vulneración de derechos (en este caso, de las personas usuarias de sustancias).

Dentro de las procesales una de las líneas generales es evitar la prisión preventiva. Se debe tomar en cuenta que, si estamos dentro de un proceso judicial, ya tenemos una investigación en marcha (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), 2014). En este punto tendrían que generarse diferentes acciones que garanticen que la persona inculpada transite todo el proceso judicial, pero sin afectar sus derechos. En estos casos, existen otras alternativas a la prisión preventiva, por ejemplo, el brazalete electrónico, el sistema de presentación ante Fiscalía en horarios fijos, arresto domiciliario que puede ser parcial o total, entre otras. Es decir, existe toda una diversidad de mecanismos alternativos. Otro punto es resolver la remisión a otro tipo de servicios. Esto en nuestro país se puede ver bastante en administración de justicia para adolescentes, donde se evita que entren en un sistema penal y, por lo tanto, que se sustituye el proceso por la implementación de medidas socioeducativas u otros acompañamientos. Todo para asegurar que los procesos educativos y de garantía de la salud del menor se fortalezcan y siempre velen por el interés primario y más importante del menor. Aquí son los legisladores y los operadores de Justicia quienes van a tomar un rol importante porque, en caso de que alguien llegue debido a un porte de sustancias, donde no se haya comprobado tráfico aún, va a ser un juez de flagrancia quien podría desestimar el tema y anular todo el proceso, en lugar de tener que seguir a otras instancias. En el caso de menores, se tendría que tomar decisiones dentro de un comité de protección para evitar que se siga un camino procesal contra ellos.

Con respecto a las medidas post-procesales como ejemplos de alternativas a las condenas que no sean privativas de la libertad, existen los indultos, que en sí consisten en la liberación bajo cierto cumplimiento de condiciones (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), 2014). En el Ecuador, por ejemplo, el gobierno indultó a más de 2000 personas que estaban sentenciadas por tráfico de drogas en el 2008. Quienes querían beneficiarse tenían que cumplir 3 requisitos: haber sido sentenciadas por tráfico, que la cantidad por la cual hayan tenido la sentencia no exceda los 2 kg y que se haya cumplido

do por lo menos el 10% de la pena. En este caso, las personas salían del sistema judicial y, según reportes del extinto CONSEP, se tenía indicadores de muy poca reincidencia de las personas que fueron indultadas.

Otro punto es la libertad condicional, que es recibir la suspensión de la condena mientras se cumplan algún tipo de condiciones establecidas, como que la persona no pueda salir del país, presentación periódica en cierta instancia judicial, etcétera. Entonces son diferentes mecanismos que se pueden aplicar para evitar los efectos secundarios que tenemos dentro de un sistema penal.

Ahora hablaré sobre los motivos por los que es necesario y por qué se motiva a que los Estados tomen y apliquen este tipo de prácticas. Principalmente es para mitigar el hacinamiento relacionado a las condenas por delitos de drogas o delitos contra la propiedad, que son considerados delitos menores, no violentos.

Según un informe de UNODC, en el año 2018, el 35% de todas las mujeres privadas de libertad en el mundo estaban pagando alguna condena por delitos relacionados con sustancias. En el caso de los hombres, el número fue de 19% (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018). Según el diagnóstico levantado por Kaleidos (2021) junto con la Universidad de las Américas, con datos del SNAI²⁵ hasta abril del 2021, se identifica que el 20.1% de toda la población privada de la libertad estaba vinculada con delitos relacionados con las sustancias; al realizar un análisis por sexo, el porcentaje de mujeres era 54.8% y el de los hombres del 26.2% (Kaleidos, 2021). Además, el segundo más connotado era el delito contra la propiedad, donde vemos que las mujeres tenían una participación del 17.9% y los hombres una del 26.7% (Kaleidos, 2021). Esto evidencia cómo, si implementáramos otras medidas a las penas en estos delitos relacionados con drogas, tuviésemos un fuerte impacto en el hacinamiento carcelario.

Otra razón para implementar este tipo de medidas se asocia a que las alternativas a las penas privativas de libertad son una respuesta más humana, eficaz y menos costosa para proteger la salud y la seguridad pública que la aplicación del derecho penal. Según estimaciones del Justice Policy Institute, mientras que el tratamiento de trastornos por uso de sustancias en la prisión representa beneficios de entre \$1.90 y

25 Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores.

\$2.60 por cada dólar invertido, los programas terapéuticos fuera de la prisión alcanzan a tener beneficios de \$8.87 por cada uno invertido (Justice Policy Institute, 1997). Estos beneficios están relacionados con mitigar las consecuencias no deseadas a las penas privativas de libertad, como reducir la prevalencia de enfermedades en la prisión (por ejemplo, el VIH o tuberculosis), además de garantizar el acceso a servicios de salud, educación e inclusión social. que generalmente se ven mermados en contextos carcelarios.

Y, por último, porque permiten el cumplimiento de los objetivos fundamentales de los Estados con relación al abordaje del fenómeno de las drogas, que son implementar un abordaje con enfoque de salud pública y lograr una respuesta más humana y efectiva ante los delitos menores relacionados con sustancias. Además, se logra reducir los impactos negativos del encarcelamiento, de los delitos menores o no violentos, se contribuye a reducir el hacinamiento y las violaciones de los derechos humanos que pueden derivarse del mismo. Por otra parte, se debe racionalizar el uso del derecho penal manteniendo el empleo de la sanción privativa de libertad como último recurso y, a su vez, garantizar la Seguridad Pública y la seguridad ciudadana, con prioridad en el uso de recursos en la lucha del crimen organizado y las grandes esferas. También, generar diferentes procesos de inclusión económica y social que den la oportunidad de poder desarrollar un plan de vida sostenible a personas que se ven involucradas en el delito porque no tuvieron ninguna otra oportunidad.

Como reflexiones finales, se destaca que la implementación de medidas alternativas a las penas privativas de libertad representa un importante avance en la construcción de una sociedad más justa e inclusiva. Estas medidas han demostrado ser efectivas en la reintegración, debido a que fomentan la rehabilitación y la reinserción social. Además, al reducir el hacinamiento en las prisiones, estas medidas han ayudado a mejorar las condiciones de detención para aquellos que aún están cumpliendo penas privativas de libertad. La disminución de la sobrepoblación en las cárceles conlleva a un ambiente más seguro para el personal penitenciario y los reclusos, puesto que se reduce así el riesgo de violencia y abusos.

Asimismo, las medidas alternativas promueven un enfoque centrado en la reparación y reconciliación con las víctimas y la comunidad. Al brindar la oportunidad de compensar y asumir responsabilidad por

sus acciones, los infractores tienen la posibilidad de restaurar el tejido social dañado y contribuir a la sanación de las heridas causadas por sus actos.

La adopción de medidas alternativas a las penas privativas de libertad también refleja un compromiso claro con los principios de proporcionalidad y justicia restaurativa. Al considerar las circunstancias individuales de cada caso y aplicar sanciones adecuadas, se asegura que el castigo sea acorde a la gravedad del delito cometido y se evita la imposición de penas desproporcionadas o excesivas. Lo que, sin duda, en el caso de mujeres ecuatorianas privadas de libertad por delitos relacionados a sustancias, cambiaría su realidad y la de sus familias.

Por último, es vital reconocer que la implementación de medidas alternativas no es solo una cuestión de humanidad, sino también de sostenibilidad y eficiencia en el sistema de justicia penal. Al invertir recursos en programas de rehabilitación y supervisión comunitaria, estamos contribuyendo a la reducción de la reincidencia y a la construcción de una sociedad más segura y resiliente.

En conclusión, los aspectos positivos su aplicación de medidas alternativas a las penas privativas de libertad son innegables. En el caso de Ecuador, se debe instar a los operadores de justicia a utilizar las herramientas establecidas en la Constitución y el COIP con el fin de aplicar medidas alternativas a las penas privativas de libertad.

Bibliografía:

- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). (2014). *Alternativas al Tratamiento Penal de los Delitos Relacionados con Drogas*. <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/alternativas-encarcelamiento/Alternativas-al-Tratamiento-Penal-de-los-Delitos-Relacionados-Con-Drogas-MJD.pdf>
- Justice Policy Institute. (1997). *Justice Policy Institute - Justice Policy Institute is dedicated to reducing use of incarceration and the justice system by promoting fair and effective policies*. <https://justicepolicy.org/>
- Kaleidos. (2021). *Diagnóstico del Sistema Penitenciario del Ecuador*. https://www.ethnodata.org/media/filer_public/6b/b1/6bb1b51c-e435-

4edd-9508-848bfac91e91/diagnostico_sistema_penitenciario_ecuador_kaleidos_2021.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2014). *Los tratados de fiscalización internacional de drogas*. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_S.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *Resumen Informe Mundial sobre Drogas 2018*. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

Organismo de Naciones Unidas. (1985, November 28). *Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (Reglas de Beijing)* | OHCHR. Oficina Del Alto Comisionado de Los Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-standard-minimum-rules-administration-juvenile>

Organismo de Naciones Unidas. (1990). *Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad*. [https://www.cidh.oas.org/ninez/pdf_files/Reglas de Tokyo.pdf](https://www.cidh.oas.org/ninez/pdf_files/Reglas_de_Tokyo.pdf)

Autores/as

Ana Burgos



Licenciada en Antropología Social y Cultural por la Universidad Complutense de Madrid. Tiene estudios en Periodismo por la Universidad de Sevilla. Máster en Género y Desarrollo por el Instituto Complutense de Estudios Internacionales, cuya investigación versa sobre género, sexualidad y prisiones desarrollada en Bogotá con la entidad Colombia Diversa. Posee un posgrado en Relaciones de Género por la Universidad Nacional Autónoma de México. Cuenta con amplia formación complementaria en temas de violencia de género, sexualidad, educación, drogas y adicciones.

Roberto Enríquez

PhD en Psicología de la Universidad de Palermo, Buenos Aires – Argentina. Máster en Asistencia y Prevención de la Drogadependencia por la Universidad del Salvador, Buenos Aires – Argentina. Posgrado en Terapia Dialéctica Comportamental. Psicólogo Clínico por la Universidad Central del Ecuador. Especialista del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones. Docente de la Maestría de Intervención Psicológica de Adicciones, Universidad Central del Ecuador. Profesor invitado por la Organización The Colombo Plan, para el Currículum Universal de Tratamiento de Drogas.



José Giménez Costa



Doctor en Psicología por la Universidad de Valencia (2011). Profesor contratado Doctor de Psicología en el Departamento de Psicología Básica de la Universidad de Valencia (UV), España, desde 2015. Anteriormente fue profesor asociado desde 2002. De 2002 a 2015 fue director de una Unidad de Prevención Comunitaria de Drogodependencias en una Mancomunidad de Municipios de la provincia de Valencia, España. Miembro de Socidrogalcohol (Sociedad científica española de conductas adictivas), así como del grupo de investigación “Determinantes Psicosociales en el Proceso Adictivo”. Ha sido asesor del Comité Técnico de Prevención de la Dirección General de Salud Pública y Adicciones de la Generalitat Valenciana. Sus principales intereses de investigación se centran en el campo de las adicciones, específicamente en el estudio de los nuevos patrones de consumo de alcohol (como el Binge Drinking) y en el diseño de programas de prevención para jóvenes. Ha publicado numerosos trabajos de investigación y ha participado en conferencias internacionales y nacionales.

Valeria Grijalva

Psicóloga clínica y Magíster en Psicología Clínica, con mención en Psicopatología y Psicoanálisis por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Cuenta con 15 años de experiencia en trabajo clínico con niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores. Tiene experiencia en atención a personas refugiadas, cuidados paliativos, trabajo infantil y abuso sexual. Actualmente es psicóloga clínica del Centro de Psicología Aplicada (CPA) en la PUCE y también es terapeuta en consulta privada.



Gabriela Hernández Mantilla



Psicóloga clínica por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Máster en Investigación, Tratamiento y Patologías Asociadas en Drogodependencia de la Universidad de Valencia. Doctoranda en Investigación en Psicología por la Universidad de Valencia. Cuenta con un diplomado en desmanicomialización, fundamentos y prácticas para la inclusión en comunidad por la Universidad de Ciencias empresariales y sociales UCES de Argentina. Cursó la formación de Experto Universitario en Estadística aplicada a las Ciencias de la salud. Trainer del currículum universal de tratamiento para los trastornos por uso de sustancias. Ha sido consultora para la Organización Panamericana de la Salud. Fue docente en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad Central y Universidad Técnica del Norte. Trabajó en el proyecto para la creación e implementación de servicios de la red de salud mental comunitaria y centros estatales de recuperación en adicciones en el Ministerio de Salud. En la misma institución trabajó en la gestión para la implementación de centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas. Fue coordinadora del área de acompañamiento terapéutico del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP)

Marya Hynes

Jefa del Observatorio Interamericano de Drogas (OID) de la CICAD/OEA, donde desarrolla y lidera programas para el monitoreo y evaluación de la problemática de drogas en todo el hemisferio. Máster en Ciencias de la Salud de la Universidad Johns Hopkins Bloomberg. Tiene una especialización en Epidemiología de la Adicción y Trastornos Psiquiátricos Conexos. Ha sido autora de diversos informes y artículos científicos sobre el uso de drogas en las Américas. Miembro del comité científico para el Informe Mundial de Drogas de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Ha recibido reconocimientos internacionales por su trabajo en temas de investigación en materia de drogas.



David Jaramillo



Economista por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y la Universidad de Grenoble Alpes (Francia). Máster con especialización en Política Económica por la Universidad Erasmus de Rotterdam (Holanda), donde obtuvo la distinción Cum Laude. Máster en Economía del Desarrollo por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO. Actualmente se desempeña como oficial nacional en Ecuador de la oficina de la Organización Internacional del Trabajo para los países andinos. Su experiencia se ha centrado principalmente en política pública en diversos ámbitos. Ha sido consultor económico para el Banco de Desarrollo para América latina CAF para la asistencia técnica al Ecuador en política fiscal, tributaria, calidad del gasto y protección social en el sector público. Ha ocupado cargos como Subsecretario de Análisis Prospectiva y Evaluación de políticas de drogas de la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas. Se desempeñó como director de Prevención del Delito en el Ministerio del interior. Como docente, ha impartido cursos sobre finanzas públicas a nivel de maestría, teoría de juegos, microeconomía, comercio exterior y estadística avanzada.

Manuel Martínez Garrido



Psicólogo por la Universidad de Valencia. La formación en psicología se complementa con dos ámbitos, el de las drogodependencias y el de la sexualidad. Sexólogo por el Instituto de sexología IN.CI.SEX de la Universidad de Alcalá de Henares de Madrid. Desde el año 2002 trabaja como técnico en la Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas del municipio de Alaquàs, donde desarrolla programas tanto de prevención en drogodependencias y otras conductas adictivas como en temas de sexualidad. Desde el año 2021 es el técnico responsable de las políticas asociadas a grupos LGBTI en el municipio de Alaquàs.

José Miñarro López

Catedrático de Psicobiología de la Universidad de Valencia, España. Director del Máster oficial de Investigación, Tratamiento y Patologías Asociadas en Drogodependencias. Su actividad se centra en el estudio de las bases neurobiológicas de las drogodependencias, ha publicado más de 160 artículos en revistas científicas indexadas, incluidas el JCR. Miembro y fundador de la Red de Trastornos Adictivos y de la RIAPA, que es el Instituto de Investigación Carlos III. Ha sido profesor invitado en diferentes universidades y centros de investigación, como Rockefeller University en Estados Unidos o Monash University en Australia. Mantiene colaboraciones con diferentes centros nacionales e internacionales de investigación.



Cristina Muñoz Zeas



Graduada en Derecho por la Universidad de Cuenca, Ecuador. Cursó el programa de Política Exterior con mención en Diplomacia en el Instituto de Altos Estudios Nacionales. Máster en Relaciones Internacionales y especialista en Estudios europeos por la Universidad de Pécs, Hungría. Posee una certificación en diplomacia por la Academia de Diplomacia europea, con sede en Varsovia. Ha participado en foros nacionales e internacionales en Alemania, Polonia, Hungría, Paraguay y Túnez. Ha sido asesora jurídica en la sala de concejales de Cuenca, analista jurídica para la subsecretaría de investigación científica y analista de asuntos internacionales para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ha participado en diversos proyectos y grupos de investigación.

Francis Negrete Argüello

Consultor de la oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Sociólogo con mención en Ciencias Políticas por la PUCE. Diplomado en políticas de drogas, salud y derechos humanos por el CIDE de México. Máster en Investigación de Políticas Públicas para la prevención integral de drogas por el IAEN.



Jorge Paladines



Fue profesor de la Universidad Central del Ecuador. Exasesor y defensor público regional de la defensoría pública del Ecuador. Doctor en Derecho Penal por la Universidad Bremen. Investigador visitante en las universidades de Hamburgo, Bochum y Humboldt de Berlín. Máster en Ciencias Políticas por la FLACSO y en Derecho Constitucional por la Universidad Andina Simón Bolívar. Abogado por la Universidad de Guayaquil.

Monty Peiró

Licenciada en Psicología por la Universidad de Valencia. Graduada en Antropología Social y Cultural por la UNED. Mediadora Intercultural de profesión. Colabora en los programas de radio Territori Sonor y Pròxima Parada, ambos en la Radio autonómica valenciana À punt. Canta y toca la guitarra en las bandas Gran Quivira, The Umbrellas y Everlastrings. Canta en la banda The Backseats.



Graciela Ramírez



Docente universitaria de posgrado y pregrado. Tiene experiencia en trabajos relacionados en varios campos con teoría psicoanalítica. Experta en trabajo con grupos de atención prioritaria en intervención y prevención de violencia de género, maltrato infantil, y delitos sexuales. Ha trabajado en diversas instituciones públicas y privadas con poblaciones en situación de extrema vulnerabilidad. Psicóloga clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Máster en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo por la Flacso Quito. Máster en Lingüística Teórica por la Universidad Pompeu Fabra de España. Diplomado superior en Psicoanálisis y Prácticas Socioeducativas. Diplomado superior en Escritura, Lectura y Educación por la Flacso Argentina. Cuenta con una formación superior en psicoanálisis en la sección clínica de Barcelona del Instituto del campo freudiano. Actualmente finaliza su investigación doctoral en la Pontificia Universidad Católica de Perú.

Verónica Realpe

Psicóloga clínica por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Maestrante de investigación en Literatura, con mención en escritura creativa, en la Universidad Andina Simón Bolívar. Maestrante en Humanidades, Arte, Literatura y Cultura Contemporánea en la Universidad Oberta de Catalunya. Cuenta con experiencia en temas de bienestar universitario y en el ámbito de investigación en educación superior, especialmente en temas relacionados al consumo de alcohol y otras drogas. Ha desarrollado investigaciones en temas de liderazgo de servicio y aspectos psicosociales. En 2017 participó en el estudio cuantitativo “consumo de drogas lícitas e ilícitas” en estudiantes de la PUCE en Quito y en la construcción de la primera ruta de actuación en casos de consumo de alcohol y otras drogas. Actualmente es especialista en apoyo psicosocial en la dirección de bienestar estudiantil de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y se encuentra trabajando en el rotocolo de actuación en casos de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a nivel institucional.



Batul Rojeab Bravo



Estudiante de MPhil/Phd en la St. George's University of London en Reino Unido financiado por el National Institute for Health and Care Research (NIHR). Máster en Investigación, Tratamiento y Patologías Asociadas a las Drogodependencias por la Universidad de Valencia. Psicóloga clínica por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Trabajó en la Secretaría de Salud del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito para la aprobación de la Estrategia de Atención y Prevención Integral de Drogas. Trabajó como docente de la Facultad de psicología y coordinadora del Diplomado en Prevención del uso problemático de drogas en la PUCE. Fue parte del equipo que contribuyó en la construcción del Plan Nacional de prevención integral de drogas 2017-2021 en la ex Secretaría Técnica de Drogas. Fue coordinadora de normativa de prevención y reducción de riesgos y daños en el Ministerio de Salud Pública. Es coordinadora de investigación en el Grupo de Investigación e Intervención sobre Drogas de Ecuador GIIDE. Fue coordinadora del Grupo de estudio "Las drogas y el mundo actual" en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Es miembro de la Sociedad Europea de investigación en prevención y de la Sociedad Europea para la investigación social en temas de drogas. Es activista en temas de diversidades sexuales y género.

Andrea Sixto Costoya



Trabajadora Social por la Universidad de Vigo. Máster en Investigación, Tratamiento, Patologías Asociadas por la Universidad de Valencia y Doctora por la misma universidad. Actualmente es investigadora postdoctoral en la Universidad Politécnica de Valencia y forma parte del grupo IUSIS Unidad de Investigación social y sanitaria de la Universidad de Valencia. Su trayectoria e investigadora se mueve tanto en los estudios de la ciencia abierta y datos abiertos como el trabajo social y las adicciones. Ha participado en diferentes proyectos financiados por el Plan Nacional sobre drogas del Gobierno de España y forma parte de un convenio de colaboración para el Plan Municipal de Drogodependencias de Valencia. Ha presentado contribuciones en diferentes congresos internacionales de prestigio. Sus publicaciones científicas, en el campo de las adicciones, incluyen capítulos en libros y artículos científicos publicados en revistas de impacto y versan sobre prevención, trabajo social, adicciones, COVID, comportamentales y uso de datos abiertos en el área de las adicciones. Participa anualmente de la formación en diversas asignaturas en la Universidad de Valencia, en el área de trabajo social, abordando este tema de trabajo social y las adicciones. Forma parte de la Junta directiva de Médicos del Mundo en la Comunidad Valenciana, donde uno de los programas se centra en las personas sin hogar, con problemas de salud mental y adicciones.

Estéfano Viteri Negrete



Ingeniero matemático de la Escuela Politécnica Nacional. Maestrante en Optimización Matemática de la Escuela Politécnica Nacional. Profesionalmente se ha desempeñado como ayudante de investigación en el departamento de Matemáticas en la Escuela Politécnica nacional. Se encuentra en la actualidad vinculado a proyectos de optimización en el sector agrícola. Es miembro activo del Grupo de Investigación e Intervención sobre Drogas de Ecuador, en el que aporta principalmente al modelamiento de datos y en procesos de investigación.

Colaboradores/as principales

Daniela Andrade



Psicología Clínica por la Universidad Central del Ecuador. Diplomada Política de Drogas, Salud y Derechos Humanos por el Programa de Política de Drogas del CIDE – México. Cuenta con un diplomado en Psicoterapia Basada en Evidencia por la Universidad Internacional el Ecuador y otro en Hipnosis Ericksoniana por la Sociedad Ecuatoriana de Hipnosis Científica. Además, es maestrante en Prevención en drogodependencias y otras conductas adictivas en la Universidad Internacional de Valencia. Ha sido expositora en el II Congreso Latinoamericano de Ciencias Psicológicas (CLACIP) y en el Seminario Internacional “El consumo problemático de drogas legales e ilegales: Los nuevos retos para Latinoamérica”. Es miembro del Grupo de Investigación e Intervención sobre Drogas del Ecuador (GIIDE) y miembro del equipo Ecuador en el proyecto internacional sobre Reducción de Riesgos y Daños en uso de Nicotina. Fue funcionaria de la Secretaría del Comité Interinstitucional de Drogas en el Ministerio de Salud Pública y actualmente es coordinadora de Prevención Integral de Adicciones en la Secretaría Metropolitana de Salud.

Daniela Ocaña Gordillo



Socióloga con mención en Ciencias Políticas por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Becaria de Fulbright al haber completado el Hubert Humphrey Fellowship Program 2016-2017, en donde obtuvo una especialización en Investigación, Prevención y Tratamiento del Abuso de Sustancias por la Virginia Commonwealth University. Actualmente se encuentra cursando la maestría de investigación en Ciencias de la Adicción en Virginia Commonwealth University, como becaria del National Institute on Drug Abuse del Gobierno de los Estados Unidos. Tiene 12 años de experiencia laboral e investigativa en el ámbito de las drogas: ha trabajado para el CONSEP, SETED, Ministerio de Educación y Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Es autora de dos artículos académicos: “Factores de riesgo y protección para el uso de marihuana y uso problemático en una muestra nacional sobre estudiantes mujeres de educación secundaria en el Ecuador” y “Factores de riesgo y protección del uso de heroína en una muestra nacional de adolescentes en Ecuador”. Participó como coautora en las publicaciones *A la deriva y Políticas sobre drogas en el Ecuador* de Parametría. Actualmente se encuentra laborando en el Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD/OEA, como oficial de proyecto.

Paula Alarcón

Psicóloga clínica por la Pontificia Universidad del Ecuador. Se encuentra cursando un diplomado en Neurotecnología Educativa en el Politécnico de Colombia. Ha trabajado en el área de evaluación psicológica en el Centro Psicoterapéutico Anzus. Actualmente se dedica a la atención psicológica particular a pacientes en las ciudades de Ibarra y Quito.



El fenómeno de las drogas acarrea problemáticas que inciden a nivel social de manera transversal en un sinnúmero de aristas y repercuten en la cotidianidad de los/las ciudadanos/as, la organización social, la estructura y funcionamiento de los Estados, las dinámicas familiares e individuales; por lo que nos involucra a todos/as.

Los dieciocho temas en este libro intentan provocar nuevos debates y reflexiones; así como mayor interés e involucramiento en las intervenciones relacionadas al fenómeno de las drogas. Intentamos mostrar perspectivas centradas en el bienestar de los seres humanos, la reducción de las inequidades sociales, del estigma y la discriminación.

ISBN: 978-9978-77-725-1



9789978777251



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

edi
PUCE