

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/281110871>

Drogas: Conceptos, Miradas y Experiencias

Book · August 2015

CITATION

1

READS

2,569

1 author:



[Claudio Rojas-Jara](#)

Universidad Católica del Maule

16 PUBLICATIONS 14 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Una reseña sobre drogas [View project](#)



Libro Familias y niñez [View project](#)

DROGAS

Conceptos, Miradas y Experiencias



Claudio Rojas Jara
EDITOR

 UNIVERSIDAD
CATOLICA
DEL MAULE

DROGAS

Conceptos, Miradas y Experiencias

Claudio Rojas Jara
EDITOR

DROGAS

Conceptos, Miradas y Experiencias

Editor:

Claudio Rojas Jara

Primera Edición: Agosto 2015

ISBN: 978-956-358-843-9

Para contactar a los autores:

crojasj@ucm.cl

Diseño y diagramación:

Alejandro Abufom Heresi

abufom@gmail.com

Ilustración de portada:

Marcos Amador Rojas

Psicólogo

marcos.amador.rojas@gmail.com

Universidad Católica del Maule

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Psicología

A Joana, Sebastián, Claudia, Kita y Bruno,
las auténticas y exquisitas drogas de mi vida.

ÍNDICE

Prólogo	9
Repensar los conceptos y las normas sobre drogas Ibán de Rementería. <i>Red Chilena de Reducción de Daños.</i>	11
Tratamiento para el uso problemático de drogas. Conceptos y pilares elementales de una intervención terapéutica. Claudio Rojas Jara. <i>Universidad Católica del Maule, Chile.</i>	25
Estigma y drogas. “Cuidado con los volados de la esquina”. Sergio Chacón Armijo. <i>Fundación Paréntesis, Chile.</i>	41
Drogas, emociones y género. Una aproximación desde la Psicología. Yanina Gutiérrez Valdés. <i>Universidad Católica del Maule, Chile.</i>	53
Drogas y enfoque de Derechos Humanos. Una perspectiva crítica a los abordajes criminalizadores y patologizantes del consumo de drogas. Harún Oda Gallegos. <i>Universidad Católica del Maule, Chile.</i>	65
Intervención psicoeducativa con familiares y/o personas significativas de adolescentes en conflicto con la justicia y consumo problemático de drogas. Una mirada desde Trabajo Social. Alex Solís Luna. <i>Centro Integral de Tratamiento Gamma, Cauquenes, Chile.</i>	81
Consumo de drogas en la adolescencia. ¿Desde qué ventana estamos mirando? Catalina Contreras Orozco. <i>Fundación Paréntesis, Centro La Escalera, Talca, Chile.</i>	95

Conductas suicidas y consumo de drogas en adolescentes. Aspectos generales y la importancia de su prevención.	
Pablo Méndez Bustos y Evelyn Rojas Sepúlveda. <i>Universidad Católica del Maule, Chile.</i>	107
El eslabón perdido. Inserción social de adolescentes que presentan consumo de drogas y conflictos con la justicia.	
Cristian Valenzuela Stuardo. <i>Centro Integral de Tratamiento Gamma, Cauquenes, Chile.</i>	121
La investigación psicológica sobre las drogas en Paraguay	
José García Noce. <i>Universidad Católica de Asunción, Paraguay.</i>	131
Los aportes de Hermilio Valdizán y el cocainismo en el antiguo Perú	
Tomás Caycho Rodríguez. <i>Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Perú.</i>	
Gonzalo Salas Contreras. <i>Universidad Católica del Maule, Chile.</i>	
Walter Arias Gallegos. <i>Universidad Católica San Pablo, Perú.</i>	145
Drogadicción. El espacio que existe entre la enfermedad y la palabra.	
Carlos Hernández Armas. <i>Universidad Autónoma del Estado Hidalgo/Child Fund, México.</i>	157
Chile y el uso terapéutico de la cannabis. Un camino colectivo y solidario.	
Ana María Gazmuri. <i>Fundación Daya, Chile.</i>	171
Sobre el Editor	181

PRÓLOGO

Las drogas alcanzan un grado de plétora y diversidad en su definición que pareciera no tener límites. Basta tan sólo con que escriban la palabra en el navegador más popular de la web, para que aparezcan, en 0.34 segundos, 102 millones de resultados. El Diccionario de la Real Academia Española refiere que el concepto de droga tiene diversas acepciones, desde una sustancia o medicamento hasta la noción de embuste, engaño y deuda. Para denominarle podemos encontrar criterios clínicos (blandas o duras), jurídicos (legales e ilegales), farmacológicos (estupeficientes y psicotrópicos), de origen (naturales o de síntesis), en base a sus efectos (estimulantes, depresoras y alucinógenas) o usos culturales (espiritual, terapéutico y recreativo). De todos modos, estos no excluyen la existencia y aplicación en diversos contextos de otros criterios de índole más bien nosológico, moral y político. Sin embargo, estas consideraciones ponen también de manifiesto la existencia de una dificultad inherente a la búsqueda de una definición única o totalizadora de lo que las drogas son. Probablemente esto resida en que al igual que la humanidad, este fenómeno es dinámico, histórico-cultural e interactivo.

La ilustración que acompaña la portada, es una invitación a reconocer que la temática de las drogas dista por mucho de ser algo carente de matices. Tal y como encontrarán en los contenidos de cada uno de los capítulos en este libro, hablar de drogas implica observar la multi-tonalidad de elementos que le componen. La droga y quien le usa no son, ni serán, los únicos elementos constitutivos. Miradas disciplinares y profesionales, atribuciones históricas, sociales, espirituales y culturales, marcos jurídicos y sanitarios, enfoques político-económicos y otras tantas perspectivas, nos conminan a identificar que estamos frente a un fenómeno que tiene tantas interpretaciones como puntos de vista puedan existir. En *Drogas: conceptos, miradas y experiencias* se invita al lector a empaparse amigablemente en esta multiplicidad, buscando ampliar las percepciones respecto

al tema y favorecer el ejercicio crítico al que es, probablemente, uno de las temas más regulares en la sociedad histórica y actual, hecho que no se traduce simultáneamente a una mayor comprensión del mismo.

La primera parte de este libro nos presenta la revisión de algunos importantes conceptos involucrados en esta temática, donde cada autor se detiene, e intencionadamente profundiza, en elementos como las normas sobre las drogas y su denominación, el tratamiento y sus bases fundamentales, el estigma que ronda sobre los usuarios de drogas, las emociones, el género y su relación con el uso de sustancias. Una segunda parte ahonda en las miradas sobre el enfoque de derechos y las drogas, la intervención con familiares desde la perspectiva del trabajo social, el suicidio y las drogas, y el consumo de drogas en la adolescencia. La última parte, nos sitúa en la revisión de diversas experiencias, tanto nacionales como internacionales, con respecto al tema de las drogas en tanto conceptualizaciones, historia, cultura, usos, prevención e investigación.

La invitación queda ahora extendida, bajo estos contenidos y referencias, para avanzar en las próximas páginas hacia una lectura de seguro interesante y propositiva, donde autores de los más diversos ámbitos, contextos, disciplinas y perspectivas, ofrecen una mirada particular sobre las drogas. Cada uno de ellos va aportando conceptos, miradas y experiencias que buscan enriquecer los matices de este fenómeno y resaltan la muti-tonalidad que este libro pretende dejar en evidencia.

El Editor

CAPÍTULO 1

Repensar los conceptos y las normas sobre drogas

Ibán de Rementería¹

Red Chilena de Reducción de Daños, Chile.

El proceso de repensar los conceptos y las normas, para prevenir y controlar el consumo y la provisión de drogas, ha seguido en los últimos años una trayectoria singular. Las prácticas para regular, de una manera racional y humana, el mercado de sustancias psicoactivas han antecedido a los debates y a la conceptualización para cambiar las actuales normas y nociones que rigen las políticas de drogas, las cuales están sobre determinadas por las convenciones de drogas de las Naciones Unidas. Para una revisión reciente, y en español, sobre la situación actual en drogas es recomendable el texto de Montañez².

Un buen ejemplo de la imposición de las prácticas sobre las normas es la autorización en Chile por el Servicio Agrícola y Ganadero (SAG) de los cultivos de cannabis con fines terapéuticos a la Fundación Daya y el Municipio de La Florida el año 2014. La ley 20.000 de drogas le entrega competencia al SAG para autorizar los cultivos de los diversos vegetales sometidos a control por las normas sobre drogas, no obstante, el decreto 687 del 2007 y las normas sanitarias de control de medicamentos, decretos 403 y 404 del 1983, ubican esta sustancia y sus derivados en la lista 1 prohibiendo expresamente su uso médico y, por lo tanto, su cultivo solo puede ser autorizado con fines de investigación científica.

1. Cientista Político, Universidad de los Andes, Colombia. Estudios para Licenciatura en Filosofía, Universidad de Chile. Secretario Ejecutivo de la Red Chilena de Reducción de Daños.

Correspondencia dirigirla a: derementeriaiban@gmail.com

2. Montañez, V. (2014). *Rompiendo el Hielo*. Donostia: Fundación Renovatio.

1. Las dimensiones generales del asunto de drogas en Chile

Según la última encuesta epidemiológica de SENDA (2013), 27% de la población de Chile (entre 12 y 64 años) ha consumido alguna droga alguna vez en la vida, no obstante el 94% de ella no ha usado ninguna droga en el último año, solo un 4% de aquella ha hecho uso de alguna de ellas en el último mes, entre estos algunos hacen consumo de riesgo, y finalmente el 74% de quienes usaron drogas han dejado de hacerlo. Entre quienes han usado alguna droga alguna vez en su vida el 97% ha usado marihuana, el 6,4% la usa en la actualidad, en el último año, el 3,5% hace consumo de riesgo, mensual, y solamente el 0,4% tiene consumo mensual de pasta base (PBC). El 75,4% de quienes han usado marihuana ha abandonado el consumo, en PBC lo ha hecho el 77,4%; en psicofármacos el abandono es 56,8%, de alcohol el 16,5% y tabaco el 31,1%.

Cuadro 1. Uso drogas en Chile

Sustancia	Uso vida	Uso anual	Uso mensual	Tasa abandono
Marihuana	26,0	6,4	3,5	75,4
PBC	3,1	0,7	0,4	77,4
Cocaína	6,6	1,8	1,0	72,7
Cocaína total	7,7	2,2	1,3	71,4
Cualquiera (1)	26,8	7,0	3,9	73,9
Tranquilizantes (2)	29,4	12,7	6,8	56,8
Alcohol	82,0	68,5	49,8	16,5
Tabaco	68,7	47,3	41,2	31,1

Fuente: Senda, 2013. (1) El conjunto de las anteriores. (2) Consumo en 2004.

En cuanto a los consumos entre algunas poblaciones específicas como los jóvenes, el 30% de los escolares son usuarios actuales de cannabis y el 60% de alcohol. Lo que sabemos científicamente es que el consumo de drogas aumenta en la medida en que se deteriora la salud mental de la población. Del mismo

modo en que el consumo de marihuana ha crecido en un 60%, los dos últimos años, entre los escolares, las licencias médicas por salud mental han pasado de un 24% al 48% del total, siendo un claro indicador de una muy mala situación de salud mental de nuestra población. Siempre hemos sabido que las personas con problemas de salud mental tienen consumos mayores de drogas sea de tabaco, alcohol, drogas o psicofármacos que la población en general (“patología dual”), para así sobrellevar el dolor que les causan sus males y el trato que -por lo mismo- les da la sociedad. Por lo tanto, argumentar que el uso de drogas aumenta las enfermedades mentales es una falsedad científica y una promoción deshonesta de los tratamientos de drogas como modelo de negocio.

Riesgo de drogas según escala de Nutt. Las drogas fueron clasificadas por Nutt³ entre 0 y 100 por sus impactos en la salud y el entorno social de la siguiente manera:

Cuadro 2. Riesgos de daños en drogas

Alcohol	72	Marihuana	20
Heroína	55	Metadona	14
Crack	54	Éxtasis	9
Metanfetamina	33	LSD	7
Cocaína	27	Buprenorfina	7
Tabaco	26	Hongos	6

La investigación de Nutt discierne entre los daños que el consumo de las diversas sustancias le causa al sujeto, daño sanitario, del daño que se causa a los otros, daño social. En lesta escala, sobre daño personal y social, el alcohol tiene un impacto social mayor que personal, mientras que todas las otras tienen un mayor impacto personal que social. Las que tienen el menor impacto social son la metanfetamina, junto con el LSD y los hongos.

3. Nutt, D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376, 1558-1565.

La función de utilidad de las drogas. En drogas la pregunta que debe ser hecha es: ¿Qué es lo que la droga le resuelve al usuario de ella? ¿Qué es lo que la droga le da? La pregunta no es el *porqué* del consumo sino el *para qué* del consumo. En términos generales, nos encontramos con el uso de ansiolíticos en una sociedad altamente ansiógena. Un uso ansiolítico es el siguiente que recoge Escohotado: “Lo esencial de la heroína es que uno deja de preocuparse por los asuntos que antes preocupaban. Pero el mero hecho de no estar preocupado acaba demostrando que no es preciso estarlo. Por lo tanto, después de tomar un poco dejó de hacerme falta, y abandoné su uso”. Agrega otra descriptiva referencia a las circunstancias adversas que se soportan con el consumo de heroína: “También se sabe que en Vietnam casi una cuarta parte de los soldados americanos usaban regularmente esta droga (heroína), si bien sólo un 12% de esa cuarta parte siguió haciéndolo cuando volvió a su país” (3.0% con tasa de abandono del 88%)⁴.

Los tipos de consumo de sustancias psicoactivas. Desde una perspectiva cultural agrupamos los consumos de drogas en tipos específicos de resultados esperados por los usuarios, según la circunstancias personales que estos están padeciendo, en tanto modalidades de gestión de sus estados de salud mental (que su entorno les causa) y que su dotación de habilidades y recursos les permite manejar, tales como: tedio, temor, ansiedad, angustia, depresión, etc., como las diversas patologías mentales. De acuerdo con los propósitos de gestión del “malestar en la cultura” actual, los tipos de usos de drogas más generales que encontramos son los siguientes:

(a) Consumo funcional. Predominantemente laboral. Los estudios comparativos señalan una mayor prevalencia del consumo de alcohol y drogas en los ámbitos laborales que entre la población en general. Cotidianamente usamos sustancias simplemente para mantenernos alerta o inducir el sueño, calmar el dolor, desinhibirnos, etc. En un comparativo de drogas

4. Escohotado, A. (1992). *El libro de los venenos*. Madrid: Mandadori.

entre la población en general y los trabajadores según SENDA y la Asociación Chilena de Seguridad (2013), los consumos de cocaína, tranquilizantes y alcohol son notablemente más altos entre la población laboral.

Cuadro 3. Consumo laboral.

Prevalencia	Sustancia	Población laboral	Población general	Prevalencia	Sustancia	Población laboral	Población general
Anual	Marihuana	6,0	7,1	Anual	Tranquiliz.	5,0	1,5
Anual	Cocaína total	2,5	1,1	Anual	Uso médico	10,8	-
Anual	Drogas total	6,9	7,8	Mensual	Tabaco	45,0	40,8
				Mensual	Alcohol	72,1	49,8

Fuente: Senda-ACHS (2013).

(b) Consumo festivo. Predominantemente juvenil. La fiesta es una moratoria de lo cotidiano. La función de utilidad del angustioso consumo de la “angustia” en la fiesta juvenil popular bien se resume en la frase: “Estando consciente quiero suspender el sentir y el pensar”⁵. Este necesario y merecido reposo del esfuerzo cotidiano está bíblicamente indicado así: “Y rematando el día sexto toda la obra que había hecho, descansó Dios el séptimo día de cuanto hiciera; y bendijo al día séptimo y lo santificó, porque en él descansó Dios de cuanto había creado y hecho” (Génesis, 2).

(c) Consumo eufórico. Predominantemente femenino. Que tiene por propósito asumir y hacerse cargo de una frustración, de un duelo, de un dolor, etc. La euforia es la capacidad de cargar con un dolor. El consumo de psicofármacos es mayor que el consumo de drogas controladas (26,8% v/s 29,4%). En el año 2004 los que hacían consumo mensual del conjunto de las drogas ilícitas (marihuana, clorhidrato cocaína y pasta base)

5. Gainza, A. (1997). *Futuro y Angustia*. Santiago: Ediciones Sur.

eran 126.454 hombres y solamente 28.481 mujeres.

Cuadro 5. Consumo Femenino. Prevalencia mensual.

Sustancias	Hombre	Mujer	Masculinidad
Ilícitas	126.454	28.481	444.0
Tranquilizantes	124.858	254.088	35.4
Subtotal	251.312	381.489	65.9
Alcohol	2.019.020	1.593.786	126.7
Tabaco	1.508.189	1.331.840	113.2
Total	3.778.936	3.307.115	114.3

Fuente: CONACE 2004.

Al mismo tiempo, el consumo de psicofármacos (en especial benzodiacepinas) era realizado por 124.858 hombres y por 254.088 mujeres, lo cual indica que hay una cantidad similar de hombres que utiliza drogas y psicofármacos, pero el número de mujeres superan en casi tres veces a los hombres en el uso de estas sustancias sintéticas, lo cual señala que el consumo de sustancias psicoactivas está altamente feminizado.

(d) Consumo místico, enteógeno (visionar a los dioses), experimental. Cuyo propósito es la búsqueda de nuevas experiencias y conocimientos. Finalmente, tenemos el **(e) consumo recreativo** para solamente socializar y divertirse.

En breve, la función de utilidad de las drogas, de todas las sustancias psicoactivas, es la gestión del placer y el dolor (displacer), por eso el consumo de drogas se manifiesta como una auto-medicación, es un proceso de auto-cuidado, de auto-gestión del placer y el dolor.

2. Las políticas de drogas y sus impactos criminalizantes

Las convenciones internacionales de drogas. Nuestras normas nacionales para la prevención y el control de drogas dan cumplimiento a las normas internacionales de la cual el país es signatario. Históricamente estas han sido la Convención internacional del opio, La Haya, 1912; y la Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, Ginebra, 1931, cuya finalidad era el control internacional de opio, morfina, heroína, coca y cocaína. Las normas actualmente vigentes son: la Convención única de 1961 sobre estupefacientes, que es la norma internacional matriz, la cual impuso el control penal a toda forma de provisión y agregó el cannabis a las sustancias prohibidas. El Convenio sobre sustancias psicotrópicas, Viena, 1971, que incorporó el control internacional de los psicofármacos. La Convención de la ONU contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, 1988, que pide penalizar el consumo y el lavado de dinero.

Las normas internacionales rectoras sobre drogas de mayor influencia en nuestra legislación nacional son: Artículo 36, Convención 1961. Disposiciones Penales: “1. a) A reserva de lo dispuesto por su Constitución, cada una de las Partes se obliga a adoptar las medidas necesarias para que el cultivo y la producción, fabricación, extracción, preparación, posesión, ofertas en general, ofertas de venta, distribución, compra, venta, despacho de cualquier concepto, corretaje, expedición, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación de estupefacientes, no conformes a las disposiciones de esta Convención o cualesquiera otros actos que en opinión de la Parte puedan efectuarse en infracción de las disposiciones de la presente Convención, se consideren como delitos si se cometen intencionalmente y que los delitos graves sean castigados en forma adecuada, especialmente con penas de prisión u otras penas de privación de libertad”. Artículo 3.2, Convención 1988: “...tipificar como delitos penales cuando se cometa intencionalmente, la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes

o sustancias psicotrópicas para el consumo personal...” Ambos artículos son bastantes claros en sus propósitos de castigar penalmente toda conducta de provisión y el consumo personal de drogas.

Las normas penales nacionales para el control de drogas. La ley 20.000. La ley chilena no castiga el consumo pero no establece de manera objetiva la cantidad de droga ni la circunstancia de su tenencia para diferenciar entre el porte para el consumo, el porte para el microtráfico, ni la tenencia para el narcotráfico. Deja al criterio subjetivo de los policías, fiscales y jueces este discernimiento. Así tenemos que en la ley 20.000 en su Artículo 4º ordena: “El que, sin la competente autorización posea, transporte, guarde o porte consigo pequeñas cantidades de sustancias o drogas estupefacientes o psicotrópicas, productoras de dependencia física o psíquica, o de materias primas que sirvan para obtenerlas, será castigado con presidio de ...[540 días a 5 años]..., a menos que justifique que están destinadas a la atención de un tratamiento médico o a su uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo. [...] En igual pena incurrirá el que adquiera, transfiera, suministre o facilite, a cualquier título, pequeñas cantidades de estas sustancias, drogas o materias primas, con el objetivo de que sean consumidas o usadas por otro”.

Según estas normas el único titular del discernimiento entre consumo y tráfico es el juez. Además, el solo hecho de compartir, regalar o donar una pequeña cantidad de drogas es un delito que puede ser sancionado hasta con cinco años de privación de libertad. Con relación a los cultivos de sustancias controladas la ley 20.000 establece en el Artículo 8: “El que, careciendo de la debida autorización, siembre, plante, cultive o coseche especies vegetales del género cannabis u otras productoras de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, incurrirá en la pena de ...[3 a 5 años]... de prisión”. Artículo 9: “La autorización a que se refiere el artículo anterior será otorgada por el Servicio Agrícola y Ganadero”.

Las faltas en los casos que los juzgados de garantía han

discernido que la pequeña cantidad portada o tenida era para el consumo personal y próximo en el tiempo establece que: “Artículo 50.- Los que consumieren alguna de las drogas o sustancias estupefacientes o psicotrópicas de que hace mención el Artículo 1º, en lugares públicos o abiertos al público, tales como calles, caminos, plazas, teatros, cines, hoteles, cafés, restaurantes, bares, estadios, centros de baile o de música [...] o en establecimientos educacionales o de capacitación, serán sancionados con alguna de las siguientes penas: a) Multa de una a diez unidades tributarias mensuales [...] b) Asistencia obligatoria a programas de prevención hasta por sesenta días [...] y c) Participación en actividades determinadas a beneficio de la comunidad”. Además refiere: “Idénticas penas se aplicarán a quienes tengan o porten en tales lugares las drogas o sustancias antes indicadas para su uso o consumo personal, exclusivo y próximo en el tiempo”. Esta norma asimila el hecho de portar pequeñas cantidades de drogas consigo o tenerlas en el hogar, a la conducta de consumo público o en lugar público, siendo este párrafo la principal causa de las masivas detenciones por drogas.

Los impactos criminalizantes de la ley de drogas. Los detenidos por infracciones a la ley de drogas en el año 2013 fueron 85.023 personas, lo cual hace el 54,5% de todos los detenidos por todos los delitos. En estos casos las denuncias de la población solo llegaron al 0,2% de total de denuncias de la población, en cambio el robo con fuerza que tiene el 24,6% de todas las denuncias, solo se logra un 12,5% de los detenidos, 19.436, solo el 23% de los detenidos por drogas⁶. La posibilidad de una eficiente persecución y sanción penal depende de los imputados conocidos por tipos delitos. Así tenemos que mientras en los procesos por drogas el 79,9% tienen imputados conocidos, en el caso de robo con fuerza solo el 7,6% tienen imputado conocido⁷. Queda claro, entonces, que en drogas es más fácil obtener éxitos policiales y persecutorios que en los

6. Fuente: Ministerio Público, 2013.

7. Ibid.

otros delitos que más afectan a la población. En cuanto a los 50.589 sancionados según los diversos tipos de delitos por drogas, el 75,2% lo fueron por faltas de porte y consumo, el 11,1% por microtráfico, el 8,9% por tráfico y solamente el 1,2% por cultivos⁸. En cuanto a la población reclusa, en 2008, de los 56.986 reclusos, 7.087 lo estaban por drogas, el 12,1%, además, de las 4.030 mujeres reclusas, 1.858 lo estaban por drogas, el 46,1%⁹. Resulta evidente que se está haciendo un muy mal uso de los recursos policiales, persecutorios y judiciales para la seguridad ciudadana.

3. Las nuevas tendencias internacionales a la regulación de la provisión y el consumo de drogas. La reducción del daño.

El prohibicionismo para prevenir el consumo y controlar la provisión de drogas, aplicando la protección penal a esas normas instauradas por las convenciones de Naciones Unidas, fue impulsando la realización de prácticas de gestión de riesgo y reducción del daño, por diversas partes del mundo, en las intervenciones sanitarias con los usuarios de drogas. Es decir, no condicionar los tratamientos a la abstención de las drogas. Así también, a los agentes de la aplicación del control penal, policías, fiscales y jueces, les llevó a tomar acciones tendientes a evitar la imputabilidad penal de los usuarios de drogas, y en algunos casos de los pequeños expendedores, mediante la sustitución de la detención por la advertencia policial, la persecución penal por la aplicación del principio de oportunidad¹⁰, el encausamiento por las salidas alternativas al proceso penal y los castigos por sanciones sustitutivas a la privación de libertad. Eso ha sido la práctica de la reducción de daños.

La comisión global sobre drogas. Esta comisión es con-

8. Fuente: CIPER Chile, 2011.

9. Fuente: Lucia Dammert, FLACSO, 2008.

10. Es la facultad de los fiscales del Ministerio Público de no iniciar la investigación de un delito o de no continuar la ya iniciada cuando el hecho no comprometa gravemente el interés público.

formada por el ex secretario general de la Naciones Unidas, Kofi Annan, los ex presidentes Cardoso, Gaviria, Lagos, Carter, Zedillo y Fox, de Brasil, Colombia, Chile, Estados Unidos de América y México respectivamente. Además, varios ex ministros de Estados Unidos y la Unión Europea, así como decenas de importantes políticos, diplomáticos, científicos e intelectuales internacionales, han declarado que “la guerra global contra las drogas ha fracasado”. Ellos proponen: “terminar con la criminalización, la marginalización y la estigmatización de las personas que usan drogas pero que no hacen ningún daño a otros. Desafiar los conceptos erróneos comunes acerca de los mercados de drogas, el uso de drogas y la dependencia de drogas en lugar de reforzarlos”. Asimismo se plantean: “alentar a los gobiernos a que experimenten con modelos de regulación legal de las drogas a fin de socavar el poder del crimen organizado y para salvaguardar la salud y la seguridad de sus ciudadanos”. Igualmente piden: “aplicar en gran medida los mismos principios y políticas antes expuestos a las personas involucradas en los segmentos inferiores de los mercados ilegales de drogas, tales como campesinos, correos, y pequeños vendedores”. Finalmente, estas personalidades mundiales llaman a: “comenzar con la transformación del régimen mundial de prohibición de drogas. Reemplazar las políticas y las estrategias de drogas orientadas por la ideología y la conveniencia política, por políticas económicas responsables y estrategias basadas en la ciencia, la salud, la seguridad y los derechos humanos”.

Las recomendaciones sobre drogas de la Secretaría General de la OEA. En 2013, durante la Cumbre de Cartagena de los mandatarios de las Américas, estos le encargaron al Secretario General de la OEA un informe sobre la situación de drogas en el hemisferio y recomendaciones. Entre sus propuestas, este aconsejó: “una importante alternativa –aunque de ninguna manera la única– a las políticas actuales hacia las drogas controladas, tales como la cocaína, heroína, marihuana y metanfetamina, incluiría legalizar una o más de ellas para su venta en algún tipo de forma que no sea para uso médico”. Agregó: “Las variaciones entre las

reglas que actualmente se aplican al tabaco y al alcohol ilustran la amplia gama de posibles políticas que se podrían aplicar a los mercados regulados de drogas actualmente ilícitas”. Prevé esta propuesta: “Otras consecuencias de la legalización podrían ser la reducción del desorden en los mercados y la violencia criminal, así como la reducción de la corrupción en el sistema de justicia penal y de las autoridades políticas en general”¹¹. En general, estos conjuntos de propuestas sobre drogas establecen su visión y hacen sus recomendaciones desde la perspectiva de la reducción de daños, definida como “el conjunto de medidas sociosanitarias individuales y colectivas, dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas”¹².

Las políticas sobre cannabis en varios estados de EEUU y otros países. Desde el año 1996 al presente, veinticuatro estados de los Estados Unidos de América han autorizado el uso medicinal del cannabis, con laxitudes variadas. Recientemente los estados de Colorado, Washington (2012), Alaska (2014) y Washington D.C. (2015) han permitido el uso recreativo del cannabis. Lo importante, políticamente, es que en todos estos estados fue mediante plebiscitos o consultas populares donde se votaron los cambios para la regularización del consumo y provisión del cannabis.

Los países de la Unión Europea tienen previstas diversas modalidades de regulación para provisión y consumo de drogas, donde se destacan los Países Bajos (*Coffees Shops*) y Portugal. En general, los países anglosajones –Australia, Canadá y Nueva Zelanda– tienen diversas modalidades de regulación para la provisión y consumo de drogas que no usa la persecución penal ni para el consumo ni para la pequeña provisión. En las Américas, la República del Uruguay y Jamaica ha despenalizado y regularizado la provisión y consumo del cannabis.

11. OEA. Secretaria General. Informe Drogas. 2014, pp.96 y 100.

12. Anne Minot, médica francesa residente en Suiza, comunicación personal, 1996.

4. Situación nacional para la regulación del consumo y la provisión de drogas

La opinión de los chilenos. En Chile según SENDA el 68,4% de la población se manifiesta partidaria a permitir el uso de marihuana con fines terapéuticos. Según CEP el 40% quiere legalizarla, según Adimark UC, el 45% considera nada y algo grave fumarse un pito de marihuana de vez en cuando. Según Plaza Pública-Cadem, el 78% es partidario del uso terapéutico y el 55% del uso recreativo. El Programa Presidencial de la Presidenta Bachelet sobre la aplicación de la ley de drogas propuso: “revisaremos la ley 20.000, entregando el conocimiento de las faltas consideradas en esta norma, ya no a la justicia penal, sino a los Juzgados de Policía Local”. Agregaba el programa: “entregaremos a la potestad reglamentaria de ejecución, la determinación de los niveles o cuantía de droga que debe considerarse constitutiva de microtráfico y, consecuentemente, aquella que le está permitido portar a una persona para su consumo personal inmediato en el tiempo”. Asimismo: “revisaremos el Reglamento que considera a la marihuana en la lista 1 entre las drogas más peligrosas”.

La iniciativa parlamentaria. La Comisión de Salud de la Cámara de Diputados ha aprobado, en abril de este año, un proyecto de ley que despenaliza el cultivo, porte, tenencia y consumo de cannabis para el uso personal, sea con fines médicos o recreativos. Hoy la tarea política en drogas es exigirle al Gobierno de la Presidenta Bachelet que se dé cumplimiento al programa que se comprometió a ejecutar.



CAPÍTULO 2

Tratamiento para el uso problemático de drogas. Conceptos y pilares elementales de una intervención terapéutica.

Claudio Rojas Jara¹
Universidad Católica del Maule, Chile.

*“Vivir es experimentar, buscar soluciones
que a veces sirven y a veces no”.*
José Mujica Cordano

Probablemente existan pocas temáticas que despierten tantas fantasías, mitos y prejuicios como las drogas. Sólo enunciar la palabra trae consigo una serie de referencias, debates, nociones, imágenes y un sinfín de alusiones históricas, culturales, sociales, políticas, jurídicas y económicas (Antón, 2006; Fernández, 2010). Tal como refiere Escobedo (2005) la droga desata un fantasma paranoico en un contexto social y político ávido de objetivos populistas de manera absolutamente regular. Lo cierto, es que estamos inmersos en una sociedad globalizada que cada cierto periodo va creando, y recreando, sus ansiedades persecutorias a modo de generar suficientes chivos expiatorios (Becker, 2009; Szasz, 1993), de fácil asunción social, para desviar la atención de otras premuras. No quiero decir con esto que el tema de las drogas no sea en sí misma una premura, sino más bien que requiere una comprensión y un abordaje responsable, pero también clarificador, que aleje su entendimiento de lógicas

1. Psicólogo, Licenciado en Psicología, Mención Psicología de la Salud, Universidad Católica del Maule. Magíster en Drogodependencias, Universidad Central de Chile. Académico Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Chile.
Correspondencia dirigirla a: crojasj@ucm.cl

parcializadas, obscuras y excluyentes. Ese es el norte de este capítulo. Pero, si vamos a hablar de drogas e intervención, como es mi objetivo, iniciemos con algunos antecedentes y datos relevantes para contextualizar lo sucesivo.

A nivel global, el último Informe Mundial sobre las Drogas entregado el 2014 por la Oficina de las Naciones Unidas Contra el Crimen y el Delito (UNODC) reconoce que pese al esfuerzo de los países por combatir el narcotráfico internacional de drogas, la situación del consumo a escala mundial ha permanecido estable. Consta además en el mismo documento que 243 millones de personas (sólo el 3% de la población mundial) son usuarios de drogas ilícitas, de estos, 16 millones presentan problemas con sus consumos (6%), algo que dista mucho de discursos pandémico-fatalistas con respecto al tema. Dentro de las drogas ilícitas la más consumida a nivel mundial es el cannabis, registrando un ligero aumento de los consumidores de esta droga en los últimos años, alcanzando actualmente unos 180 millones de usuarios. El consumo de heroína y cocaína ha presentado un descenso sólo en algunas partes de mundo, al mismo tiempo que ha aumentado el abuso de medicamentos recetados y de nuevas sustancias psicoactivas de síntesis. El uso de opiáceos que se había estabilizado al 2013 en Europa, ahora presenta un alza por el alto cultivo de adormidera en Afganistán y el aumento del mercado de producción en esa zona. En América, se ha logrado un descenso progresivo de la producción potencial de drogas como la cocaína en Ecuador, Colombia, Perú y Bolivia.

Con respecto a las políticas de drogas, las Américas se han puesto a la vanguardia en la discusión y el debate. Estados Unidos, el país emblema de la llamada “guerra contra las drogas” ha demostrado un fracaso progresivo y sistemático en sus prácticas prohibicionistas, ya que, no sólo el consumo no ha disminuido sino que se ha visto incrementado, de tal forma, que lo convierte en el país con el mayor consumo de drogas del globo. Sin embargo, algo está ocurriendo durante el último periodo y es en la propia Norteamérica donde se han observado los primeros pasos, ya que progresivamente, los estados han tomado otros caminos.

24 de los 50 estados que le constituyen han despenalizado el uso terapéutico del cannabis, y desde noviembre del año 2012 a la fecha cuatro estados (Colorado, Washington, Oregon y Alaska) y la propia capital norteamericana, Washington D.C., han legalizado el uso recreativo de la misma droga dando un giro radical a la política de los últimos 40 años en nuestro vecino del norte. En Sudamérica nos encontramos con el reciente programa de legalización del cannabis en Uruguay, donde se determinan tasaciones para su compra-venta creando instituciones y fondos estatales que le regulan del mismo modo que el alcohol o el tabaco, bajo decreto de la promulgada ley 19.172 en el Gobierno del Presidente José Mujica.

A nivel nacional, el último periodo no ha estado calmo en cuando al debate con respecto a las drogas. Noción de consumidor o usuario de drogas, foco de atención en la salud o la criminalización, cannabis descrita como droga dura, problemas con la aplicación de la ley 20.000, despenalización del auto-cultivo de cannabis, distinción objetiva entre tráfico y micro-tráfico, el uso terapéutico y recreativo de drogas, son todos elementos que han estado en el tapete de la discusión en nuestro país, con mayor o menor relevancia o con mayor o menor cobertura de prensa. En esta línea, José Miguel Insulza, secretario general de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en su Informe sobre el Problema de las Drogas en las Américas (2013) plantea que se debe instalar en nuestro continente una apertura a discutir la despenalización del consumo de drogas, entregando sugerencias para tal efecto, en función del fracaso de las estrategias anteriores de prohibición y control. En el mismo año, un informe a nivel nacional del Grupo Res Pública, encabezado por Klaus Schmidt-Hebbel y con financiamiento de Andrónico Luksic, coincide con la visión de la OEA, planteando una serie de propuestas, como la legalización de un conjunto limitado de drogas, para lo que definen como “la pérdida de la guerra contra las drogas” en términos políticos, económicos y sociales (Grupo Res Pública, 2013). En febrero del 2014, el Departamento de Evaluación de la Ley de la Cámara de Diputados de Chile esta-

blece un extenso informe de la ley 20.000 de drogas donde da cuenta de los vicios contenidos en la misma, sus contradicciones, vacíos y la necesidad de efectuar urgentemente mejoras en su diseño, lectura y aplicación. Finalmente, cabe mencionar que el Servicio Agrícola y Ganadero de Chile en octubre del 2014 y enero del 2015 ha autorizado dos plantaciones de cannabis con fines medicinales, la primera tutelada por el Municipio de la Florida y la Fundación Daya cuya siembra se transformó en el primer cultivo y cosecha medicinal autorizado en América Latina, y la segunda, a la empresa Agrofuturo en la comuna de Los Ángeles, en la región del Bío-Bío.

Como vemos en estos datos el tema de las drogas dista de ser algo ajeno o transitorio, o que requiera ser abordado sólo en periodos eleccionarios, sino una realidad presente, regular e innegable. Sin embargo, tampoco estamos frente a un escenario desbordado y catastrófico. En las líneas que continúan intentaré ofrecer al lector una mirada propositiva y respetuosa, pero a la vez honesta, que otorgue a este concepto siempre en boga de las drogas, en tanto noción, y particularmente sobre la intervención terapéutica, un marco abierto que permita amplificar el saber de esta temática, e incluso guiar el ejercicio deontológico de los profesionales que están inmersos en este campo o tienen la intención de hacerlo, donde la falta de información, el prejuicio o el negativismo pueden traducirse en ejercicios clínicos iatrogénicos, acciones de baja efectividad o de un impacto al menos cuestionable.

Repensando las drogas y la intervención

Usted que ahora lee estas líneas y busca involucrarse en el concepto de las drogas y/o en su intervención, permítase unos segundos para pensar en aquello que más agrado le genera realizar en su vida cotidiana. Considere actividades, hobbies o cualquier cosa que para usted signifique un acto altamente gratificante. Viajar, pintar, leer, cine o teatro, alpinismo, poesía, surf, compartir con su familia o amigos, cuidar las flores y el

jardín, tener sexo, pasear a sus mascotas, hacer música, besar a sus hijos, contemplar la puesta del sol o la magia de una aurora boreal/austral. Pregúntese lo siguiente ¿Por qué gusta de estas cosas? ¿Qué le brinda efectuar estos actos? Satisfacción, relax, emoción, compañía, utilidad, independencia, cofradía, libertad o felicidad pueden ser algunas respuestas que puede encontrar en su interior. ¿Qué pasaría con usted si alguien le pidiera dejar de realizar o disfrutar de aquello? ¿Qué sensación le provocaría quedar sin esa gratificación? Probablemente sus respuestas a estas últimas dos preguntas giren en torno a la incertidumbre, la desazón, la negación o la tristeza.

La intervención en drogas implica necesariamente la comprensión de que en el ejercicio terapéutico se le pedirá a alguien que “deje de hacer algo que le agrada hacer”. En este sentido el análisis no implica desconocer el valor que tienen los riesgos o las consecuencias asociadas a los usos de drogas, sino establecer un parámetro también cierto: *las personas usan drogas por que éstas generan gratificación*. Este sencillo primer pilar en la intervención en drogas nos lleva a desmitificar la concepción de mal o castigo que gira sobre el tema, y reconocer, que todas las personas hacemos lo que hacemos en la vida porque algo gratificante hay involucrado en ello. Esto no implica realizar una apología sobre las drogas sino reconocer, en amplitud e integración, el sentido y simbolismo intrínseco que alcanzan éstas para quienes las usan. La toma en consideración de este primer pilar ofrece a quien interviene una gran verdad: en esencia, estructura y funcionamiento no existen mayores diferencias entre el interventor e intervenido. Todas y todos, en nuestra relación y devenir en el mundo nos movemos bajo un principio bien conocido por los clínicos: el principio del placer.

Repensando la noción de placer y hedonismo en las drogas

El hedonismo, en tanto búsqueda del placer y evitación del sufrimiento, la angustia y el dolor son parte de la cotidianidad del ser. Las conductas humanas están determinadas por

el nivel de goce que éstas nos ofrecen y esto a su vez perpetúa la mantención de algunos comportamientos por sobre otros, como también, su repetición a lo largo del tiempo. Diversos autores (Becoña, 2011; Bunton & Coveney, 2011; Johnson, 1999; Martínez & Pallarés, 2013; Méndez, Ruiz, Prieto, Romano, Caynas & Prospéro, 2010; Nestler & Malenka, 2004; Schnuer, 2013; Secades, García, Fernández & Carballo, 2007), en mayor o menor medida, sustentan el hecho de que nuestras conductas se relacionan directa o indirectamente con el placer que está involucrado en su ejecución. Otras visiones, desde la corriente psicodinámica, proponen la noción del uso de drogas como una búsqueda de sobrevivir al dolor, es decir, se entiende el consumo como un rechazo al sufrimiento antes de la sola obtención de satisfacción, o como refieren algunos: la pasión por evitar el dolor (López, 2007) o la cancelación tóxica sobre las afecciones dolorosas (Le Poulichet, 1996).

De lo anterior, podemos observar y reconocer que en la comprensión de las conductas de consumo de drogas necesitamos, inevitablemente, no obviar el goce y la gratificación que circunda el mismo. Establecer una medida de acción que pretenda un cambio terapéutico positivo y omita este elemento fundamental está destinado a fracasar. No sólo lo hará por la baja comprensión de los impulsores del uso de drogas, sino además por la distancia que se establece con la persona inmediatamente detrás. Los sujetos efectúan ciertos comportamientos y evitan realizar otros impulsados conativamente por el nivel de placer que deriva de ellos. Esto supone evitar de la discursiva de intervención frases del tipo: “las drogas son algo malo” o “las drogas son un flagelo”. Coincido, en este sentido, con Hart, Ksir & Ray (2008) en que *las drogas no pueden recibir la calificación polar simplista de bueno o malo*. Esto reduce el campo de comprensión de las drogas y además pormenoriza el impacto de una intervención, dado que, fácilmente puede tomar forma bajo ideas erróneas o prejuicios sin fundamento. Considerar este segundo pilar en la intervención en drogas implica reconocer que *lo calificable es la vinculación que mantiene una persona*

con las drogas y no la droga en sí misma, dado que el uso de una droga alcanza un efecto diferente de acuerdo al tipo de vínculo que la persona establezca con ésta. Probablemente muchos de los lectores disfrutarán de una copa de vino en el almuerzo del día domingo, y aunque estemos hablando del consumo de una droga (alcohol), legal por lo demás, no exista un mayor riesgo o problema en esto. Pero ¿qué ocurriría si en ese almuerzo le ofrecemos la misma copa de vino a un familiar con problemas de consumo de alcohol? No podemos sustentar en este caso que la droga es un problema sino el vínculo que las diferentes personas en la mesa pueden tener con aquella copa.

Repensando la funcionalidad de las drogas y la necesidad de sustitutos terapéuticos

Es sabido que las drogas no sólo provocan ciertos efectos físicos en los sujetos que las consumen y en su sistema nervioso central, sino que además cumplen una función psicológica importante. El valor y características de esta función, su detección correcta e intervención adecuada, determina el verdadero impacto de un tratamiento. Sirva para comprenderle otra analogía. Imagine usted un punzante y molesto dolor muscular para el cual debe utilizar analgésicos lo suficientemente poderosos para aplacarle. Si luego de un tiempo este dolor muscular se ha tornado crónico y el uso del analgésico se ha vuelto a la vez regular, se presentarán varios fenómenos. Sin embargo, el que priorizaremos, por ahora, es el siguiente: ¿Qué ocurre si retiramos el analgésico sin efectuar nada por la molestia muscular? Lo que resulta es obvio. La molestia surge con toda la fuerza que es amortizada por el fármaco y, probablemente, con una amplitud mayor que derivada del cese repentino de su efecto calmante. Si esto resulta de fácil comprensión, imagine ahora lo que significa para una persona que consume drogas, con una intención determinada, que se le ofrezca como único método para “resolver su problema” la retirada del “analgésico” que hasta ese momento le ha brindado cierta funcionalidad. Podemos

pensar, prematuramente, que la droga no es la mejor respuesta para afrontar los problemas del cotidiano vivir, pero tampoco es menor reconocer que esta ha sido, tal vez, la mejor forma, la más cercana o la más disponible que el sujeto a encontrado en su entorno. Hasta este punto lo esencial recae en comprender que una intervención seria y respetuosa ha de identificar con total claridad, sin sesgos, y más aún, sin interpretaciones personales, *cuál es la función que está cumpliendo la droga en la vida y funcionamiento de la persona que la consume*. Esta ha de ser la primera y gran tarea de un tratamiento más que sólo abocarse en la apremiante retirada de la droga asumiendo, ilusamente, que por medio de esta acción “el problema se resuelve”.

Fenichel (1986) agudamente refirió hace varias décadas que si se piensa como un logro el abandono del hábito, pero al mismo tiempo se deja inalterada la función que la droga cumple en la estructura particular del sujeto, este se verá prontamente inducido a retomar su uso. Cuando logramos definir completamente cuál es el rol que tienen las drogas dentro de la vida de un sujeto, en primer lugar, logramos comprender por qué la droga no es el real problema sino tan sólo el mecanismo, errado o no, con el que el sujeto ha hecho frente a una incomodidad física y/o psicológica. En segundo lugar, podemos establecer, tal como he enunciado previamente, aquello que está siendo enfrentado, recubierto, abordado, aplacado o suspendido por el consumo de drogas, es decir, lo que verdaderamente está a la base del mismo. En tercer lugar, esta aproximación le otorga un punto de partida a cualquier tratamiento que pretenda un impacto de mayor envergadura, toda vez que nos revela qué elementos requiere la persona elaborar para efectuar una genuina y perdurable modificación en su patrón de consumo. De esta forma, podemos abordar el “dolor muscular” (o lo que se encuentra protegido por el consumo de drogas), buscando e interviniendo sus causas y mitigando progresivamente sus síntomas, para que el uso del “analgésico” (la droga) sea innecesario y su retirada de la vida del sujeto no resulte ser, en sí mismo, algo traumático o doloroso. La clave estriba entonces en actuar terapéuticamente

en paralelo, de este modo, el “analgésico” se debiese retirar de modo proporcional a la incorporación de acciones para tratar el “dolor muscular” a la base. He aquí entonces el tercer pilar de una intervención: *comprender que los consumos de drogas alcanzan una función para el sujeto y que se ha trabajar sobre ellos y no exclusivamente sobre el consumo*, para así ampliar la mirada y transformar una simple epifanía en un ejercicio regular de indagar y revelar el valor otorgado a los usos de drogas, o dicho de otro modo, rescatar el significado específico que tienen las drogas para el sujeto que las usa. De este modo, podemos entender (y no necesariamente justificar) como el alcohol puede permitir a una persona alcanzar las habilidades sociales que la sobriedad no, como la cocaína puede aumentar los momentos de vigilia en sujetos que necesitan tener dos o tres trabajos para sostener a sus familias, como una benzodiacepina puede adormecer recuerdos o suavizar huellas de abusos y maltratos, como la pasta base o los solventes inhalables pueden mitigar el hambre y el frío en personas que se encuentran en situación de calle o como el cannabis puede permitirle a una persona un espacio de relajación en una sociedad que favorece la vida vertiginosa y agobiante.

El mayor producto que deriva de una correcta identificación de las funciones que las drogas entregan a sus usuarios problemáticos resulta ser la definición de *sustitutos terapéuticos*. Utilizo el concepto de “sustituto” para puntualizar lo que ha de ser la premisa fundamental en un tratamiento de problemas relacionados con el uso de drogas, es decir, habilitar en, y con el sujeto, sus propios recursos para equiparar (y reemplazar) la función que la droga ha alcanzado, de manera tal, que su uso pierda el sentido original y se desarrolle un nivel de autogobierno en la persona sobre esta conducta que le permita modificar su patrón (desde el abandono hasta la regulación de la misma).

Por otra parte, uso el término “terapéutico” para diferenciarlo de “adaptativo” dado que no concuerda con los planteamientos previos ¿tendría alguna razón pensar que la droga no pueda ser una forma (adecuada o no) de adaptación? ¿Alguien podría si

quiera pensar que no le entrega (de buena o mala manera) al sujeto una forma de enfrentar las vicisitudes del mundo? Por tanto, lo terapéutico, apunta directamente a la búsqueda de una solución para el sujeto que no sólo implique equiparar la función de las drogas sino que además esta sustitución le provea de un aumento en su calidad de vida. No olvidar entonces que para intervenir con una persona que mantiene un problema con las drogas, tal y como he planteado, no se puede obviar el goce, pero además se debe reconocer y entender que en estos casos hay algo más allá del placer. Existe también una función.

Repensando las recaídas y la renuncia al placer por sobre el olvido

Las personas que deciden modificar sus comportamientos con respecto al uso de drogas sea parcial (reducción o gestión) o totalmente (abstinencia), y de mayor visibilidad en aquellas que han alcanzado un tenor problemático, no hacen un ejercicio de abandono de la conducta y un olvido sempiterno de la misma. Aquí, en el uso de drogas y en su cese, no hay borrón y cuenta nueva. La huella indeleble que permanece en el sujeto una vez que modifica o abandona estos consumos es parte de la génesis de las temidas y muchas veces incomprendidas (e incluso aún hoy castigadas) recaídas, es decir, la retoma de un patrón de consumo que había resultado previamente interrumpido. El fundamento que esgrimo a la base de este cuarto pilar de una intervención es que *en la modificación de los comportamientos de consumo de drogas no existe un olvido del placer (ni de su función), sino una renunciación al mismo en base a la persecución de objetivos superiores*. Las personas que cesan o modifican una conducta que les resulta placentera no abandonan los recuerdos, los rituales, las sensaciones y el goce asociado a esta, sino que renuncian a estos (algunos temporalmente) para dar cabida a otros desarrollos vitales que puedan reducir las consecuencias negativas que, hasta ese momento, se han asociado al placer. Por lo tanto, y tal como refieren diversos autores (Miller &

Rollnick, 2013; Prochaska, Norcross & DiClemente, 2006) la persona que abandona o mantiene una conducta problemática de consumo de drogas, efectúa una evaluación de las pérdidas y ganancias asociadas a dejar un comportamiento que, como ya he planteado, es gratificante. El resultado de este balance es el que define la mantención de un patrón de consumo o la modificación del mismo, como también, la extensión que estos procesos pueden llegar a tener (Larimer, Palmer & Marlatt, 1991). La consideración de este fenómeno permite comprender empáticamente los procesos en los cuales los usuarios de drogas demoran un tiempo, muchas veces prolongado (y no exentos de recaídas, por cierto), en establecer un patrón no problemático. Esto implica reconocer que existen diversos elementos a considerar en el uso de drogas más allá de la sola conducta de consumo: los ritos, el contexto, los pares, los recuerdos gratificantes, las imágenes y, obviamente como he expuesto en extenso, la función. Todos estos elementos denotan que la persona no elimina de su memoria el placer, ni tampoco sus gatillantes, sino que renuncia a ellos manteniéndolos en un plano abierto donde el interventor ha de trabajar, ardua y procesualmente, para que permanezcan supeditados a nuevos objetivos que se han de establecer en el espacio terapéutico, y en particular, en la prevención de recaídas. En resumen, se debe considerar que eliminar el placer y sus huellas de la ecuación de los usos de drogas determinan un resultado incorrecto en el tratamiento y una recurrencia incomprensible al consumo.

Repensando a quien acude a tratamiento

Qué duda cabe, los consumos de drogas existen hoy y perdurarán a lo largo del tiempo, tal y como anteriormente han sido parte documentada de la historia nacional (Fernández, 2010; Fernández, 2012) y de la humanidad (Antón, 2006; Brau, 1970; Escohotado, 2000; Slapak & Grigoravicius, 2006). Sin embargo, es menester darle una repensada a aquella persona que acude a tratamiento por un consumo problemático dado que aún, en

la actualidad, se sostienen concepciones, ideas y atribuciones asociadas hacia aquel que busca un cambio en su relación con las drogas. Quisiera puntualizar aquí, como hice antes, que la persona que acude buscando apoyo por temas relacionados al consumo de drogas no presenta un estado que le diferencie radicalmente del resto, tampoco tiene una posición inferior a quien debiese proveerle de una significativa intervención, ni siquiera psicológica, física, moral, social o humanamente se encuentra en un espacio diferente a este. Existe un rol temporal, si, entre quien solicita apoyo y quien lo provee, más ninguna otra cosa los vuelve constitutivamente antónimos. Planteo esto desde la lógica de asignar de manera apresurada significados y características a la persona que mantiene un problema con las drogas. Emocionalmente inestables, poco tolerantes a las frustraciones, impulsivos, débiles, agresivos, irresponsables, con baja autoestima, manipuladores o mentirosos, son algunos de los diversos conceptos que en mi ejercicio práctico he escuchado de aquellos profesionales con los que he compartido alguna vez la intervención. ¿Pero estas cualidades son absolutas? ¿Son estos atributos lo único que define a una persona que tiene problemas con las drogas? En múltiples ocasiones los profesionales de este campo parecemos olvidar que la respuesta es no. ¿Algún peligro que oculta esto? Obvio más no sencillo: *parcialización terapéutica*. Esto anula una mirada ampliada del sujeto de atención y provee una observación carencialista y sesgada del mismo, otorgando poca importancia, o incluso invisibilizando, las potencialidades y todo el espectro de configuración en el sujeto que no es parte del problema. ¿Algún otro peligro que oculta esto? Menos obvio tampoco sencillo: *interdicción terapéutica* o restar valor a la opinión del que pide ayuda. Si tendemos a considerar a la persona que pide apoyo como alguien desprovisto de razón, autogobierno o de tomar buenas decisiones, resulta muy poco probable que le brindemos los espacios y el respeto a lo que puede ser su forma de ver el problema y sus intentos, frustrados o exitosos, de hacerle frente. No es poco habitual que los objetivos en los programas de drogas se encuentren predeterminados antes que

la persona consultante pise si quiera el espacio de atención, en el pseudo-entendido que el sujeto de atención “necesita ésta solución y no otra”, o peor aún, bajo la consigna de que “si esto funciona con uno, ha de funcionar con todos”. Tal vez estarán pensando erróneamente que apunto con mi crítica hacia los programas que persiguen la abstinencia como única meta terapéutica. La verdad es que apunto a cualquier programa u objetivo, desde la reducción del daño hasta la abstinencia total, que no considere de manera genuina la opinión del que pide apoyo. Es muy diferente, terapéuticamente hablando, que como especialistas tengamos que nadar donde nuestro consultante se ahoga, a sumergirlo en las aguas de nuestra vanidad clínica. Si podemos soslayar este obstáculo, la referencia a los objetivos “co-construidos” o las intervenciones diferenciadas, en el sentido terapéutico de un “traje a la medida”, pueden dejar de ser un cliché o una mera declaración de buenas intenciones y ser una realidad concreta e inclusiva, que involucre a las personas que tienen problemas con el uso de drogas en sus procesos de tratamiento de modo participativo, donde sus ideas, opiniones y percepciones, no sólo del problema sino también de la solución, sean consideradas en plenitud.

Algunos comentarios finales

Ha sido pretensión de este capítulo ofrecer al lector una mirada alterna a ciertos preceptos aún instalados sobre el tema de las drogas: disipar algunos fatalismos con respecto a su denominación, la resignificación del placer y la función en el uso de drogas, la importancia de la renunciación en las recaídas, los cuatro pilares que señalo como elementales para cualquier intervención terapéutica, y la re-consideración genuina de aquel que solicita apoyo cuando el uso de drogas se torna problemático. La tarea, sin embargo, queda aún inconclusa y se mantendrán vacíos sin abordar o reflexiones que profundizar, en un tema múltiple como el de las drogas, que implica comprender que la sola intención de recorrer cada una de sus aristas se vuelve un

ejercicio complejo. Aquí reside mi interés, volcado en repensar las drogas desde una orientación a la forma en que se interviene terapéuticamente y, en este sentido, sostengo y mantengo la necesidad de aproximarse respetuosa y críticamente a esta temática a modo de no replicar discursos satanizados de antaño o cimentar una apología deshonesta de las drogas, pormenorizar los recursos del consultante o intervenir desde el desconocimiento, desde el mito o juicios valóricos particulares. Cabe enfatizar entonces, al profesional que interviene con personas y sus problemas con el consumo de drogas, que su rol no es el de un emprendedor moral (Becker, 2009) que crea marcos valóricos y sanciona su no cumplimiento. El terapeuta que trabaja en el tema de las drogas dista, por su sentido humano, de ser un agente de aplicación de la norma. El profesional que actúa en estos escenarios de las drogas reconoce que su relación con el consultante no implica la reducción de su construcción de identidad a rótulos como adictos, enfermos o dependientes. Son y serán en primer lugar personas, con derechos fundamentales y la necesidad de recibir (o incluso rechazar) intervenciones en consideración y respeto por estos mismos. El profesional en este campo no justifica el consumo problemático de drogas sino que sintoniza empáticamente con su función, para comprender el sentido y significado que tiene para quien pide ayuda. Los consumos de drogas son algo más que un hábito, son una red intrincada de elementos que le sustentan y que no se descomprimen con tan sólo condicionar el abandono de una conducta. La clave para el agente de intervención es desenmarañar esta red, siempre en colaboración con quien pide apoyo, y favorecer que sea el propio sujeto quien desarrolle un nuevo tejido. En síntesis, a todos quienes deseen adentrarse en este tema, vaya a ustedes un pequeño e inocuo consejo: si pretende sumergirse en las aguas de las drogas, su comprensión, prevención y/o tratamiento, ha de ser necesario e imperativo que abandone en su ribera los ropajes del prejuicio sin fundamentos, los estereotipos culturales vacíos y la omnipotencia terapéutica.

Referencias bibliográficas

- Antón, D. (2006). El concepto drogas: desinformación en sociedades consumidoras periféricas. *Cultura y Drogas*, 13, 121-144.
- Becker, H. (2009). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Becoña, E. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Martín Impresores.
- Brau, J. (1970). *Historia de las drogas*. Barcelona: Bruguera.
- Bunton, R., & Coveney, J. (2011). Drug's pleasures. *Critical Public Health*, 21(1), 9-23.
- Escohotado, A. (2000). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Escohotado, A. (2005). *Aprendiendo de las drogas: usos, abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama.
- Fenichel, O. (1986). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. México D.F.: Editorial Paidós Mexicana.
- Fernández, M. (2010). *Bebidas alcohólicas en Chile: una historia económica de su fomento y expansión*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Fernández, M. (2012). *Drogas en Chile: mercado, consumo y representación*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Grupo Res Pública. (2013). 95 propuestas para un Chile mejor. Santiago: Quadgraphics.
- Hart, C., Ksir, C., & Ray, O. (2008). *Drugs, society and human behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Insulza, J. (2013). El problema de las drogas en las Américas. Secretaría General: Organización de los Estados Americanos.
- Johnson, B. (1999). Three perspectives on addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(3), 791-815.
- Larimer, M., Palmer, R., & Marlatt, A. (1991). Relapse prevention: an overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research And Health*, 23(2), 151-160.
- Le Poulichet, S. (1996). *Toxicomanías y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- López, H. (2007). *Las adicciones: sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Lazos.
- Martínez, D., & Pallarés, J. (2013). *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio.
- Méndez, M., Ruiz, A., Prieto, B., Romano, A., Caynas, S., & Prospéro, O. (2010). El cerebro y las drogas: sus mecanismos neurobiológicos. *Salud Mental*, 33, 451-456.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change*. New York: Guilford Press.
- Nestler, J., & Malenka, R. (2004). The addicted brain. *Scientific American*, 290(3), 50-57.
- Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (2006). *Changing for good*. New York: Collins Living.
- Schnuer, G. (2013). Pleasure and excess: using Georges Bataille to locate an absent pleasure of consumption. *Addiction Research and Theory*, 21(3), 258-268.
- Slapak, S., & Grigoravicius, M. (2006). Consumo de drogas: la construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones UBA*, 14, 239-249.
- Secades, R., García, O., Fernández, J., & Carballo, J. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Szasz, T. (1993). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). *World drugs reports 2014*. New York: United Nations Publication.

CAPÍTULO 3

Estigma y drogas. “Cuidado con los volados de la esquina”.

Sergio Chacón Armijo¹
Fundación Paréntesis, Chile.

¡Cuidado con los volados de la esquina!, fue una advertencia recurrente durante mi infancia y adolescencia. Pasados los años, se transforma en la frase que sintetiza en forma magistral pero brutal, el sentido y tono de este capítulo. Su uso no es para suscribirla ni promoverla, sino sólo para ilustrar el fenómeno que trataremos.

No es de mi interés desarrollar una revisión exhaustiva de las referencias teóricas y conceptuales sobre estigma y su vinculación con el uso de drogas, sino más bien, a partir de algunas de estas referencias, que nos permitan un punto de partida común en el análisis, por una parte, poner luz sobre lo brutalmente dañinas que pueden llegar a ser algunas formas de comprender, mostrar y abordar el fenómeno del uso de drogas y como estas maneras, en la forma de etiquetas y estereotipos, pueden dar pie a discriminación y finalmente como estos procesos y componentes de la estigmatización, generan obstáculos que “producen un efecto de vulneración del ejercicio de ciudadanía de ciertos grupos de personas al negárseles el cumplimiento de derechos (como el derecho a la salud)” (Vásquez, 2014, p.224), y por otra parte, invitar a la acción, a construir el compromiso de hacer todo lo que esté en nuestras manos para reducir el estigma del que son víctimas las personas que usan drogas, sea éste un uso problemático o no.

1. Psicólogo, Universidad de la República. Egresado de Magíster en Psicología Social y Comunitaria, Pontificia Universidad Católica de Chile. Director Social de la Fundación Paréntesis.

Correspondencia dirigirla a: schacon@fundacionparentesis.cl

¿Por qué deberíamos preocuparnos de este tema?

Porque la estigmatización y los procesos que implica, particularmente la discriminación, pueden tener múltiples consecuencias negativas en la vida de las personas que usan drogas y sus familias (UK Drug Policy Commission, 2010), limitando su posibilidad de conseguir empleo, o un lugar donde vivir, recibir atención de salud, incluyendo obviamente el tratamiento para el uso problemático de sustancias (CAMH, 2007). Así como afectar otras áreas que impactan el bienestar de las personas estigmatizadas, pudiendo tener algún efecto en las interacciones y redes sociales y finalmente en la calidad de vida en general (Link, Struening, Rahav, Phelan & Nuttbrock, 1997).

Sumemos a esto que las personas pueden ser estigmatizadas por diversas condiciones o circunstancias simultáneamente (etnia, género, situación socioeconómica, etc.) y que si, “todas estas condiciones estigmatizadas fueran consideradas juntas y sus resultados examinados (...) se mostraría que el estigma tiene un impacto enorme en la vida de las personas” (Link & Phelan, 2006, p.528). Sólo pensemos en la carga en términos de estigma que puede significar para una persona con consumo problemático de drogas, que además se encuentra en condición de pobreza, tiene un diagnóstico psiquiátrico y está en situación de calle. No es poco frecuente escuchar de la voz de las personas a quienes atendemos en Fundación Paréntesis y que se encuentran en la situación antes descrita, que son sistemáticamente discriminados en los dispositivos de salud que se supone deben garantizar su acceso al ejercicio de este derecho.

La UK Drug Policy Commission, (UKDPC, 2010) en un estudio cualitativo con usuarios y ex usuarios de drogas y sus familias, encontraron que sentimientos, como vergüenza e inutilidad, se transforman en un obstáculo para que las personas y sus familias busquen la ayuda que requieren. Lo que se suma al subsecuente impacto que la baja autoestima puede tener sobre aquellos que requieren tratamiento relativo a la confianza en su recuperación, particularmente si es en condiciones de sentirse

estigmatizado por profesionales en distintos dispositivos de salud. Finalmente, el estigma también plantea obstáculos a las personas que están superando un consumo problemático para conseguir y conservar un empleo. En Fundación Paréntesis, cotidianamente advertimos las dificultades con que se encuentran las personas al momento de buscar trabajo, cuando se ven enfrentados a la necesidad de contar que están participando en un tratamiento por uso de drogas, sus potenciales empleadores declinan la posibilidad de contratarlos, o en otros casos, personas que están trabajando e inician un proceso de tratamiento, de acuerdo a su relato, son miradas con desconfianza por sus empleadores y compañeros de trabajo.

¿De qué hablamos cuando hablamos de estigma?

Nos enfocaremos directamente en los aportes hechos por Link y Phelan (2001, 2004) y otros, para sentar la base conceptual que nos permita mirar, como las personas que usan drogas se ven afectadas cotidianamente y como estas consecuencias son una barrera para su inclusión social².

Parte de las dificultades de trabajar para disminuir la estigmatización y sus consecuencias, es que, a diferencia de lo que se creía clásicamente, que estigmatizar y los prejuicios y estereotipos que genera, respondían a ciertas características de personalidad, hoy sabemos, a partir de los aportes de la psicología social, que la generación de estereotipos es “una consecuencia normal (aunque indeseable) de las habilidades y limitaciones cognitivas de las personas, y de las experiencias e información social a la que están expuestos” (Dovidio, Major & Crocker, 2000 en Heatherton, Kleck, Hebl & Hull, 2000). Dada la naturalidad con que estos procesos operan, debemos comprender su naturaleza y mecanismos para saber como combatirlos.

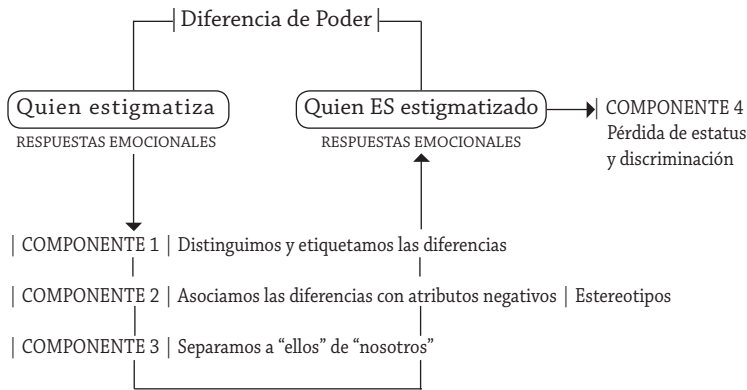
2. Para profundizar sobre el tema, es bueno volver sobre su origen, por lo que recomiendo revisar a Goffman (1963) que, por razones de extensión, no abordaremos en este capítulo.

La conceptualización que Link y Phelan (2001) han desarrollado, en alguna medida trascienden la crítica que se hace de la comprensión tradicional que sitúa en la propia persona (estigmatizada) y en los procesos cognitivos el problema y ponen el énfasis en la discriminación y exclusión que sufren las personas estigmatizadas.

Link y Phelan (2001) usan el término estigma como un concepto amplio que engloba una serie de procesos, que denominan componentes, los que se interrelacionan para configurar este fenómeno de estigmatización (ver esquema n°1). En el primer componente identificamos diferencias entre personas/grupos y asignamos etiquetas para referirnos a estas diferencias, para luego en un segundo componente, siempre considerando las particularidades culturales y del momento histórico, establecemos el vínculo entre dichas diferencias y sus etiquetas con características negativas/indeseables generando estereotipos que, en un tercer componente, nos lleva a situar a las personas en categorías que nos hace establecer esta separación entre “ellos” y “nosotros”, lo que tiene como consecuencia que las personas etiquetadas experimenten una pérdida de estatus y discriminación. Los autores hacen notar además que la estigmatización “es completamente contingente al acceso al poder socioeconómico y político que permite la identificación de diferencias, la construcción de estereotipos, la separación de las personas etiquetadas en categorías distintivas y la ejecución plena de la desaprobación, rechazo, exclusión y discriminación” (Link & Phelan, 2001, p.367).

COMPONENTES DEL ESTIGMA

(Chacón2015. Elaboración propia a partir de Link y Phelan, 2001, 2004)



Esquema n°1

Aunque en la elaboración original no estaba presente, Link y Phelan (2004) posteriormente enriquecen su formulación incluyendo como parte fundamental de ésta las reacciones emocionales, tanto de quienes estigmatizan como de quienes son estigmatizados, dado lo críticas que son para entender el comportamiento de ambos grupos. Según los autores, su importancia radica al menos en dos razones, primero, una respuesta emocional es algo que puede ser advertido por la persona que es estigmatizada, permitiéndole en alguna medida identificar cómo quién le estigmatiza lo ve como persona. Por ejemplo, si yo soy ese joven que me reúno con mis amigos a usar cannabis en una esquina, podría darme cuenta que algunas de las personas que pasan a mí alrededor me miran con desprecio o miedo, indicándome de alguna forma que ellos me ven como alguien al menos diferente, menos valioso y/o peligroso. Segundo, la respuesta emocional de quien estigmatiza, puede moldear la conducta y respuesta emocional de quien es estigmatizado, pudiendo responder, considerando el ejemplo anterior, con vergüenza o rabia, entre otras respuestas emocionales.

A lo descrito anteriormente, se agregan los posibles efec-

tos o consecuencias a más largo plazo. De acuerdo a Pasman (2011), la estigmatización puede afectar negativamente el concepto de sí mismo, disminuyendo la autoeficacia y eventualmente promoviendo formas de hacer frente a la realidad en forma disfuncional. También afirma que el “estigma puede ser internalizado, creando el auto estigma, en el que la etiqueta predomina y reduce la autoestima” (p.122).

¿Y ahora que sabemos esto qué hacemos?

Con claridad conceptual y certeza respecto de las consecuencias devastadoras que puede tener el estigma en las personas que usan drogas, particularmente en aquellas más vulnerables y excluidas, sólo falta que trabajemos para construir el compromiso de salir al paso de los procesos de estigmatización y trabajar por reparar, disminuir y eliminar sus efectos negativos. Considerando que hay múltiples iniciativas y recomendaciones que diversas instituciones han promovido, y sin pretender agotar el tema en estos párrafos, incluiremos aquí en forma resumida algunas que servirán para orientar la acción.

El Centro para las Adicciones y Salud Mental³ (2007) de Canadá ha propuesto algunas importantes recomendaciones para reducir los prejuicios y discriminación referidos a las personas que presentan una enfermedad mental y problemas con el uso de sustancias, entre las que destaco:

Conocer los hechos, como la invitación a informarnos sobre la evidencia y no los mitos referidos al uso de drogas y especialmente el uso problemático. Conocer sus particularidades, su relación con el contexto, los determinantes sociales en salud, como hacer prevención, las diversas formas de tratamiento y paradigmas de atención. Informarnos sobre la real magnitud de este fenómeno en nuestros países y comunidades.

Ser conscientes de nuestras propias actitudes y comportamientos, ya que, tal como vimos anteriormente, todos, de

3. Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). www.camh.ca

alguna u otra forma tenemos prejuicios y etiquetamos a otros. Es parte de la forma en que crecemos y que son mecanismos traspassados socialmente y reforzados en el seno de la familia, en el vínculo con nuestros amigos y también por los medios (CAMH, 2007). Conocer y reconocer nuestras actitudes y propias conductas es el primer paso para transitar hacia una forma de ver a los otros en forma más tolerante y como individuos, lejos de estereotipos y abandonar las etiquetas como forma de referirnos a otras personas.

A partir de esto último, se hace imprescindible ***elegir nuestras palabras cuidadosamente***, dado que la manera en que estructuramos nuestro discurso, la forma en que hablamos, puede influir en la manera que otros también piensan y se refieren a las personas que usan drogas en particular y su uso en general. La idea es desechar palabras que puedan contener prejuicios, devaluación o que estén cargadas en forma negativa. Evite usar palabras como drogadicto, adicto, vicioso, angustiado, pastabasero, marihuanero, borracho, volado, etc. Se recomienda hablar siempre de persona con alguna característica, por ejemplo persona con consumo problemático de drogas, o también usuario de drogas.

No debemos renunciar a la posibilidad de educar a otros, siempre habrá oportunidades de transmitir aquellos hechos fundados en evidencia y promover actitudes positivas hacia las personas que usan drogas. Cada vez que se presente información falsa, incompleta o sesgada, en el ámbito que sea, incluidos los medios de comunicación, hay que encontrar la forma de desafiar esos mitos y corregir lo que corresponda, junto con evidenciar el efecto negativo que esas formas de abordar este fenómeno tiene en las personas.

Focalizarse en lo positivo, las personas que usan drogas, incluidas aquellas cuya vida se ha complicado por su uso, también pueden hacer valiosos aportes a sus comunidades y a la sociedad en general. No caigamos en el error de tomar la parte por el todo, sus dificultades asociadas al uso de sustancias, es sólo una parte de lo que son.

Apoye a las personas, trátelas siempre con respeto y en forma digna, para esto siempre es un buen ejercicio, empatizar y ponerse en los zapatos del otro y pensar cómo me gustaría ser tratado si yo estuviera en su situación.

Complementariamente, de acuerdo a lo planteado por UKDPC (2010) se propone: “Aumentar el conocimiento y comprensión entre la población en general acerca de la dependencia de drogas y su recuperación para reducir los niveles de miedo y culpabilización” (p.9), así como “asegurar el desarrollo de la fuerza de trabajo en el rango de profesiones que trabajan con personas con problemas de drogas para mejorar la respuesta de los servicios” (p.9).

Adicionalmente, hay dos recomendaciones que son particularmente relevantes hoy en nuestro país. La primera es “remover las barreras legislativas y administrativas que refuerzan la estigmatización” (UKDPC, 2010, p.9). Dada nuestra legislación, específicamente la ley 20.000 (2005) y los procedimientos policiales asociados, es posible constatar que se da pie a que los usuarios de drogas sean sujetos de persecución criminal. Basta con mirar las estadísticas de la Subsecretaría de Prevención del Delito (2014) y constatar que del total de detenciones por infracción a la Ley de Drogas realizadas por la policía el 2014 (51.357 detenciones), el 63,6% de éstas corresponden a la sumatoria de detenciones realizadas por consumo de drogas y porte de las mismas, contribuyendo a mantener en el ámbito de lo penal policial un tema que es fundamentalmente socio-sanitario, reforzando la idea que el uso de drogas está causalmente relacionado con los delitos, siendo que sabemos que aunque es posible encontrar asociación estadística entre ambas conductas, no es posible, bajo ningún pretexto, sostener que existe una relación causal entre ambas (Larroulet, 2012). Esto hace imperativo revisar y modificar la actual legislación, con el propósito de avanzar hacia una real despenalización del uso de drogas.

Finalmente se hace necesario subrayar la necesidad de buscar nuevas maneras de apoyar e involucrar a las comunida-

des, para alentar su participación y “aumentar el contacto con usuarios de drogas en recuperación con el propósito de promover percepciones más constructivas” (UKDPC, 2010, p.9). Esto se vuelve aún más urgente y relevante en el caso de las poblaciones en situación de exclusión, toda vez que el estigma es tanto una causa como una consecuencia de la exclusión social y tiene una relación importante con el bienestar y condiciones de salud de poblaciones más vulnerables (Link & Phelan, 2006; Latkin, Davey-Rothwell, Yang, & Crawford, 2012).

La necesidad de trabajar en y con las comunidades locales se nos hace evidente especialmente en el trabajo que venimos desarrollando hace 4 años en el sector de Las Compañías en la ciudad de La Serena, con adolescentes y jóvenes en situación de exclusión y que se agrupan en las esquinas. Al reunirnos con diversos actores comunitarios e indagar sobre cómo ven a los jóvenes para quienes trabajamos, emergen inmediatamente las etiquetas, prejuicios y estereotipos: son flaites, cometen delitos, las niñas son promiscuas, no se motivan con nada, sólo les interesa pasarlo bien, usan drogas, no tienen objetivos para el futuro, etc. Trabajamos todos los días por cambiar estas representaciones, generando acercamiento entre estos jóvenes y los diversos actores de esta comunidad y constatamos en la práctica como se diluyen prejuicios y miedos y se generan lazos que transforman. Esta es una forma concreta, de generar inclusión social y de reducir daños (estigma) asociados a conductas de riesgo, siempre poniendo el acento en la perspectiva de derechos humanos, considerando además que algunas de las aproximaciones para la desestigmatización más exitosas, han realizado un importante cambio en su discurso, trasladándolo desde el foco en la desviación hacia una argumentación basada en la promoción y respeto de los derechos humanos (Kallen, 1989). Lo que implica: “en el caso de los usuarios de sustancias, un énfasis en su derecho humano a la salud, (...) al tratamiento de drogas, a la vivienda, a los beneficios sociales, al empleo y al mismo tratamiento respetuoso que los ciudadanos no estigmatizados esperan de las agencias sociales” (CAMH, 1999, p.23).

Estamos conscientes que aún queda muchísimo por avanzar en este propósito de salir al paso del estigma que sufren las personas que usan drogas, de cambio de nuestros discursos, de nuestras políticas, de nuestras leyes, de cómo los medios abordan la entrega de información al respecto, pero por sobre todo, debemos tener en cuenta que el corazón mismo del problema está en “las condiciones sociales y el sufrimiento que padecen los sujetos cuando tienen un problema con las drogas” (Vásquez, 2014, p.226).

Finalmente, es necesario tener presente que no es posible afirmar que una política de drogas será completamente efectiva sino incluye como parte central de su diseño el trabajo por la disminución del estigma, su medición y monitoreo, y la eliminación de los obstáculos que éste impone para la inclusión de las personas con consumo problemático de drogas, especialmente en aquellos miembros de nuestras comunidades más excluidos y vulnerables.

Referencias bibliográficas

- Center for Addiction and Mental Health (1999). *The stigma of substance use: a review of the literature*. Canadá: CAMH.
- Center for Addiction and Mental Health (2007). *Stigma, Understanding the impact of prejudice and discrimination on people with mental health and substance use problems*. Canadá: CAMH.
- Dovidio, J., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. En Hertherton, T., Kleck, R., Hebl, M., & Hull, J. (2000). *The social psychology of stigma* (1a. ed.) pp. 1-30. London, UK: The Guilford Press.
- Goffman, E. (1963). *Estigma, la identidad deteriorada* (10ª reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Kallen, E. (1989). *Label me human: minority rights of stigmatized Canadians*. Toronto: University of Toronto Press.
- En Center for Addiction and Mental Health (1999). *The stigma of substance use: a review of the literature*. Canadá: CAMH.

- Larroulet, P. (2012). *La relación droga-delito, construcción de un modelo de atribución*. Tesis de maestría no publicada, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Latkin, C., Davey-Rothwell, M., Yang, J., & Crawford, N. (2012). The Relationship between Drug User Stigma and Depression among Inner-City Drug Users in Baltimore, MD. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 90(1), 147-156.
- Ley N°20.000 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 16 de febrero de 2005.
- Link, B., Struening, E., Rahav, M., Phelan, J., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior*, 38, 177-190.
- Link, B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B., Yang, L., Phelan, J., & Collins, P. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.
- Link, B., & Phelan, J. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367, 528-529.
- Pasman, J. (2011). The Consequences of labelling mental illnesses on the self-concept: a review of the literature and future directions. *Social Cosmos*, 2, 122-127.
- Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior (2015). Informe Nacional procedimientos policiales por infracción a la ley de drogas N°20.000, año 2014. Recuperado de <http://www.seguridadpublica.gov.cl/media/2014/09/Informe-Anual-de-Estadísticas-Nacionales-y-Regionales-sobre-Procedimientos-Policiales-por-infracción-a-la-Ley-de-Drogas..pdf>
- Vázquez, A. (2014). *Violentos, delincuentes y Malos. Medios de Comunicación y Drogas: Análisis de titulares seleccionados de un medio gráfico nacional*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas

de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

UK Drug Policy Commission (2010). *Getting serious about stigma: the problem with stigmatizing drug users, an overview*. England: UKDCP.

CAPITULO 4

Drogas, emociones y género. Una aproximación desde la Psicología.

Yanina Gutiérrez Valdés¹
Universidad Católica del Maule, Chile.

Introducción

El título del presente escrito contiene diferentes elementos, sin embargo, el eje central son las drogas, vistas desde el lente de la psicología. Las emociones y el género pueden ser analizados de manera separada, aunque siempre tienen una aparición conjunta, en ocasiones, uno de ellos se hace fondo y el otro figura, o son más o menos visibles dependiendo del contexto, del momento o situación.

La pregunta que guía lo que aquí se enuncia es ¿cuál es la relación entre drogas, emociones y el género? A través del desarrollo de este escrito se tratará de contestar, utilizando aproximaciones desde la psicología, en cuanto disciplina que se relaciona con cada uno de estos componentes: las drogas, emociones y el género. Como argumento respecto de por qué sería necesario hablar de esto, podemos remitirnos a la necesidad de comprendernos como seres humanos complejos, donde efectivamente en nuestros cuerpos es donde se hacen presentes las experiencias, aprendizajes, relación con los demás. Constantemente desagregamos lo que por nuestra naturaleza se hace con inmediatez -como las emociones por ejemplo- ya que para comprender y analizar no podemos más que separar

1. Psicóloga, Licenciada en Psicología, Universidad de la Frontera. Magíster en Psicología Comunitaria, Universidad de Chile. Diplomada en Drogodependencias, Universidad Católica del Maule. Académica del Departamento de Psicología de la UC del Maule.

Correspondencia dirigirla a: yamaguva@gmail.com

los fenómenos que nos rodean y/o nos afectan. Esa separación, sin embargo, es artificial, porque responde a nuestros afanes investigativos respecto del funcionamiento del mundo, entendiendo que somos parte de él. La aproximación que trataremos de hacer, entonces, tiene que ver con tratar de desagregar primero y luego integrar los aspectos que titulan este texto.

Las drogas y el género son aspectos que con frecuencia aparecen unidos, desde un punto de vista que resalta las diferencias entre hombres y mujeres. Esperamos poder llegar un poco más allá de eso, incorporando otras comprensiones al respecto, y desde el punto de vista de las emociones, existe bastante información escrita, por lo cual, lo que aquí se pueda reflexionar acerca de ellas, debe ser visto como un intento de aproximación a esta temática. Finalmente, se espera incluir elementos que permitan la reflexión sobre los temas propuestos y motiven una relectura de ellos.

El género y la psicología

Si nos remitimos, de manera general, a visualizar como se incorporan elementos que explican la poderosa influencia de lo social en el mundo de la sexualidad, deberíamos remitirnos, por ejemplo, a Margaret Mead (1961) quien concluye en sus estudios que en las diversas sociedades visitadas por ella, hay asignaciones distintas en cuanto a los roles sociales, es decir, hay diferencias en lo que hacen hombres y mujeres. Sin embargo, no hay semejanza en estas actividades que pueda ser explicada por la biología. Más tarde, otras autoras establecen la idea de que cada sexo tiene asignado un género determinado que implica una dimensión social, psicológica, económica y cultural. Se introduce la idea de sistema sexo/género el cual influye en la determinación de roles y en la identidad.

Desde la psicología, se observa una creciente preocupación por el género, desde algunas autoras (Denmark & Paludi, 1993), en la medida en que las mujeres se han incorporado a la disciplina psicológica, más se ha interesado la psicología

por las mujeres. El cómo la psicología ha ido incorporando las nociones de género en la investigación y desarrollo disciplinar ha respondido a los cambios que la propia psicología ha ido teniendo, en la medida en que han aparecido nuevos modelos, explicaciones o formas de entender los fenómenos relacionados con el ser hombre o mujer.

La disposición de la psicología al estudio del género ha sido gradual, partiendo más bien desde la psicología de la mujer. Al hablar de género y psicología, es necesario mirar a las psicólogas como mujeres en primer lugar, como investigadoras y científicas también. Es imposible negar al hacer un recuento histórico que las primeras mujeres en la investigación psicológica fueron invisibilizadas y pasadas por alto. De hecho, varias de ellas no pudieron recibir sus grados de doctoras hasta mucho tiempo después de graduarse. Tampoco su participación en los primeros laboratorios de psicología experimental terminando el siglo XIX en Europa y Norteamérica es información pública (Wilson, 2003).

Sin embargo, desde principios del siglo XX aparecen estudios sobre la psicología de la mujer. En esta época se despliega la primera ola del feminismo cuyo centro es la obtención del voto femenino (Barberá & Cala, 2009). No es sino hasta los años setenta en que se estudia con mayor frecuencia a las mujeres incorporando la variable de género, es en esta época donde paralelamente se desarrolla la segunda ola de feminismo, y donde además hay un cuestionamiento de las bases epistemológicas de la ciencia y sus métodos de estudio (Kimmel & Crawford, 2001). En este contexto, se pone en duda el androcentrismo de la ciencia psicológica hasta ese momento, que permitió el planteamiento de teorías sólo desde el punto de vista masculino (teoría de Edipo, por ejemplo), sin considerar al género como una categoría social relevante.

Indudablemente, hay conceptualizaciones que contemporáneamente difieren bastante de aquellos inicios en el tema, donde la psicología ha favorecido la descripción de diferencias entre hombres y mujeres. Muchos de los primeros estudios al

respecto se basaron en marcar diferencias entre, por ejemplo, las capacidades cognitivas, la destreza física de unos y otros. Con frecuencia, se tradujeron estas diferencias intersexo como carencias o déficit para las mujeres. Se entendía que el sistema sexo/género era algo interno, una propiedad interna que las personas poseían (Barberá & Cala, 2009). Esta propiedad permitía que se hicieran comparaciones entre hombres y mujeres. Actualmente se siguen haciendo estudios comparativos, pero se han incorporado variables de tipo contextuales y sociales que tienen un peso significativo, especialmente, se quiere llegar a elaborar teorías que expliquen las diferencias (Yoder & Khan, 2003).

Más tarde, en la época de los ochenta, se establece la idea de que el sistema sexo/género es una construcción psicosocial, donde el énfasis no está puesto en las diferencias hombre-mujer, sino en cómo cree la gente que se diferencian (Deaux, 1984). Se habla de aprendizaje de esquemas de género y estereotipos de género. Actualmente, se entiende el sistema sexo/género como una actuación social situada en contextos específicos, frente a una audiencia, Crawford (2006) plantea que cada persona va creando y construyendo su género. Quiere decir, que se trata de algo que la persona hace y no de algo que la gente posee como cualidad interna (como se entendía en la explicación anterior), ha sido llamada “doing gender”. Desde otros/as autores/as esto ha sido denominado performatividad. Las tres formas brevemente descritas existen actualmente en la psicología, generan estudios y conocimientos.

No es posible negar los beneficios que ha conllevado la conceptualización de género como categoría de análisis y también ha permitido ver la construcción cultural de lo femenino y masculino. Sin embargo el sistema sexo/género ha permitido continuar una tradición de categorías binarias, posibilitando exclusiones de aquellos/as que no cumplen los estándares o condiciones que la heteronormatividad impone. Esta es una discusión que conduce a otro escrito para ser desarrollada de una manera más acabada.

Las drogas, el género y la psicología

Cuando se habla de drogas, generalmente es el sujeto masculino quien tiende a aparecer con mayor frecuencia. De acuerdo al informe mundial de las drogas realizado por la ONU, (2012) en general el consumo de drogas ilícitas entre hombres es tremendamente superior al de las mujeres, excepto en el consumo de drogas lícitas como tranquilizantes y sedantes; esto es posible de verificar en países en los cuales se dispone de datos, de acuerdo al mismo informe. Al parecer, en distintos países del mundo, la probabilidad de que las mujeres usen tranquilizantes o sedantes es mucho más alta que los hombres. El problema de estas drogas, entre otros varios, es que presenta una tasa de abandono de consumo inferior a otras drogas, o sea, tienen más probabilidades de ser consumidoras regulares.

Desde un punto de vista de género, el consumo de estas drogas, legales, pero con uso ilegal, mantienen el perfil de ser drogas de uso privado y más bien individual, versus las de uso público como el alcohol, y consumo colectivo. Se cita en la literatura (Farapi, 2009) una generización de las drogas, vale decir, habría algunas drogas feminizadas y otras que están más asociadas a lo masculino. En la mayoría de los países, la proporción de mujeres consumidoras de drogas ilícitas versus los hombres presentan diferencias estadísticas que muestran un menor consumo. Se observa a las mujeres menos dispuestas a tomar riesgos y aparentemente consumen menos cantidades de drogas, por lo cual les costaría menos dejar de consumir (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2012), no obstante lo dicho, las mujeres aparecen, de acuerdo al mismo informe, poco representadas en términos de tratamiento. Al respecto, pareciera que factores culturales, como el estigma del consumo dificultan la solicitud de ayuda o los dispositivos disponibles para atenderlas son escasos.

Lo que se ha presentado es lo que generalmente uno podría ver cuando trata de entender la relación entre género y drogas, la alusión entonces, refiere a la idea de las diferencias en los

tipos de consumo y tipos de drogas. Como las distinciones hechas hasta el momento apuntan a señalar que los hombres mantienen una situación en que se ven mucho más relacionados con las drogas que las mujeres. Lo anterior tiene implicancias en, por un lado la idea de invisibilizar a estas últimas debido a que representan un número no muy abundante, o que bien, al contrario, veamos menos a los hombres y naturalicemos su presencia y relación con las drogas.

Hemos hablado en cuanto a prácticas de consumo de drogas que pueden incluir algunas legales o ilegales, considerando que hay diferencias en cuanto hombre y mujer. Se ha visto que las mujeres se han ido incorporando paulatinamente a mundos que antes eran privativos del género masculino, sin embargo, estos espacios no se han adecuado a lo femenino, sino que las mujeres deben adaptarse a ellos. Beber, jalar, fumar son parte de algunos lugares de ocio.

Ahora bien, ¿cómo podríamos llegar a establecer un nivel de profundidad mayor al respecto?, es decir, abordar los significados asociados al consumo de drogas, finalmente ¿cuáles son los sentidos del consumo? La pregunta no tiene una respuesta única, porque indudablemente debemos posicionarnos desde un contexto situado para desde ahí aproximarnos a poder leer lo que la realidad nos dice.

Las emociones y la psicología

Desde el punto de vista del sentido común, la expresividad emocional, el desborde emocional, ha sido frecuentemente asociado a la falta de control, al predominio de lo irracional en el accionar. Es decir, las emociones han sido vistas con un fuerte componente fisiológico, como reacciones frente a fenómenos determinados, con un surgimiento espontáneo, explosivo muchas veces, cuestiones que la diferencian de otros fenómenos expresivos. Se dice que implican una reacción corporal la mayor parte del tiempo inconsciente, más allá de la voluntad.

Aquí hay una larga tradición de estudio y comprensión en

términos generales, y más bien vinculado a la idea de las sensaciones, inicialmente considerado desde la filosofía, más tarde desde la psicología y sociología. La aparición de las emociones tiene un origen más joven que otros conceptos vinculados a este ámbito, antes se hablaba de pasiones, sentimientos, sensaciones, afectos (Belli, 2009), pero se introduce en el lenguaje en el siglo XIX (Oatley, 2007).

A pesar de lo dicho, la psicología plantea múltiples teorías y modelos explicativos, lo cual no necesariamente quiere decir que tenga comprensiones precisas respecto de su naturaleza (Chóliz, 2005). De hecho, según Mayor (1988) no existiría una definición de emoción que sea comúnmente aceptada. La forma en que la psicología ha ido explorando este tema, tiene un curso parecido al de la temática de género, ha ido modificándose en la medida en que la propia psicología ha cambiado en su propio desarrollo como disciplina (Belli, 2009).

Desde un punto de vista de la psicología *mainstream*² (Parker, 2009), el estudio de las emociones ha tenido trayectorias enfocadas desde la perspectiva psicoanalítica, o desde la línea conductual, algunos han considerado su visión desde el paradigma evolucionista o desde la psicología más cercana a lo neurológico.

En cuanto a la psicología social, nos interesa plantear la construcción social de las emociones y un desarrollo posterior, denominado post construccionista (Iñiguez, 2005), que utiliza la noción de performatividad de Butler (1993) para explicar que la construcción de emociones está abierta a transformaciones y redefiniciones, cuestión refrendada por diversos autores, entre ellos Brickell (2005) y Holtgraves (2005).

En lo contemporáneo, el estudio y comprensión de las emociones abarca una serie de estudios acerca de las tecnologías y mundos virtuales como espacios donde interactúa, se promueve y diversifica lo emocional. No debemos olvidar, que Maturana (1978) también tiene un planteamiento sobre las emociones,

2. Psicología *mainstream* ha sido definida como corrientes tradicionales dominantes en la disciplina (Parker, 2009).

principalmente se refiere al amor, el cual se encuentra a la base del ser humano. Como organismos vivos, son las emociones las que nos permiten encontrarnos con el otro, es decir, llegar a la convivencia.

Finalmente, podemos decir que el estudio de las emociones por parte de la psicología tiene una variada gama de diseños y modelos teóricos explicativos, entre los cuales se ha ido incorporando con una presencia creciente, por un lado la influencia de la construcción social, y de otra parte, la actuación de la emoción que la sitúa en un escenario contextual particular.

Discusión

De lo expuesto hasta el momento van surgiendo algunos elementos comunes, como por ejemplo que para algunos autores, consumir drogas es una forma de hacer género (*doing gender*), entendiendo que se postula una generización de las drogas, como si el consumirlas permitiera el “hacer género”. ¿Qué implicancias tiene ello en la comprensión y diseño de intervenciones? ¿Es importante considerar estas categorías a la hora de hablar sobre prácticas de consumo; de qué nos sirven? El género establece binarismos de los cuales nos cuesta mucho salir para encontrar formas más flexibles de entender las formas de vivir las sexualidades, al igual que nos ocurre cuando hablamos del sistema u objeto droga (Alfaro & Monsalve, 2004), existen diferentes significados acerca de esta, considerando el punto desde donde nos situamos.

Pareciera que, desde la perspectiva contemporánea la idea de lo performativo nos podría ayudar a acercarnos a los tres elementos enunciados inicialmente. Así podemos ver que el desempeño del sistema sexo/género es, desde algunos autores, performativa. Por otro lado, la experiencia emocional y el uso de drogas también podrían ser vistos desde esta óptica. ¿Por qué podríamos afirmar esto? Porque nuestro accionar en el mundo implica desenvolvemos en contextos donde lo social construye determinaciones, esquemas mentales, mandatos sociales,

deberes, formas de relacionarnos, tecnologías del cuerpo (el caminar, el aseo personal, correr, nadar, etc.). Porque cuando nos alejamos de estas prescripciones, muchas de ellas asumidas de forma inconsciente, en algún momento devienen a nosotros emociones desagradables como la culpa, el arrepentimiento, la inseguridad. Porque para hacer frente a ellas, algunos/as, pueden desarrollar prácticas de consumo de drogas lícitas o ilícitas.

Queda camino por recorrer en la perspectiva de que la psicología recoja e integre entre la dispersión de teorías y modelos existentes, aquellas explicaciones que nos permitan generar acercamientos flexibles, creativos, adecuados a los contextos (situados), con consideraciones de pertinencia sociocultural (perspectivas descolonizadoras) y diseños pertinentes para abordar la complejidad de las variables involucradas en las prácticas de consumo de drogas.

Referencias bibliográficas

- Belli, S. (2009). Tesis doctoral: *Emociones y lenguaje*. Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Psicología Social. Barcelona.
- Belli, S., Harré, R., & Iñiguez, L. (2010). Emociones y discurso: Una mirada a la narrativa científica de la construcción social del amor. *Prisma Social*, 4, junio 2010.
- Barberá, E., & Cala, M. (2008). Desarrollo histórico en la investigación psicológica del enfoque de género. *Revista Historia de la Psicología*, 2008, 34(29).
- Barberá, E., & Cala, M. (2009). Evolución de la perspectiva de género en psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 1(26), 91-101.
- Brickell, C. (2005). Masculinities, performativity, and subversión: A sociological reappraisal. *Men and Masculinities*, 8, 24-43.
- Butler, J. (1997). *Excitable speech: A politics of the performative*. London: Routledge.
- Butler, J. (1993). *Bodies that the matter: On the discursive limits*

- of sex*. London: Routledge.
- Crawford, M. (2006). *Transformation. Women, gender and psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. (pp. 1-33). Departamento de Psicología Básica. España: Universidad de Valencia. Extraído de www.uv.es/~cholz.
- Farapi, S. (2009). *Drogas y Género*. Instituto Vasco de la Mujer. Organismo Autónomo del Gobierno Vasco.
- Deaux, K. (1984). From individual differences to social categories. Analysis of a decade's research on gender. *American Psychologist*, 39(2), 105-116.
- Denmark, F., & Paludi, M. (1993). Introduction. En F. L. Denmark & M.A. Paludi (Eds), *Psychology of women. A handbook of issues and theories* (pp. 17-19). Westport, CT.: Greenwood Press.
- Holtgraves, T. (2005). The production and perception of implicit performatives. *Journal of Pragmatics*, 37(1), 2014-2043.
- Iñiguez, L. (2005). *Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la psicología social de la era post construccionista*. Athenea Digital, 8, 24-60.
- Maturana, H. (1978). Biology of language: The epistemology of reality. En George M., & Lenneberg, E. (Eds.), *Psychology and biology of language and thought: essays in honor of Eric Lenneberg* (pp. 27-63). London: Academic Press.
- Mayor, L. (1988). *Psicología de la emoción. Teoría básica e investigaciones*. Valencia: Promolibro.
- Mead, M. (1961). *El hombre y la mujer*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- Moiras, participación social y educativa (2005). *Materiales de apoyo al profesorado con vistas a la igualdad*. Área de Gobierno de Familias y Servicios Sociales. Madrid: Dirección General de Igualdad de Oportunidades.
- Oatley, F. (2007). *Breve storia delle emozioni*. Bologna: Il Mulino.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2012). *Informe Mundial Sobre las Drogas*. Nueva York: Naciones Unidas.

- Parker, I. (2009). Psicología crítica: ¿Qué es y qué no es? ['Critical psychology: What it is and what it is not']. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*, 8, 139-159.
- Kimmel, E., & Crawford, M. (2001). Methods for studying gender. En Worell, J. (Ed.), *Encyclopedia of women and gender. Sex similarities and differences, and the impact of society on gender* (pp. 749-758). San Diego, CA: Academic Press.
- Wilson, D. (2003). British female academics and comparative psychology: Attempts to establish a research niche in the early 20th century. *History of Psychology*, 6(1), 89-109.
- Yoder, J., & Kahn, A. (2003). Making gender comparisons more meaningful: A call for more attention to social context. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 281-290.



CAPÍTULO 5

Drogas y enfoque de Derechos Humanos. Una perspectiva crítica a los abordajes criminalizadores y patologizantes del consumo de drogas.

Harún Oda Gallegos¹
Universidad Católica del Maule, Chile.

“Cuando un juicio no puede enunciarse en términos de bien y de mal se lo expresa en términos de normal y de anormal. Y cuando se trata de justificar esta última distinción, se hacen consideraciones sobre lo que es bueno o nocivo para el individuo. Son expresiones de un dualismo constitutivo de la conciencia occidental”.
Michel Foucault

El consumo de drogas entre las lógicas de la moral y la sanidad

Pensar la temática de adicciones en clave de derechos humanos, significa en estos tiempos dos desafíos no menores. El primero, posicionarse en una actitud crítica frente a la política estatal respecto a las drogas y, el segundo, asumirse en conflicto con las aproximaciones biomédicas, que han hegemonizado los discursos sobre la materia. Es, de igual forma, encaminarse al galope frente a dos gigantes invictos, que además han osten-

1. Psicólogo Clínico, Universidad de Santiago de Chile. Magíster en Antropología y Desarrollo, Universidad de Chile. Diplomado en Derechos Humanos y Pedagogía de la Memoria, Fundación Henry Dunant. Académico Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Chile. Correspondencia dirigirla a: hoda@ucm.cl

tado sinonimia de verdad desde los albores de la modernidad: el Estado y la Ciencia, el orden y la razón.

Las principales críticas que desde esta otra orilla argumentativa podemos realizar dicen relación con una cuestión indesmentible. Tanto la política criminalizadora y moralizante de algunas drogas como los abordajes biomédicos tradicionales, ambos centrados en el prohibicionismo y un ideal de sociedad abstinentes, parecen haber fracasado estrepitosamente en sus intentos por dar cuenta del “problema de las drogas” en el mundo.

El paradigma prohibicionista y la consigna de “la guerra contra las drogas”, instaurado por la administración de Richard Nixon en los Estados Unidos a comienzos de los setenta, parece haber tocado fondo. En los últimos años se ha generado un cierto consenso internacional respecto del fracaso de dicho abordaje, en particular en Latinoamérica donde el modelo fracasó generando más violencia, cárceles sobrepobladas de microtraficantes y consumidores, militarización de los sistemas de control policial, promoviendo la aparición de poderosas redes delictuales, transformando extensos territorios en zonas de guerra, generando el consiguiente desplazamiento de poblaciones, provocando miles de muertes y corrompiendo las mismas estructuras de poder del Estado.

Algunos países han venido cuestionando la política mundial de prohibición de sustancias narcóticas y sus consecuencias. En esta parte del continente se han desarrollado algunas experiencias disidentes y políticas alternativas. El debate se ha ido ampliando, incluyendo las perspectivas de derechos humanos y de salud. El año 2013, Uruguay se convirtió en el primer Estado en aprobar una legislación que legaliza y regula la producción y venta de cannabis. El modelo uruguayo implica un nivel mayor de control gubernamental que el que tienen los estados de Washington y Colorado en Estados Unidos. Las ventas se harán a través de farmacias autorizadas a residentes uruguayos mayores de edad registrados y a precios establecidos por el nuevo organismo regulador. Se busca desvincular la relación perversa entre consumo de drogas y criminalidad y dar

un abordaje más bien centrado en la salud de la población y el respeto por los derechos de las personas. El mundo observa expectante los resultados de esta experiencia.

El 27 de marzo del 2015, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU, dio un paso fundamental para asegurar que la perspectiva de derechos humanos sea incorporada en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas (UNGASS) que se realizará en abril de 2016. El Consejo aprobó por consenso una resolución copatrocinada por 47 países de Europa, América Latina, Asia, África y Oceanía, que convoca a un panel de expertos para discutir las políticas de drogas y su impacto en los derechos de las personas. Del mismo modo se solicita al Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas la producción de un reporte técnico sobre el tema, destacándose la necesidad de un cambio de paradigma en las políticas de drogas incorporando fundamentalmente la protección de los derechos humanos y a la reducción de la violencia como objetivos centrales (WOLA, 2015).

Existe una directa relación entre los parámetros legales que la sociedad occidental ha establecido respecto del consumo de drogas y los abordajes sanitarios que se han generado a este respecto. García del Castillo (2012) señala que la preocupación legal por el consumo de drogas en su relación con los problemas de salud pública es relativamente reciente, considerando que el uso y abuso de sustancias proviene de tiempos inmemoriales, habitualmente ligado a pautas culturales. La historia legal de las drogas inicia en los EEUU en el año 1906, bajo el mandato del presidente Theodore Roosevelt, con la promulgación de la *Pure Food and Drug Act*, que obliga al etiquetado específico de muchas sustancias de libre comercio hasta ese momento, como el alcohol, la cocaína, la heroína, el cannabis y la morfina. Finalmente, y tras el aumento significativo de abusos de estas sustancias, en particular la morfina y el opio, se generan leyes restrictivas y prohibiciones normadas por ley. Con la excepción de las llamadas “Guerras del Opio” (1839-1842 y 1856-1860),

la máxima expresión de consumos patológicos de sustancias se desarrolla a lo largo del pasado siglo XX, con dos puntos de inflexión significativos, la Guerra de Vietnam y los movimientos de Mayo de 1968 (López-Muñoz, González, Serrano, Antequera & Alamo, 2011, en García del Castillo, 2012), a los que se sumaría el movimiento hippie de los años sesenta con los consumos de drogas psicodélicas con fines recreacionales e incluso terapéuticos desde abordajes transpersonales, sobre todo L.S.D. y marihuana.

Del mismo modo sobre las drogas legales, culturalmente más arraigadas y aceptadas como el alcohol, se han ido promulgando normativas para intentar mitigar los efectos de su abuso en diferentes poblaciones del mundo, pero solo a partir de la entrada del siglo XX, observándose experiencias de prohibicionismo con nefastas consecuencias sociales. En todas estas regulaciones los énfasis fueron la criminalización y la patologización, generándose un modelo de abordaje biomédico, desde una perspectiva salubrista, que colocaba al sujeto consumidor en estatus de “enajenado mental”, quedando legal o simbólicamente desprovisto de capacidad de juicio y determinación, moralmente culpabilizado de su enfermedad y socialmente excluido de la *polis* y de su titularidad de derechos. Cabe comparar este estatus con el que tradicionalmente se asignó a la locura y que resulta tan claramente retratada en la obra de Michel Foucault, en la cual se estructura, en un recorrido histórico, el lugar de la enajenación mental con la pérdida de derechos sobre el propio cuerpo y al modelo médico psiquiátrico dominante y los hospitales psiquiátricos como entidades reguladoras, normalizadoras y equivalentes a las cárceles en su rol punitivo y de ejercicio del poder respecto de aquellos sujetos desviados de la norma. Foucault (1978:175) afirma: “Las cárceles, los hospitales y las escuelas presentan similitudes porque sirven para la intención primera de la civilización: la coacción”. El mismo autor señala (1986:87): “Cuando pienso en la mecánica del poder, pienso en su forma capilar de existencia, en el punto en el que el poder encuentra el núcleo mismo de los individuos, alcanza su cuerpo,

se inserta en sus gestos, actitudes, sus discursos, su aprendizaje, su vida cotidiana”.

Los abordajes hegemónicos sobre el consumo y adicción a las drogas, fundamentalmente originados en Estados Unidos han estado basado en dos modelos, en ocasiones competitivos: el modelo criminalizador/moralista y el modelo de enfermedad. Desde el punto de vista del modelo criminalizador/moralista, la política de control de drogas norteamericana ha determinado que el consumo ilegal de drogas y/o distribución de tales drogas es un crimen merecedor de castigo. La deriva histórica de la legislación permite observar un progresivo endurecimiento de las penas y una ampliación del rango de los afectados por las mismas. Como extensión del mismo modelo criminalizador/moralista, que comprende el consumo de drogas ilegales como moralmente impropio y por tanto riesgoso para el orden social, se ha promocionado el desarrollo del imaginario ideal de una sociedad “libre de drogas”. Las acciones de los Estados, en esta orientación, van dirigidas claramente en un enfoque de “reducción de la oferta” (Marlatt, 1996, 1998).

El segundo modelo define la adicción como “una enfermedad biológica/genética que requiere tratamiento y rehabilitación” (Marlatt, 1996:4). Este modelo se focaliza en la relevancia de la prevención y en programas de tratamiento de las adicciones por parte del personal sanitario, centrándose en el abordaje terapéutico sobre el deseo de consumo o demanda de drogas, siendo un enfoque basado en la “reducción de la demanda”. A pesar de la aparente contradicción existente entre la visión de consumidor de drogas como criminal que merece un castigo o como enfermo que necesita tratamiento, ambos modelos, de reducción de la oferta y reducción de la demanda, están de acuerdo en que el objetivo final de ambos es reducir y eliminar progresivamente el consumo de drogas, centrándose fundamentalmente en el consumidor y la estrategia de la “reducción del consumo” (Marlatt, 1996, 1998; OVS, 2000).

Enfoque de derechos y bioética

Morera (2000) señala, en relación con la bioética clínica, que busca establecer los principios orientadores y límites para el actuar de los profesionales médicos, los siguientes principios éticos como los pilares fundamentales de la relación con personas que requieran de auxilio médico. A saber:

El principio de no maleficencia: ligado estrechamente al *primum non nocere* hipocrático, hace referencia al deber del clínico de no dañar al paciente, y por tanto de realizar adecuadamente su trabajo profesional.

El principio de justicia: que establece la obligación de proporcionar a todos los sujetos las mismas oportunidades, no discriminando, segregando o marginando.

El principio de autonomía: que exige respetar la libertad del otro para decidir y disponer de sí mismo, estableciendo lo que es bueno para él en función de su individual y personal proyecto de vida, reconociendo en todo sujeto *a priori* la capacidad para ello. El eje práctico de este valor ha sido el consentimiento informado, proceso en el que comparten protagonismo pacientes y profesionales, el primero en el ejercicio del derecho, y el segundo promoviendo que la situación global permita la elección libre del paciente.

El principio de beneficencia: que exige hacer el bien a quien nos lo pide, o a quien no pudiendo pedirlo lo precisa, pero respetando siempre “el criterio de bien” del propio beneficiario (esto es, respetando su propio proyecto vital), a quien se representa cuando él mismo no puede hacerlo. Este valor residió hasta hace muy poco tiempo en los profesionales formados en una práctica paternalista, y es ahora un bien compartido por profesionales (que deben evaluar la competencia) y los allegados que son titulares de las llamadas “decisiones de sustitución”, decisiones que deben implementarse cuando los sujetos carecen de autonomía.

Sucede entonces, que los modelos tradicionales, prohibicionistas y paternos, algunos de ellos estableciendo metodo-

logías punitivas o restrictivas de las más mínimas libertades personales, han amparado su accionar sobre el cuarto principio, de beneficencia, vulnerando, por la preponderancia asignada a éste último fundamento, los tres principios anteriores, relativos a la no maleficencia, la justicia y, por sobre todo, el principio de autonomía, consagrado como una de las cuestiones fundamentales en todos los cuerpos jurídicos modernos de occidente y fundamento ontológico de los derechos humanos promulgados desde el año 1948 en la Declaración de Derechos Humanos de la comunidad internacional de Naciones Unidas.

Vacarezza (2000) señala que en el núcleo central del derecho a la autonomía, se sitúa el consentimiento informado es decir, “la aceptación racional por parte del paciente, de una intervención médica, o la elección entre alternativas posibles, con sus riesgos y beneficios” (2000:1382). Sin embargo, este consentimiento informado, requiere por parte del paciente algunos requisitos que no siempre son fáciles de cumplir: a) Que el paciente disponga de la información suficiente; b) Que comprenda adecuadamente esa información; c) Que se encuentre libre para decidir de acuerdo con sus valores; d) Que sea competente para tomar decisiones. Este es el punto neurálgico del debate.

Las “decisiones de sustitución” tienen su fundamento en la incapacidad de la persona para decidir por el tratamiento más adecuado, como por ejemplo puede ser la decisión de un cirujano en la sala de emergencia de realizar una traqueotomía a un paciente que requiere de respiración asistida por su inminente riesgo de muerte; sin embargo, vale al menos preguntarse por la extensión de dicho argumento y la condición de titularidad de derecho y capacidad de juicio de una persona con consumo problemático de drogas, lo que finalmente constituye un debate de implicancias jurídicas. Desde esa perspectiva cabe señalar que los derechos humanos son universales e inalienables, lo que conlleva la necesidad de politizar nuestra manera de comprender nuestras prácticas y acciones terapéuticas o nuestros modelos comprensivos de los problemas sociales. Goic (2000) precisa que probablemente, el mayor aporte de la Bioética ha

sido el énfasis que ha puesto en el principio de la autonomía del paciente y la justicia en las intervenciones sanitarias. Correa (2009:76) agrega: “No se puede hacer el bien sin contar con aquel a quien se le hace. En la base de toda relación humana está el respeto a la dignidad de la persona”.

María Luisa Pfeiffer (2011:82) señala respecto de la relación entre bioética y derechos humanos: “¿Pero no estábamos hablando de bioética? ¿Cómo es que proponemos hacer política? Toda decisión ética exige un correlato político, de modo que toda conclusión, todo juicio bioético, requerirá de decisiones políticas, de acciones políticas, puesto que éstas sólo tienen sentido para el bien de la comunidad si son empujadas y alentadas por exigencias éticas. Estas exigencias están fundamentadas en el reconocimiento del orden moral por encima de cualquier otro orden, de la convivencia por encima de cualquier otro interés, de la solidaridad como el valor social máximo. En este camino la bioética es un instrumento fundamental (...) Paralelamente debemos tener en claro que esa exigencia nos obliga a conformar, como ciudadanos, estados que sean capaces de asumir esas políticas y hacerlas realidad. Los derechos humanos, como fundamento de la bioética obligan a que ésta se convierta en prácticas políticas, lo cual es el destino de toda ética”.

Adela Cortina (1993), desde la ética dialógica, fundamenta la noción de persona como “interlocutor válido”, aplicado específicamente a la Bioética, y de ahí podemos señalar que el debate en bioética debe ser plural, tolerante, con diálogos racionales, del mismo modo que deberemos establecer un consenso previo al debate, en torno al contenido de los derechos humanos fundamentales y los valores éticos de nuestra sociedad, y los valores que debe aportar la justicia social en el ámbito de la salud, así como jerarquizar los principios éticos en discusión.

En lo particular, existen estatutos de derechos exclusivamente para pacientes o usuarios de los servicios sanitarios. En Estados Unidos la Asociación Americana de Hospitales hace su “Carta de los derechos del enfermo” el 6 de Febrero de 1973 incorporándose aspectos éticos relativos a los derechos de las personas

como el consentimiento informado, en la democratización de la relación clínica. El 2 de diciembre de 1974 el Departamento de Salud, Educación y Bienestar del Gobierno de los Estados Unidos promulgó una declaración sobre los “Derechos de los Enfermos”, y, en mayo de 1979 la Comisión de Hospitales de la Comunidad Económica Europea publicó la “Carta del enfermo usuario del hospital”. La Asamblea Médica Mundial adopta por unanimidad la “Declaración de Lisboa: los derechos de los pacientes”. El parlamento Europeo aprobó, en 1984, promover la redacción y aprobación de una Carta Europea de Derechos de los pacientes y fue la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO) la que publicó un informe sobre la legislación sanitaria europea y, en 1993, publicó otro informe detallado de la OMS sobre la situación legislativa de los derechos de los pacientes, “The rights of patients in Europe”. En marzo de 1994, se celebra en Amsterdam una Jornada Europea sobre los Derechos de los Pacientes en Europa, donde se aprobó el Documento: “Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa” (Trejo, 2000).

En Chile, la Ley 20.584 viene a regular los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. En cuanto al derecho de autonomía y el consentimiento informado, se establece explícitamente en el artículo 14 que “toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud (...) Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible”.

Como se observa de lo anterior, los organismos internacionales, así como las legislaciones foráneas y nacionales han ido, progresivamente reconociendo el estatus de derechos de las personas que reciben atención en salud, lo que en lo concreto debiese tener implicancias en cuanto a las concepciones tradicionales en el abordaje de intervenciones con personas que requieren asistencia o apoyo por su consumo de drogas.

En síntesis, el fortalecimiento de políticas públicas para promover la salud e instalar la prevención primaria, secundaria o terciaria de manera efectiva es una realidad inminente, resultando prioridad para los Estados y foco de atención sostenido del mundo científico, incorporando la interculturalidad y los derechos humanos al abordaje de los temas de consumo de drogas (Salazar, 2012). No está de más agregar que varios Estados han detenido la prevención del consumo de algunas drogas para hacer una apuesta por su despenalización, específicamente de la marihuana, o se han sumado a lo que se ha denominado consumo recreacional (Salazar & Williamson, 2015).

Abordajes respetuosos de los derechos de las personas

Una de las cuestiones más complejas para las intervenciones terapéuticas es la necesidad de desmarcarse de las estructuras nosológicas diagnósticas. A este respecto, y buscando dar cuenta de los efectos nocivos del diagnóstico como configuraciones semánticas con fuertes connotaciones sociales, que promueven la estigmatización y la exclusión, es que modelos teóricos en psicología, como el enfoque narrativo de fundamentación socioconstruccionista y posestructuralista, señalan la necesidad imperativa de desprenderse de las etiquetas diagnósticas propias de los modelos de ciencia tradicionales estructuralistas y modernos. Es así como Michael White y David Epston (1980) señalan, como uno de los ejes articuladores de su abordaje terapéutico, que constituye una posición ética respecto de las personas y comunidades, la relevancia de la *externalización del problema*, expropiándolo del territorio de la identidad. La persona es la persona y el problema es el problema, nunca la persona es el problema. No hay drogadictos, sino personas en situación de adicción a la drogas. Desde esa premisa se pone coto a los efectos iatrogénicos de nuestras categorías dominantes de comprensión del mundo, sobre la identidad de las personas o comunidades en situación de requerir apoyo, orientación o asistencia de parte de los equipos profesionales de salud. Por

otra parte se busca, en este tipo de intervenciones, rescatar los recursos y habilidades de las personas para responder a la vida, así como su derecho a definir su problema en sus propios términos y a ser reconocidos de manera separada del problema que los aqueja.

Hoy se considera central, en el abordaje del consumo de drogas la diferenciación en los distintos tipos de consumo y un enfoque centrado en la prevención de riesgos sociales en contextos que atentan contra la dignidad de la persona, el pleno desarrollo humano, y la vida individual y comunitaria sana y armónica, promoviendo estrategias sociales de mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades y de la vida de las personas que la habitan y conforman; es por ello que algunos la integran como componente educacional de las intervenciones de prevención especializada (Salazar, 2012).

Los modelos de reducción de daño aparecen como prácticas respetuosas compatibles con estos principios fundados en los derechos de las personas, en su planteamiento ético y su ontología, ofreciendo una alternativa práctica a los modelos criminalizadores/moralistas y de enfermedad. A diferencia de los partidarios del modelo moralista, quienes consideran el consumo de drogas como malo o ilegal, y abogan por la reducción de la oferta (a través de la prohibición y el castigo), los defensores de la reducción del daño desplazan la atención del consumo de drogas en sí mismo hacia las consecuencias o efectos de la conducta adictiva (Marlatt & Tapler, 1993; Marlatt, 1996, OVD, 2000). Tales efectos son evaluados principalmente en términos de ser dañinos o útiles al consumidor y al resto de la sociedad, y no partiendo de la base de ser una conducta considerada en sí misma moralmente correcta o errónea, desde un discurso hegemónico del pecado o la virtud.

A diferencia de los partidarios del modelo de enfermedad, quienes consideran la adicción como patología biológica/genética y proponen la reducción de la demanda como meta principal de la prevención, y la abstinencia como el único objetivo aceptable de tratamiento, la reducción del daño ofrece un amplio campo

de principios y procedimientos diseñados para reducir las consecuencias dañinas de la conducta adictiva. De igual manera la reducción del daño ha surgido principalmente como un abordaje de “abajo - arriba” basado en la defensa del adicto, en lugar de en una política de “arriba -abajo”. Marlatt (1998:25) señala:

“La reducción del daño promueve el acceso a servicios de bajo umbral como alternativa a los tradicionales enfoques de alta exigencia. Los programas al alcance de la calle descritos anteriormente ofrecen un ejemplo del enfoque de baja exigencia en reducción del daño. En lugar de situar la abstinencia como requisito de alta exigencia o condición previa para recibir tratamiento o cualquier otra asistencia, los defensores de la reducción del daño están dispuestos a reducir tales barreras, facilitando el “ponerse en marcha” e involucrarse. Los programas de bajo umbral consiguen esto a través de varios medios: saliendo a la calle y consiguiendo asociarse y cooperar con la población necesitada de nuevos programas y servicios, reduciendo el estigma asociado con conseguir ayuda para este tipo de problemas, y ofreciendo un enfoque sano, normalizado al consumo de sustancias de alto riesgo y prácticas sexuales. Examinemos cada uno de estos tres aspectos de un enfoque de bajo umbral. Los defensores del enfoque de bajo umbral están dispuestos a conocer a los individuos en su territorio, “a conocerte donde estés” en lugar de “donde deberías estar”. La entrada de miembros de la población prevista es apoyada y animada en un intento de forjar una relación de compañerismo o alianza entre los que ofrecen y los que reciben asistencia (incluso cuando ambas partes son consumidores activos). Nuevos programas son desarrollados en colaboración con aquellos directamente involucrados y afectados. A través del diálogo, discusiones y mutuos esfuerzos de planificación (p. ej., el uso de “grupos de discusión” para ofrecer una entrada inicial y establecer los objetivos) continuarán surgiendo servicios asociacionistas y programas innovadores de mayor alcance en el ámbito comunitario”.

El modelo de reducción del daño es un abordaje respetuoso que busca no denigrar a las personas involucradas en conductas

de riesgo ni a consumidores de drogas. En lugar de los términos peyorativos usados para etiquetar a las personas como “abusadores de sustancias” o “dependientes de sustancias químicas”, la reducción del daño traslada el foco de atención hacia la conducta del individuo y sus consecuencias. Aquí el cambio es de “consumo abusivo” a “consumo dañino” de drogas, o de etiquetar a alguien como “abusador de drogas” a “consumidor” que experimenta consecuencias útiles o dañinas (Marlatt, 1998).

Consideraciones finales

Nos encaminamos hacia una comprensión cada vez más firme respecto de los estatutos de derechos de mujeres y hombres. Llega el tiempo que esas cuestiones declarativas hagan carne en nuestras prácticas cotidianas y en las definiciones, teóricas u operacionales con las que comprendemos y actuamos sobre la realidad. El imperativo ético que demandan los principios inspiradores de los derechos humanos, justicia, libertad, equidad, bienestar, son los fundamentos del proyecto social del que formamos parte y nuestras disciplinas han de ser espacios de emancipación y no dispositivos de reproducción de los males que nos aquejan. Abordar el consumo de drogas, entre otras problemáticas psicosociales, nos obliga a volver la mirada, una y otra vez, sobre estos asuntos, más allá de la tentación de seguir operando en nuestras categorías binarias de lo bueno y lo malo, lo sano y lo enfermo. Son, finalmente una oportunidad de construir mundos donde quepan otros mundos.

Referencias bibliográficas

- Cortina, A. (1993). *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos.
- Denborough, D. (2008). *Collective narrative practice*. South Australia: Dulwich Centre Publications.
- Denborough, D., Freedman, J., & White, C. (2007). Strengthening resistance: the use of narrative practices in working with

- genocide survivors. The National Survivors Association in Rwanda.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1986). *Vigilar y castigar*. México: Siglo Veintiuno.
- García del Castillo, J. (2012). Labilidad de las políticas en materia de drogas. *Health and Addictions*, 1(12), 7-18.
- Goic, G. (2000). Es hora de pensar en los derechos de los pacientes: Una introducción. *Revista Médica de Chile*, 128(12), 1371-1373.
- León, F. (2009). Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Acta bioethica*, 15(1), 70-78.
- Marlatt, A. (1998). *Reducción del daño: principios y estrategias básicas*. Presentado en V Encuentro Nacional Sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana de la Frontera (Cadiz). Marzo, 1998.
- Marlatt, A., & Tapert, F. (1993). Harm reduction: reducing the risk of addictive behaviors. En S. Baer, A. Marlatt & R. McMahon (eds). *Addictive behaviors across the lifespan*. Newbury Park, CA: Sage.
- Marlatt, A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21(6), 779- 788.
- Morera, B. (2000). Aspectos bioéticos de la asistencia al drogodependiente. *Revista Adicciones*, 4(12), 515-526.
- Observatorio Vasco de Drogodependencias (2000). *Drogodependencias: reducción de daños y riesgos*. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Justicia. Trabajo y Seguridad Social. Vizcaya.
- Pfeiffer, M. (2011). Bioética y derechos humanos: una relación necesaria. *Revista Redbioética*, 2(4), 74-84.
- Salazar, J., & Williamson, G. (2015). Modelo integral de intervención para la prevención en drogodependencias. Aportes para la pedagogía social. *Revista Perfiles Educativos*, 14(37) 820-827.
- Trejo, C. (2000). Los derechos humanos y su vinculación con los derechos de los pacientes. *Revista Médica de Chile*, 128(12), 1374-1379.

- Vacarezza, R. (2000). De los derechos del paciente. *Revista Médica de Chile*, 128(12), 1380-1384.
- White, M., & Epston, M. (1980). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Editorial Paidós.
- WOLA (2015). *La ONU analizará el impacto en los derechos humanos de las políticas de drogas, de cara a una cumbre mundial*. Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos.



CAPÍTULO 6

Intervención psicoeducativa con familiares y/o personas significativas de adolescentes en conflicto con la justicia y consumo problemático de drogas. Una mirada desde Trabajo Social.

Alex Solís Luna¹

Centro Integral de Tratamiento Gamma, Cauquenes, Chile

Luego de la implementación de la ley 20.084 de responsabilidad penal adolescente (en adelante, LRPA), el 8 de junio de 2007, se activan paralelamente los programas de tratamiento para adolescentes en conflicto con la ley, con consumo problemático de drogas y otros trastornos de salud mental. En esa época se criticó duramente su implementación, sobre todo en relación a como se ejecutarían las sanciones en el medio libre y en el medio privativo de libertad. Respecto a los programas de tratamiento se realizaron distintos debates y se analizó de qué manera funcionarían, desde qué modelos, con qué profesionales y/o técnicos, con qué recursos, etc. A ocho años del surgimiento de los programas terapéuticos, sin lugar a dudas se han realizado lentos e importantes cambios en la forma de intervenir con los adolescentes y sobre todo, con los familiares y/o personas significativas que acompañan el proceso de tratamiento. Muchos fueron los cambios, de forma y fondo. Algunas comunidades terapéuticas pasaron a denominarse programas terapéuticos, se exigió mayor especialización en el recurso humano y se comienza a ampliar la mirada en la intervención. En rigor, el SENDA² y,

1. Trabajador Social, Universidad Bolivariana. Magíster (c) en Trabajo Social, Mención Social, Universidad Autónoma de Chile. Diplomado Gestión de Riesgos y Reducción de Daños en Drogo dependencias, Universidad Central de Chile. Encargado Área de Familia y Gestión, Centro Gamma Cauquenes. Dirigir correspondencia a: alexsolisl@hotmail.com

2. El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de

principalmente, las personas que ejecutan los programas de tratamiento, desde sus distintas disciplinas, inician un proceso de implementación crítica y en constante evolución.

Cabe señalar que cuando hablamos de drogas, y particularmente en su intervención, se ha de evitar la omisión del alcohol y el tabaco, por su condición de legalidad, ya que la experiencia de trabajo directo muestra que los adolescentes, al menos en la Región del Maule, mantienen una vinculación temprana y sostenida con ambas. Esto se ve fuertemente influenciado por el contexto sociocultural y la actividad vitivinícola del sector, ampliando la oferta, disminuyendo los costos y facilitando el acceso de los adolescentes a dichas drogas. Según una investigación realizada por Rojas y Valenzuela (2012) se refiere que: “del total de los adolescentes estudiados [en la Región del Maule] impresiona que casi el 50% de estos presenta el alcohol como droga o sustancia principal por la que ingresan a tratamiento” (p. 109). De esta manera, doy énfasis a los distintos contextos socioculturales en los cuales se encuentran insertos los Programas Ambulatorios Intensivos (en adelante, PAI) a lo largo del país, con adolescentes, familiares y/o figuras significativas con características específicas y, por supuesto, sin obviar a los profesionales y/o técnicos, con sus habilidades y capacidades personales. En el área de la intervención familiar, las orientaciones técnicas, que datan del año 2007, realizan algunas recomendaciones respecto a la acción que se podría realizar en el tratamiento de adolescentes con problemas de drogas, sugiriendo la terapia familiar y las intervenciones psicosociales. Desde esta última, se desprende la psicoeducación familiar, que podría ser definida como una orientación, preferentemente cognitiva, que a partir

Drogas y Alcohol, creado el año 2011 mediante la Ley N°20.502, es el organismo encargado, entre otras funciones, de elaborar la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol, que traza los lineamientos que las políticas públicas seguirán en materia de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social (Cámara de Diputados de Chile, Evaluación Ley 20.000, 2014, p. 93). Cabe señalar que antes de este servicio existía el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) creado el año 1990.

de la entrega de información espera que las personas cambien en algún grado su conducta. Se trabaja sobre el concepto de drogas (tipos, efectos, consecuencias, etc.), sobre la relación de las personas con las drogas, sobre las consecuencias de la co-dependencia, sobre la importancia del acompañamiento en el proceso terapéutico, sobre el impacto de las dinámicas relacionales en los distintos subsistemas familiares, y sobre la prevención de recaídas, entre otras. Esta intervención se puede realizar a nivel individual y/o grupal. Herrera (2003) afirma: “Un taller psicoeducativo, puede ser definido como un tipo específico de intervención psicoeducativa, que propicia una situación de enseñanza-aprendizaje que considera la importancia de la dinámica grupal como herramienta del cambio conductual, de actitudes, habilidades, percepciones, pensamientos, creencias o interacciones” (p.21).

Durante los últimos años, se ha discutido sobre la pertinencia de la intervención en el área familiar. Los profesionales y/o técnicos están en constante desafío, planificando y diseñando intervenciones a nivel individual y grupal. Sobre todo en los primeros años, la consigna era realizar talleres familiares e intentar que asistieran la mayor cantidad de personas a estas actividades. De esta manera, la asistencia o el número de prescripciones ejecutadas, como dato cuantitativo, se han convertido en el indicador por excelencia del éxito de estas intervenciones, consideración superflua y aún hoy muy poco investigada. A pesar de las dificultades que se han presentado durante este periodo de implementación de la LRPA, no se puede negar que la mayoría de las personas que nos encontramos en este ámbito, tenemos claridad que la intervención debe estar enfocada en los recursos, capacidades y potencialidades no solo de los adolescentes, sino también de sus familiares y/o personas significativas. El trabajo con esta población siempre ha sido un constante desafío para los equipos terapéuticos. Además, durante años se ha intentado encontrar la mejor forma de motivar a que los miembros de las familias acompañen al adolescente en su de proceso tratamiento. Esto, dado que: “El tratamiento tiene más probabilidad de ser un

éxito si las personas significativas para el usuario se informan sobre los cambios que previsiblemente ocurrirán en las relaciones conforme la recuperación progresa” (Zarza, et al., 2013, p.22). Se cree, en este sentido, que el trabajo debe estar orientado al desarrollo de un modelo comprensivo que responda a perfiles específicos, en contextos determinados. Se deben acoger a los familiares con cada una de sus realidades y particularidades, independiente de las distintas caracterizaciones o definiciones que se le quieran, muchas veces desinformada o prejuiciosamente, adosar. Lo importante es comprender y dar cuenta de las nuevas configuraciones familiares presentes en el Chile actual: ensambladas, biparentales, monoparentales, homoparentales, etc., y sobre todo sus dinámicas y su interacción o relación con las drogas, lo que nos obliga a detenernos, observar y analizar este fenómeno con profundidad.

El Centro Integral de Tratamiento y Rehabilitación Gamma Ltda. (en adelante, CIR Gamma) sede Cauquenes, comienza su funcionamiento durante el año 2011. El trabajo desde el área familiar ha sido un constante reto para el equipo terapéutico. Extensas jornadas de reunión, espacios de reflexión, autocrítica profesional, búsqueda de información fresca y confiable, sumado a constantes procesos de sistematización, han sido elementos regulares de nuestra labor durante los últimos años. Sin embargo, durante algún tiempo se han observado ciertas dificultades en el área familiar, sobre todo en las intervenciones grupales, existiendo una baja asistencia a talleres psicoeducativos y una baja adherencia general de las familias al proceso de tratamiento de nuestros usuarios. Cabe señalar que las intervenciones que se realizan con los familiares en este centro son psicoeducativas y no terapia familiar, como sería lo recomendable y lo que múltiples investigaciones reconocen como efectivas, sin embargo, también es real que no se cuenta regularmente de profesionales especializados y de espacios óptimos para este tipo de acciones. Dado lo anterior, y reconociendo que nuestros recursos son más bien limitados, es que entonces hemos decidido poner énfasis en el trabajo psicoeducativo individual y grupal con familiares

y/o personas significativas de adolescentes que ingresan al programa. Se tiene la convicción de que mediante el aumento de la información sobre ciertos temas, existe una mejora ostensible en las habilidades educativas y una clarificación de la posición y valor de los familiares respecto al consumo de drogas y su tratamiento.

Los resultados de diversas investigaciones sobre adicciones señalan que el núcleo familiar y particularmente, ciertos aspectos de la dinámica, como la calidad de la relación, la comunicación, la expresión de afectos, los valores, la satisfacción de necesidades físicas, psicológicas y emocionales, así como el sentido de unión y pertenencia entre los integrantes de la familia, son factores relevantes a tener en cuenta para intervenir sobre el problema (PIDCA, 2008).

Si bien en la adolescencia ya se ha iniciado un proceso de separación de la familia, de todos modos para los adolescentes involucrados en una situación que está en conflicto con la ley, es fundamental el apoyo de la familia u otros factores protectores para propiciar un proceso de cambio. En este sentido, la intervención dirigida a los adolescentes debe integrar el área familiar desde la elaboración de los objetivos terapéuticos como en todas las decisiones que se tomen respecto a la intervención (CONACE, MINSAL, SENAME, 2007).

Por lo anterior, se insiste en incorporar a estas figuras, siempre y cuando, sean significativas y se presenten como factores protectores para el adolescente en tratamiento. En ocasiones, en el tratamiento de nuestros usuarios, nos encontramos con resistencias por parte de alguno o incluso todos los miembros de su familia, solicitando explícitamente que no se visite su domicilio y que los eximan del proceso terapéutico. Según un breve cuestionario aplicado a nueve programas terapéuticos, de la Región Metropolitana (5), Región del Maule (3) y Región del Bío-Bío (1), la baja participación de los familiares en el proceso de tratamiento se debe principalmente a: motivos laborales, cuidado de hijos pequeños, motivos económicos, enfermedades (crónicas o espontáneas), clima (lluvia o extremo calor),

alto porcentaje de familiares con consumo problemático de sustancias, desmotivación y desesperanza frente al proceso terapéutico. Es común entre los familiares creer que “este no es mi problema”. Ellos pueden estar, justificadamente, molestos y poco dispuestos a implicarse en el tratamiento del usuario. Por lo tanto, el terapeuta debe motivar personalmente a los familiares a que asistan a las sesiones y explicar detenidamente la importancia de esto en la terapia (Zarza, 2013), respetando los tiempos y los orígenes de las resistencias que estos pudieran presentar. No es un acción impuesta, cuya falta es castigada, sino una invitación siempre abierta y flexible.

La diversidad de cada uno de los familiares con los cuales mantenemos contacto en el proceso terapéutico, nos obliga a reinventarnos constantemente. La regular búsqueda de acciones innovadoras y atingentes nos llevó a revisar, analizar y adaptar un modelo de intervención español (PIDCA, 2011), que facilita el reconocimiento de la diversidad familiar, enfocado en dos variables: la colaboración y la sintomatología de los familiares de usuarios problemáticos de drogas en tratamiento. Este intenso proceso, de cerca de 2 años, arrojó como resultado la construcción de tres matrices, netamente referenciales y organizativas, de (1) *tipologías de familiares*, (2) *una pauta de cotejo de sus características* (para facilitar su reconocimiento), y (3) *de sugerencias de intervención* (destinadas a dar cuenta de las diferenciaciones y las particularidades de su abordaje). Esquemáticamente, son compartidas a continuación:

TABLA 1. TIPOLOGÍA DE FAMILIARES ³				
	Familiar Colaborador Asintomático	Familiar No Colaborador	Familiar Colaborador Sintomático	Familiar Codependiente
CARACTERÍSTICAS	Familiar que desde el principio toma consciencia de la conducta problema (consumo) y sus consecuencias pudiendo mostrarse colaborador en diversos grados	Familiar ausente en el proceso terapéutico o presente aunque siendo indiferentes al proceso y la evolución terapéutica	Familiar cuyos síntomas de malestar se hallan provocados por el consumo de drogas del usuario y los problemas y conflictos que de él derivan	Familiar que presenta una sintomatología muy evidente donde ha centrado parte de su vida en el usuario, relegando cuestiones personales
	Proximidad física y/o emocional con el usuario y su problemática	Distancia física y/o emocional con el usuario y su problemática	Proximidad física y/o emocional con el usuario y su problemática	Proximidad física y/o emocional intensa y compleja con el usuario y su problemática
	Ausencia o escasa sintomatología en el familiar asociada al usuario y su problemática	Sintomáticos en medida variable siendo más bien defensivos activamente por desconfianza, oposición o indiferencia	Sintomatología provoca malestar clínico significativo en áreas de la vida cotidiana del familiar	Existe sintomatología asociada a estilos relacionales patológicos
	Alta Colaboración	Baja o Nula Colaboración	Alta Colaboración	Nivel de colaboración puede ser inadecuada o contraproducente

3.Desarrollado y adaptado por Rojas & Solís (2013) en base a: PIDCA (2011). *Protocolo de atención a familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas*. Mérida: Servicio Extremeño de Salud.

TABLA 2. PAUTA DE COTEJO ⁴				
	Familiar Colaborador Asintomático	Familiar No Colaborador	Familiar Colaborador Sintomático	Familiar Codependiente
Síntomas	Existe presencia leve o ausencia de síntomas de salud mental que se relacionan directamente con el consumo de drogas del usuario(a) en tratamiento	Presencia indeterminada de síntomas o ausencia de estos. Renuencia a involucrarse en el tratamiento puede referir desesperanza y/o frustración	Existe alta presencia de síntomas de salud mental que se relacionan directamente con el consumo de drogas del usuario(a) en tratamiento	Nivel de sintomatología se vincula directamente con el grado de relación simbiótica alcanzada con el usuario(a) en tratamiento
Colaboración	Presentan una actitud de colaboración activa entregando información sin mayores dificultades	Presentan una actitud de colaboración reticente apareciendo defensivamente activos. Pueden manifestar una negación explícita, incluso hostil, a colaborar	Presentan una actitud de colaboración activa entregando información pudiendo encontrarse esta mediatizada por sus síntomas de salud mental	Presentan una actitud de colaboración activa proporcional al nivel de sobre-involucración afectiva con el usuario(a) en tratamiento
Autoimagen	Autoimagen saludable	Autoimagen rígida posiblemente afectada por la conducta problema del usuario(a) en tratamiento	Autoimagen posiblemente debilitada por los síntomas de salud mental que derivan de la conducta problema del usuario(a) en tratamiento	Autoimagen lábil. Su auto-concepto está constantemente siendo definido en función de los éxitos o fracasos del usuario(a) en tratamiento
Insight	Tienen conciencia, al menos parcial, de la conducta problema del usuario(a) en tratamiento. Insight parcial a completo	Pueden presentar o no conciencia de la conducta problema del usuario(a) en tratamiento. Insight ausente a parcial	Tienen conciencia, al menos parcial, de la conducta problema del usuario(a) en tratamiento. Insight parcial a completo	Poseen un nivel de conciencia de la conducta problema del usuario(a) en tratamiento sesgada por la sobre-involucración que mantienen con el mismo

4.Desarrollado y adaptado por Reyes, Rojas & Solís (2015) en base a: PIDCA (2011). *Protocolo de atención a familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas*. Mérida: Servicio Extremeño de Salud.

Autonomía	Tiene la capacidad de diferenciar la problemática de consumo del usuario(a) en tratamiento con las propias	Diferencia sus problemáticas personales a tal punto que puede minimizar, anular y/o invisibilizar las del usuario(a) en tratamiento	Reconoce que sus problemas pueden estar directamente determinados por la problemática de consumo del usuario(a) en tratamiento	Tiene severos conflictos para diferenciar sus problemáticas de las que presenta el usuario(a) en tratamiento dado que su actuar gira entorno a este(a) último(a)
Disponibilidad	Presentes y disponibles a formar parte del proceso de tratamiento del usuario(a)	Ausentes o presentes con indiferencia a involucrarse en el proceso de tratamiento del usuario(a)	Presentes y disponibles a formar parte del proceso de tratamiento del usuario(a)	Presentes, disponibles y en extremo demandantes a formar parte del proceso de tratamiento del usuario(a)
Responsabilidad	Son capaces de comprometerse y cumplir acuerdos tomados en el proceso de tratamiento	No se comprometen ni asumen responsabilidades con el proceso de tratamiento. Se excluyen del mismo	Son capaces de comprometerse y cumplir acuerdos tomados en el proceso de tratamiento, aunque su compromiso puede depender del grado de sintomatología que presentan	Son capaces de comprometerse en acciones de tratamiento, pero su cumplimiento puede ser relativo y ligado a la simbiosis funcional que mantienen con el usuario en tratamiento
Expectativas	Se muestran optimistas frente a los eventuales resultados de un tratamiento para el usuario(a) y favorecen su logro	Se muestran negativos y suspicaces frente a los probables resultados de un tratamiento y pueden llegar a boicotearles	Se muestran optimistas frente a los eventuales resultados de un tratamiento para el usuario(a) y favorecen su logro en la medida que se compensan sus propios síntomas	Pueden aparecer en extremo optimistas o radicalmente pesimistas en la medida que la recuperación o la mantención del problema en el usuario lleguen a ser percibidos como una amenaza a la propia integridad
Objetivos	No presentan dificultades para la definición y elaboración conjunta de objetivos para el tratamiento del usuario(a)	Presentan dificultades, principalmente por negación y resistencia, a elaborar conjuntamente objetivos. No se involucran en su definición	No presentan dificultades para la definición y elaboración conjunta de objetivos para el tratamiento del usuario(a)	Pueden considerar objetivos personales de mayor prioridad que los propuestos por el equipo o el propio usuario(a) en tratamiento

Apertura al cambio	Para estos, los cambios se visualizan como una oportunidad y un desafío alcanzable	No existe, en lo explícito, un interés o valor por el cambio. Este se percibe como algo ajeno o inexistente	Para estos, los cambios se visualizan como una oportunidad y un desafío alcanzable, en la medida que sus síntomas logran una supresión progresiva	Los cambios pueden ser percibidos, implícita o explícitamente, como un atentado a la dependencia emocional establecida con el usuario en tratamiento
Atribución de los Resultados	Se involucran en el problema y en la solución del mismo. Vivencian los posibles resultados como un logro compartido	Atribución de los problemas (si es que les reconocen) y de las soluciones es externa	Pueden sentirse, lógica y sintomáticamente, parte del problema y de la solución del mismo. Viven los posibles resultados como un logro compartido	Existe una dependencia emocional con el problema y ansiedad con respecto a la solución por lo que los resultados pueden ser vividos con ambivalencia y los logros pueden ser, explícita o implícitamente, boicoteados

TABLA 3. SUGERENCIAS DE INTERVENCIÓN⁵

	Familiar Colaborador Asintomático	Familiar No Colaborador	Familiar Colaborador Sintomático	Familiar Codependiente
Evaluación	¿Existen ideas erróneas preconcebidas sobre el problema de consumo y el tratamiento? ¿Posee información acerca de qué hacer y no hacer en el proceso terapéutico?	¿Qué elementos de la historia familiar y/o del consumo de drogas han desencadenado la distancia con el usuario? ¿Esta distancia responde a un desconocimiento, a una sobrecarga o por un abandono o ruptura de la relación?	¿Cuál es el nivel y estado sintomático del familiar y cuáles son las áreas comprometidas? ¿Existe un reconocimiento de que el propio estado emocional deriva de su convivencia con el problema del usuario? ¿Existe acceso a intervención terapéutico-farmacológica de la sintomatología presente?	¿Cómo incide el estilo habitual de interacción familiar en el comportamiento del usuario? ¿Qué ha postergado el familiar codependiente al focalizarse en el usuario? ¿Qué podría implicar para el familiar codependiente la recuperación del usuario?

Acción	Intervención psicoeducativa dirigida a (1) información general sobre el consumo de drogas, (2) sobre el proceso terapéutico y (3) sobre cómo actuar frente al problema	(a) Preliminar: Intervención motivacional familiar orientada a reconocer los elementos familiares que anulan el compromiso con el usuario. (b) Posterior: Intervención familiar reparatoria del sistema relacional	(a1) Paralelo: Intervención psicoeducativa con iguales focos que familiar asintomático (b1) Paralelo: Actuación sobre los síntomas de malestar y el manejo de los mismos.	(a1) Paralelo: Intervención psicoeducativa con iguales focos que familiar asintomático. (b1) Paralelo: Actuación sobre la codependencia en los elementos relacionados con la conducta problema, los elementos vinculares y los elementos cognitivo-afectivos
Modelo	Psicoeducativo	Intervención Motivacional + Intervención Familiar	Psicoeducativo + Psicofarmacológico	Psicoeducativo + Intervención Familiar
Duración	Corto Plazo	Largo Plazo	Mediano Plazo	Mediano a Largo Plazo

Estas matrices están siendo utilizadas desde hace ya unos años en CIR Gamma de la ciudad de Cauquenes, generando un significativo aporte a la mirada y construcción de acciones destinadas a quienes forman parte del núcleo primario y cercano del usuario en tratamiento.

El deber de los equipos que desarrollan labores de intervención en consumo problemático de drogas, como en cualquier otro ámbito, implica mantenerse capacitados y especializados, con alto análisis crítico, sin temor a reconocer sus falencias y atentos al surgimiento de avances o el desarrollo de nuevas metodologías. El real interés debe ser, siempre, la ejecución de un trabajo del más alto estándar con los recursos disponibles,

5.Desarrollado y adaptado por Rojas & Solís (2013) en base a: PIDCA (2011). *Protocolo de atención a familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas*. Mérida: Servicio Extremeño de Salud.

sumada a la profesional curiosidad de indagar y analizar la pertinencia de información actualizada, a modo de ampliar los marcos tradicionales del conocimiento. Lo anterior, estriba en un marco de respeto y responsabilidad en la atención que brindamos a los familiares de los adolescentes que ingresan a nuestros programas. Por otro lado, permite otorgar a los equipos de tratamiento una mejor comprensión de la población con las cuales intervienen, adecuándose a las características individuales de cada adolescente como de sus familiares o personas significativas en el proceso terapéutico, generando estrategias motivacionales efectivas y ofreciendo apoyo, eliminando obstáculos, ofreciendo alternativas, practicando la empatía y aclarando objetivos (Miller & Rollnick, 1999).

En el caso del trabajo social, tal y como refiere Yañez (2013), el debate encuentra su cuño en la pluralidad de voces constituyentes de la comunidad disciplinaria, las cuales revelan un juego de lenguaje que atraviesa lo académico, lo profesional y lo gremial, donde moderadores, expositores y audiencias, han de enfrenar las controversias socio-históricas, contextuales, epistemológicas, teórico-metodológicas y ético-políticas que van interpelando nuestros procesos de investigación/intervención en los escenarios sociales contemporáneos.

El compartir estas matrices, como experiencia de trabajo, no está enfocado a resolver una amplia gama de dudas con respecto a la intervención familiar en el ámbito de las drogas, sino más bien a entrar en ellas y generar instancias de debate, con opiniones constructivas que permitan mirar nuestro quehacer disciplinario para ampliar los desarrollos en el área y, por sobre todo, para ir perfeccionando la intervención. Parafraseando a Pablo Egenau en su prólogo del libro “Psicoterapia de reducción de daños” (Tatarsky, 2002), la invitación es a creer en las personas, a confiar en su sabiduría y capacidad, a dejar nuestros prejuicios de lado, atrevernos a cuestionar dogmas académicos e históricos, y abandonar la omnipotencia terapéutica tan común en este campo.

Referencias bibliográficas

- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2007). *Orientaciones técnicas: tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental en adolescentes infractores de ley*. Santiago: Ministerio del Interior.
- Departamento de evaluación de la ley, Cámara de Diputados de Chile (2014). *Evaluación Ley 20.000: Sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas*. Valparaíso: Cámara de Diputados Chile.
- Herrera, P. (2003). *Bases para la elaboración de talleres psicoeducativos: una oportunidad para la prevención en salud mental*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas (2008). *Protocolo de atención a familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas*. Extremadura: Servicio Extremeño de Salud.
- Rojas, C., & Valenzuela, C. (2012). *Caracterización de consultantes en programas para adolescentes infractores de ley con consumo de drogas*. Universidad Central de Chile, Santiago, Chile.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Tatarsky, A. (2002). *Psicoterapia de reducción de daños: Un nuevo tratamiento para problemas de drogas y alcohol*. Maryland: Jason Aronson Inc.
- Yáñez, V. (2013). *El trabajo social en contextos de alta complejidad: Reflexiones sobre el pensum disciplinar*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Zarza, M., Martí, J., Botella, A., Vidal, A., Ribeiro, B., & Bisetto, D. (2013). *Modelo Matrix: manual del terapeuta: sesiones educativas para familias*. Murcia: Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.



CAPÍTULO 7

Consumo de drogas en la adolescencia. ¿Desde qué ventana estamos mirando?

Catalina Contreras Orozco¹

Fundación Paréntesis, Centro La Escalera, Talca, Chile.

Estar en lo que se observa

Se invita a cinco individuos a participar en una actividad de observación. Todos en una misma habitación son expuestos a contemplar dos objetos ubicados dentro de ella. Luego de un par de minutos, se le solicita a cada uno que de la manera más sencilla posible describa lo que observa: “una deliciosa fruta sobre un antiguo mueble”, “hay algo sobre una superficie lisa”, “un alimento desagradable se deja caer sobre esa madera”, “no conozco el objeto que se encuentra sobre la mesa”, “una pera sobre una mesa”.

Si realizamos el ejercicio de analizar la veracidad de sus respuestas, ¿cuál de estas personas tiene la razón?, ¿alguna de ellas está equivocada? o ¿alguna efectivamente está en lo correcto? Si revisamos cada una de sus afirmaciones todas nos muestran una apreciación distinta de la realidad. Esa percepción se encuentra teñida por múltiples aspectos que estructuran finalmente su respuesta frente a nuestra petición. En ella están plasmadas sus capacidades físicas presentes al momento de observar, la habilidad para expresarse, las vivencias que rememora cada uno cuando es expuesto a determinada circunstancia, los gustos que ha ido adquiriendo a lo largo de la vida, o los sentimientos que

1. Médico Cirujano, Universidad de Concepción. Médico en Centro La Escalera Talca, Fundación Paréntesis.

Correspondencia dirigirla a: catalinacontrerasorozco@gmail.com

evoca; ya que finalmente somos nosotros quienes estamos en el fenómeno observado.

Del mismo modo como en el ejemplo anterior cuando analizamos, estudiamos, reflexionamos y opinamos sobre el controversial tema del uso y abuso de drogas en cada una de las comunidades a las que pertenecemos, la percepción que tenemos de ello, estará coloreada también por la tonalidad de nuestras experiencias, información, nociones y creencias que se han ido plasmando en torno a esta temática en nuestras vidas. Por otro lado, el consumo de drogas en la adolescencia, nos presenta un desafío constante en cuanto a la comprensión de esta determinante y siempre dinámica etapa de la vida.

En este capítulo transitaremos por ciertos aspectos relacionados con las conductas del consumo de drogas en los adolescentes, diferentes ventanas que nos lleven a explorar el escenario actual de esta problemática, de manera tal que incorporando estas distintas visiones aportemos desde cada una de nuestras realidades al debate, la crítica, el entendimiento y la construcción de una nueva visión del consumo de drogas y la adolescencia.

América, Chile y sus adolescentes

El estudio y la preocupación por el uso y abuso de drogas no es una realidad local aislada, sino que trasciende globalmente tanto a los países que han alcanzado un alto grado de desarrollo como también a los que se encuentran en vías de ello. La Organización de los Estados Americanos (OEA), a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), presentó en abril del 2015 el último *Informe del Uso de Drogas en las Américas*, en donde se evidencia que si bien se mantiene la heterogeneidad entre los distintos patrones de consumo en las diferentes poblaciones de nuestro continente, hay algunos puntos de convergencia que son transversales a gran parte de la población adolescente mundial.

Uno de estos primeros elementos que nace de los estudios

existentes en población escolar, hace referencia al uso de drogas a edades tempranas, reconociendo que su uso en esta etapa de la vida representa en sí mismo un consumo problemático por los riesgos biopsicosociales que ello implica, sin importar a la escala que ocurra (entendiendo esto como la frecuencia, cantidad o tipo de droga consumida). Además, en las conclusiones del informe, destaca el alto consumo de drogas entre la población adolescente en los países de las Américas. ¿Cómo se perciben los mismos adolescentes frente a esta realidad? El informe plantea una baja percepción de riesgo frente al uso ocasional de estas sustancias por esta misma población.

En Chile desde el año 1995, y cada 2 años, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), realiza el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar. Este estudio tiene como objetivo, además de observar las distintas tendencias del consumo de drogas en esta población en específico, determinar también la magnitud de su uso y describir al mismo tiempo la manifestación de ciertos factores que se asocian al consumo de distintas sustancias en la población escolar desde 8° básico hasta 4° medio.

Al igual que en el Informe del Uso de Drogas en las Américas, la percepción de riesgo por parte de los adolescentes y escolares ha disminuido, siendo ésta disminución significativa para el consumo de marihuana y de cocaína, así como también en la percepción de riesgo de embriagarse con alcohol. Además, existen ciertos factores considerados de riesgo como son la facilidad de acceso y la oferta reciente de distintos tipos de drogas, que han presentado un alza significativa en nuestra realidad local. De la mano de estos resultados se evidencia un aumento en la prevalencia de consumo de alcohol, marihuana, sustancias inhalables y tranquilizantes sin prescripción médica.

Motivación para el consumo

Cada conducta del ser humano, observada a lo largo de la historia, presenta un fundamento sobre el cual se desarrolla

y en torno al que se agrupan a su vez distintos patrones de comportamiento social. Son estos actos individuales los que al reunirse definen y dan sello a cada grupo humano, que compartiendo un tiempo y un espacio, determinan una generación en particular. La repetición de estos actos, que configuran finalmente conductas sociales adquiridas, resultan ser el reflejo de un sentido en particular que se plasma en una u otra tendencia, hecho que también se observa en el consumo de drogas de los adolescentes. Si bien en esta etapa del ciclo evolutivo hay una fuerte asociación entre la impulsividad y ciertos actos, existen también conductas que evidencian motivaciones profundamente arraigadas. De esta manera, el consumo de drogas, entendido como una de estas conductas, posee cierta función particular dentro de la vida de cada individuo. Es la construcción de su rutina diaria, la estructuración del tiempo y las prioridades, el compartir con sus amistades, la relación con la familia y el entorno en general, lo que se ve organizado en torno al consumo y al abuso de sustancias.

De esta manera, podemos agrupar los distintos motivos para el consumo de drogas en relación a criterios basados en el tipo de funcionalidad que simbolizan en vida de los jóvenes. Una de ellas es la referida al consumo recreacional y a la sensación de placer o bienestar transitorio, contextualizado en la ocupación del tiempo libre y las rutinas ligadas a divertirse, con el fin de ampliar estas actividades. Generalmente este perfil está asociado a una baja percepción de riesgo junto con una alta percepción de control por tratarse de un consumo, la mayor parte del tiempo, centrada en los días que comprenden el fin de semana. Esta sensación se acompaña con la errada concepción de que la mayor parte de los jóvenes consumen drogas en el día a día y que además este tipo de patrón de consumo no comprometería conductas relacionadas con la adicción, ambos hechos que distan de la realidad. Por otro lado, existe el consumo en relación a manejo de problemas o situaciones desadaptativas, siendo éste tipo consumo una herramienta utilizada por los jóvenes para sobrellevar situaciones tangentes o directamente

relacionadas a éstos mismos conflictos, lo que a su vez se puede sumar al desarrollo de crisis afectivas que podrían desencadenar síntomas de depresión o ansiedad. En muchas oportunidades este patrón de consumo se enmarca en un escenario desfavorable en cuanto a la escasa posesión de habilidades sociales y emocionales para una resolución efectiva de estas dificultades.

Familia y consumo

Es reconocida la existencia de una serie de elementos involucrados en la incidencia del consumo de drogas en la adolescencia, que tienen relación con ciertas conductas asociadas a la búsqueda de nuevas experiencias. Existe una variada clasificación de ellos que van desde los factores individuales donde destaca lo constitucionalmente biológico y la genética, los antecedentes de vivencias traumáticas y la presencia de alguna patología psiquiátrica concomitante, los estilos de crianza y la familia, así como también otros factores sociales y ambientales, los que en esta etapa del crecimiento cobran gran importancia por la influencia que se generan en la adolescencia entre y con su grupo de pares. Los distintos modelos teóricos-multidimensionales² resumen estos aspectos en tres dimensiones básicas: *la droga, el sujeto y el contexto sociocultural*. Si bien determinadas conductas se enmarcan dentro de algunos aspectos socioculturales propios de la vida de los adolescentes, ninguno de ellos por sí solo es el o los responsables absolutos de una mayor ingesta de drogas.

Uno de los aspectos a destacar es el referente a la familia y a las relaciones parentales y de autoridad que se genera a lo largo de cada etapa del ciclo vital y de las cuales también forman parte los adolescentes. En la diversidad de su conformación, se encuentra la heterogénea estructura de cada sociedad, cumpliendo un rol fundamental y trascendente en las distintas áreas de desarrollo de niños, niñas y jóvenes.

2. Entre los que destacan el Modelo de Competencia Social y el Modelo Biopsicosocial.

La variada organización de la estructura del núcleo familiar, así como los vínculos que se crean en ella, influyen de manera positiva o negativa en la construcción de la personalidad de un individuo, lo que repercute a su vez en la estructuración de su estilo de vida en las etapas vitales a futuro. El vínculo que se construye a través de la interacción entre el cuidador y el adolescente es fundamental en relación a la apreciación del uso de sustancias y finalmente en el mismo consumo de drogas.

Podemos reconocer ciertos aspectos de la relación parento-familiar que actúan como factores protectores frente al consumo de drogas por parte de los adolescentes, entre ellos se encuentran los fuertes vínculos familiares, las normas conductuales de crianza que se decretan de manera clara, la crítica constructiva como marco para la entrega de consejos, una disciplina moderada y consistente; estos elementos concebidos como un todo ayudan finalmente a la creación de reglas y mensajes claros con respecto al uso de sustancias. La presencia de cada uno de estos factores, idealmente coexistiendo, se asocia a menores tasas de consumo por parte de los adolescentes. A su vez, se genera un ambiente de apoyo y respeto dentro del grupo familiar, fomentando el desarrollo de habilidades personales y sociales en un patrón relacional positivo.

Es dentro de este contexto donde finalmente se construyen adecuados estilos de comunicación y resolución de conflictos, lo que permite crear un escenario afable para el desarrollo de comportamientos y actitudes preventivas frente a la aparición de un eventual problema de consumo; de esta manera no sólo cultivamos un estilo relacional desde la crítica constructiva, validando también las visiones de los propios adolescentes, sino que al mismo tiempo se logran mejores estados receptivos por parte de los adolescentes frente a los mensajes, tanto explícitos como implícitos, entregados por los padres. Aquellos mensajes latentes que se reflejan en los estilos de crianza y en las actitudes diarias, son los que repercuten significativamente en las conductas posteriores frente al consumo de drogas de los niños, niñas y adolescentes.

Mirar a través de la neurobiología: un desafío, una necesidad

El desarrollo del sistema nervioso en los seres humanos, ocurre a tempranas etapas del desarrollo embriológico y no termina su evolución completa hasta pasados los 21 años de edad. Ya desde la tercera semana (19 días de gestación), comienzan a tener lugar los distintos procesos de inducción, migración y diferenciación celular que darán finalmente origen a la red comunicacional altamente organizada que formará parte de nuestro sistema nervioso. El proceso que se correlaciona con la madurez del sistema nervioso, que corresponde a la mielinización, continúa a lo largo de la infancia hasta pasada la adolescencia tardía.

Estas primeras etapas del desarrollo cerebral, donde millones de conexiones y vías neuronales se convierten finalmente en la maravillosa y compleja estructura que nos acompañará el resto de nuestros días, son de trascendental importancia para la conformación del sistema nervioso.

El avance a pasos cada vez más firmes del mundo de la neurobiología de las adicciones, nos llama a mirar el consumo de drogas desde otra perspectiva, siendo ésta una invitación a volver nuestro interés en las múltiples transformaciones cerebrales y moleculares que las drogas generan en las distintas etapas de la vida ¿Es lo mismo fumar marihuana o tomar alcohol a los 15 que a los 30 años? Es evidente que la respuesta es no, pero ¿cuál es el real impacto del uso de drogas en el cerebro de un adolescente?

La creciente evidencia clínica sugiere que la adolescencia representa un período de mayor vulnerabilidad biológica a las propiedades adictivas de las drogas, es así, como los adolescentes demuestran una progresión más abrupta en el patrón de consumo que los adultos, pudiendo considerarse de esta manera al desarrollo neurológico de los adolescentes como un período crítico de vulnerabilidad en la adicción.

Una de las aristas que debemos conocer para comprender mejor la relación existente entre la impulsividad, el trastorno

por uso de sustancias y la adolescencia, es la neurobiología del sistema cerebral que tiene relación con los distintos circuitos involucrados en el proceso de adicción, entre ellos el circuito de la motivación.

Ciertos procesos cognitivos como la toma de decisiones y la impulsividad, presentan activación de circuitos cerebrales comunes, lo que pudiese ser considerado en cierta medida la base de la vulnerabilidad a los trastornos por uso de sustancias.

Podemos definir una conducta impulsiva como aquel comportamiento dirigido al logro de un objetivo que se caracteriza por la falta de juicio en la consecución de recompensas. Este tipo de comportamientos mantienen la tendencia de obtener resultados poco favorables a largo y mediano plazo, tanto en el plano personal como social.

La conducta asociada a la activación del circuito de la motivación, tiene directa relación con la activación o inhibición de las vías corticales. Es en la corteza frontal donde se elaboran las decisiones, más específicamente, es la corteza prefrontal la que participa en los procesos de frenar las compulsiones y la corteza orbitofrontal la involucrada en el circuito de la motivación, decisión y la evaluación del valor.

En el cerebro inmaduro de un adolescente, suceden diversos procesos neurofisiológicos; por un lado, existe una relativa desmielinización de la corteza prefrontal, correlacionada significativamente con una mayor incidencia de conductas riesgosas como es el consumo de drogas; y por otro, el sistema cortical y los núcleos subcorticales, relacionados con la ejecución de la acción, no se encuentran completamente conectados, lo que potencia aún más las conductas temerarias.

Los cambios que se producen en la neuroplasticidad cerebral asociados a los niveles de dopamina, producen efectos en otro importante circuito donde el núcleo accumbens tiene un rol central: el circuito del placer y la recompensa. La activación por este neurotransmisor de los receptores presentes en éste núcleo cerebral, tendrían implicancia en el aumento de consumo de sustancias que ocurre a menudo en la adolescencia.

“Lo único permanente es el cambio”.
Heráclito, fragmento (siglo VI aC).

¿Cuál es la invitación?

El potencial de cambiar, crecer y desarrollarse está presente a lo largo de toda la vida, pero es durante la niñez y la adolescencia donde se presentan cambios que cobran especial importancia en el desarrollo del aparato biopsicosocial de cada individuo y que funcionan, por lo tanto, como el gatillante de una serie de conductas que acompañan nuestros actos, tanto voluntarios como involuntarios, y que a largo plazo nos determinan globalmente como individuos.

El abordar el consumo de drogas en la adolescencia hoy, es a su vez una mirada hacia el futuro. El educar a la población con el fin de dar a conocer las motivaciones que podrían llevar a un adolescente a consumir drogas, así como los reales efectos neurobiológicos asociados y las consecuencias biopsicosociales de ello, resultan elementos fundamentales para el entendimiento y la inclusión social de ésta temática. Partiendo de la base de este conocimiento, sería posible fortalecer el planteamiento de políticas públicas y gubernamentales que apunten a generar estrategias preventivas más eficientes frente el escenario actual ante el que nos presentamos.

La oportunidad de proteger la salud mental de nuestra población, desde edades tempranas hasta reducir el riesgo de desencadenar patologías psiquiátricas o de potenciar futuras adicciones, va de la mano con el entendimiento que cada integrante de nuestra sociedad tenga referente al consumo de drogas y a la repercusión de ello, desde los niveles neuromoleculares en nuestro organismo hasta esa misma repercusión en los sistemas de organización social.

La invitación entonces es a mirar el consumo de drogas en la adolescencia no como un hecho aislado o fortuito dentro de la vida de una persona, si no como parte de la diversidad del proceso de crecimiento y desarrollo de esta etapa, integrando

tanto el conocimiento referente a los procesos psicosociales como la comprensión de los procesos neurocelulares. Es la suma de los entendimientos y no la disputa entre ellos lo que aporta a la transformación desde el enfoque multidisciplinario hacia el enfoque transdisciplinario, donde la participación de cada uno de los actores sociales involucrados en esta etapa del ciclo vital, nos lleva a ampliar nuestra comprensión de este período, generando así aportes constructivos y enriquecedores en el desarrollo de la población infanto juvenil.

Referencias bibliográficas

- Chaplin, T. (2014). Parentale Adolescent Drug Use Discussions: Physiological Responses and Associated Outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), 730-735.
- Chambers, A., Taylor, J., & Potenza, M. (2003). Developmental Neurocircuitry of Motivation in Adolescence: A Critical Period of Addiction Vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1041-052.
- CONACE. (2010). *Drogas, tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes*. Santiago: Ministerio del Interior.
- Medina-Mora, M. & Gibbs, S. (2013). Implications of Science for Illicit Drug Use Policies for Adolescents in Low- and Middle-Income Countries. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 33-35.
- Organización de los Estados Americanos. (2015). *Informe del Uso de Drogas en las Américas*. New York: OEA.
- Pereira, G., & Pillon S. (2011). Uso de drogas por adolescentes: sus percepciones sobre adhesión y el abandono del tratamiento especializado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 317-324.
- Potenza, M. (2012). Biological Contributions to Addictions in Adolescents and Adults: Prevention, Treatment, and Policy Implications. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 22-32.
- Rutherford, H., Mayes, L., & Potenza, M. (2010). Neurobiology

of Adolescent Substance Use Disorders: Implications for Prevention and Treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 479-492.

SENDA. (2013). *Décimo estudio nacional de drogas en población escolar*. Santiago: Gobierno de Chile.

Soutullo, C., & Mardomingo, M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.



CAPÍTULO 8

Conductas suicidas y consumo de drogas en adolescentes. Aspectos generales y la importancia de su prevención.

Pablo Méndez Bustos¹

Evelyn Rojas Sepúlveda²

Universidad Católica del Maule, Chile.

Epidemiología de la conducta suicida

La conducta suicida es un problema multidimensional complejo que resulta de una interacción dinámica de factores biológicos, genéticos, psicológicos, económicos, sociodemográficos y culturales (Nock, Hwang, Sampson & Kessler, 2010). Además incluye un espectro que considera la *ideación suicida*, *planes suicidas*, *intentos suicidas* y el *suicidio consumado*. En los últimos años se ha transformado en uno de los problemas más importantes de salud pública en el mundo debido a las consecuencias psicológicas, sociales y económicas asociadas a su desarrollo y manifestación. Un millón de personas muere cada año como consecuencia de una conducta autolítica, una muerte cada 40 segundos (WHO, 2003). Se estima que para el año 2020

1. Psicólogo, Universidad de Concepción. Magíster en Investigación Social y Desarrollo, Universidad de Concepción. Máster en Diseños de Investigación y Aplicaciones en Psicología y Salud, Universidad de Granada, España. Doctor en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid, España. Researcher Affiliate of the Center of Excellence for Cultural Competence (CECC) of the Columbia University Medical Center, New York. Académico Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Chile.

Correspondencia dirigirla a: pmendezb@gmail.com

2. Psicóloga, Universidad Católica del Maule. Cursa estudios de Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil, Universidad Católica del Maule, Chile.

Correspondencia dirigirla a: evelyn.rojas.sepulveda@gmail.com

aproximadamente 1,5 millones de personas morirán por suicidio cada año y se producirán entre 10 y 20 veces más intentos suicidas. Esto significará una muerte cada 20 segundos y un intento suicida cada 1 a 2 segundos (Bertolote & Fleishmann, 2002). Asimismo, el intento de suicidio y específicamente la repetición de esta conducta puede ser 40 veces más frecuente que el suicidio consumado (Schmidtke et al., 1996). Esto significa que aunque un intento suicida no termine en muerte se asocia a un incremento de la probabilidad de repetición del intento y de consumación del suicidio (Neeleman, de Graf & Vollebergh, 2004; Schmidtke et al., 1996). Las consecuencias del suicidio no se limitan a quienes mueren; las familias y las comunidades son afectadas seriamente (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2012). Directa o indirectamente, genera costos sociales, emocionales y económicos asociados a la utilización del sistema de salud, discapacidad y estrés familiar (Czernin, et al., 2012).

En Chile es creciente la preocupación por el aumento de la mortalidad por causas externas en los adolescentes, las que representan el 60% del total de las muertes en este grupo (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013a). Según el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS, 2010) la tasa de suicidio el año 2010 en el grupo entre 10 y 19 años fue de 7,0 por cada 100 mil habitantes, hombres 10 por cada 100 mil y mujeres 3,8 por cada 100 mil. En el grupo de 10 a 14 años, la tasa de suicidios aumentó de 1,0 por 100 mil el año 2000 a 2,0 por 100 mil el año 2010 y en el grupo de 15 a 19 años, la tasa de suicidio pasó de 8,6 a 11,1 por 100 mil en el mismo periodo. Respecto al periodo 2005-2010 la tasa en hombres (2,5) y mujeres (1,5) entre 10 y 14 años se equiparó y en el grupo de 15 a 19 años la tasa de suicidio en hombres (16,8) triplicó la de mujeres (5,7).

Los antecedentes epidemiológicos muestran además que Chile, presenta un aumento sostenido de las tasas de suicidio en los últimos 15 años (55% entre 1999-2005), siendo el segundo país de la OCDE con la variación porcentual más alta y

en población adolescente la tasa de muerte por esta causa se ha duplicado en los últimos 10 años, sobre todo en el grupo entre 10-19 años (OCDE, 2011; 2013).

El MINSAL (2013) ha planteado en su Estrategia Nacional de Salud metas para modificar esta tendencia, esperando disminuir en un 15% la tasa de suicidio en adolescentes proyectada de 12 por 100 mil habitantes a 10,2 por 100 mil al año 2020. Para esto han propuesto 4 estrategias: (1) trabajo intersectorial; (2) detección de casos de riesgo; (3) cobertura y calidad de la atención; (4) vigilancia epidemiológica (MINSAL, 2013b). Estas estrategias responden a las recomendaciones de la literatura actual, la que reconoce la naturaleza compleja y multideterminada de la conducta suicida, y la alta fluctuación de la misma dentro de periodos cortos de tiempo, requiriendo de estrategias integrales de detección temprana y manejo oportuno, que deben incluir seguimiento, y estar ajustadas al tipo e intensidad del riesgo detectado y a la naturaleza de los factores de riesgo asociados.

Conductas suicidas y adolescencia. Características de la adolescencia.

En la actualidad es ampliamente aceptado que la adolescencia es una etapa de transición que implica cambios multidimensionales. Estos cambios se producen de manera simultánea y en diferentes pasos para cada uno de los adolescentes dentro de cada género, incorporando los factores estructurales y ambientales que afectan a menudo su desarrollo. Cabe destacar que para hacer una definición de adolescencia se debe considerar el entorno social y cultural donde se desenvuelve el sujeto, puesto que cada cultura tiene sus propios parámetros para definir lo que consideran adolescencia (UNICEF, 2006).

En esta etapa, las relaciones sociales a menudo se expanden más allá de la unidad familiar para incluir más influencias del grupo de pares, y los jóvenes comienzan a adquirir comportamientos que tienen un profundo impacto en la vida posterior

(Blum et al., 2014). Las enfermedades no transmisibles son las que predominan como los principales factores de riesgo y muchas veces incluyen el alcohol, el sexo inseguro, deficiencia de hierro, la insalubridad del agua, el saneamiento y la higiene, las inyecciones inseguras y los altos niveles de glucemia. Estas conductas en su mayoría son prevenibles, sin embargo, una de las características más reconocidas en la adolescencia es la búsqueda de nuevas sensaciones, la que ha sido asociada al inicio temprano de relaciones sexuales, consumo de alcohol y drogas (King, 2001) y a la presencia de intentos de suicidio (Ortin et al., 2012), esta sería la razón por la cual los adolescentes mantienen estas prácticas y que muchas veces no consideren las consecuencias de las mismas.

El comportamiento es un aspecto central de la salud de los adolescentes. Muchos comportamientos que se sabe que causan enfermedades no transmisibles y otras consecuencias más tarde en la vida, comienzan en la adolescencia, y por lo tanto la adolescencia parece ser una ventana de oportunidad para la prevención de estas conductas (Blum et al, 2014).

Es por esto que cuando los adolescentes se desarrollan en ciertos contextos de vulnerabilidad están más propensos a tener intentos suicidas. Por ejemplo, se asocia el hecho de no vivir con ambos padres y/o la disfuncionalidad familiar a intento suicida, ya que la importancia de la estructura y la dinámica familiar es directamente influyente en la salud mental de los jóvenes. Es así que se desencadenan variables psicológicas como baja autoestima, alto nivel de desesperanza, y la presencia de sintomatología depresiva, las cuales se relacionan a intento de suicidio (Valdivia et al, 2015).

Es así que las conductas de riesgo tendientes al suicidio son complejas y responden a una interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales, entre los cuales están, además de los trastornos psicopatológicos y comportamientos suicidas previos, una mayor prevalencia de comportamientos violentos (maltrato, violencia con pares, abuso sexual) y uso de sustancias, tanto en los adolescentes como en sus familias (Bella, 2012).

Consumo y abuso de sustancias

Estudios con adolescentes han encontrado una fuerte asociación entre uso de sustancias y suicidabilidad. Aunque no existe claridad respecto a qué tipo de sustancia específica incrementa el riesgo, la Asociación Americana de Psiquiatría y la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (2004) han identificado el uso de sustancias como uno de los principales factores de riesgo de suicidio en esta población.

El consumo de sustancias tales como alcohol, tabaco, cannabis, inhalantes y cocaína ha sido asociado a mayor riesgo de conductas suicidas (Bossarte & Swahn, 2011; Miller et al., 2011; Wong, Zhou, Goebert & Hishinuma, 2013). En el caso del alcohol como factor predisponente para el desarrollo de conductas suicidas ha sido entendido por diferentes autores como una variable de riesgo independiente, como un mediador en la aparición de patologías psiquiátricas y como un potenciador de otros factores de riesgos tales como impulsividad y agresividad (Harden & Tucker-Drob, 2011). En muchos casos el consumo de alcohol está asociado al uso de otras drogas y aunque es considerado un factor de riesgo no es condición suficiente para la conducta suicida siendo asociado con la presencia de otras patologías psiquiátricas (Zhang & Wu, 2014). Por lo tanto, la comorbilidad en adolescentes con abuso de sustancias incrementa el riesgo de comportamientos suicidas, especialmente cuando se relaciona con trastornos afectivos como la depresión mayor (Brent et al., 1993; Shaffer et al., 1996). Diversas investigaciones han encontrado un efecto sinérgico entre ambas patologías y el desarrollo de comportamientos autolíticos. Se han propuesto cuatro posibles relaciones entre el uso de sustancias y conductas suicidas. Primero, el uso de sustancias se asocia a la aparición de sentimientos depresivos, a un deterioro del procesamiento cognitivo y de las estrategias de resolución de conflictos, y a un deficiente desempeño interpersonal. Segundo, la presencia de conductas suicidas aumenta la probabilidad de uso de sustancias como una forma de escapar de los sentimientos suicidas

(Bagge & Sher, 2008). Tercera, la relación entre conductas suicidas y uso de sustancias pueden influirse mutuamente. Esta asociación recíproca aumentaría el riesgo de consumir el suicidio (Van Ours et al., 2013). Finalmente, la relación entre uso de sustancias y conductas suicidas puede ser espuria y ser explicada por terceras variables (Dawes et al., 2012). Considerar la influencia de terceras variables ha permitido reconocer la naturaleza compleja de esta problemática e incorporar otras dimensiones para su mejor comprensión.

Otros factores clínicos y psicológicos vinculados al desarrollo de conductas suicidas en adolescentes han sido abuso sexual y/o emocional en la infancia, historia familiar de suicidio e intentos suicidas, impulsividad, agresividad, desesperanza, bajo apoyo social, estilos de crianza y disfuncionalidad familiar, y han sido relacionados con abuso de sustancias, sobre todo en población adolescente, y con un aumento del riesgo suicida (Florenzano et al., 2011; Melhem, 2007).

Prevención de conductas suicidas. Aspectos generales.

Considerando la compleja etiología del suicidio y además las importantes consecuencias sociales, familiares, individuales y económicas asociadas, la identificación de factores específicos relacionados con la conducta suicida es esencial para la prevención (Knox, Conwell & Caine, 2004), en especial en población adolescente con consumo problemático de alcohol y drogas.

Por otra parte, dado que la comorbilidad en adolescentes con problemas de consumo de alcohol y otras drogas aumenta la probabilidad de comportamientos suicidas, especialmente cuando está en relación con trastornos afectivos y considerando que las enfermedades psiquiátricas en general son sub-diagnosticadas e inadecuadamente tratadas (Alonso et al., 2004) un diagnóstico temprano y un tratamiento efectivo son considerados aspectos fundamentales al analizar la elaboración de estrategias preventivas en este grupo de riesgo.

La evidencia indica que los programas elaborados y que

buscan intervenir a población con alto riesgo suicida, enfatizan la relevancia de que los equipos de salud implementen planes de acción dirigidos a mejorar el diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos y promover estrategias de educación y cuidado en salud mental. Fundamental es la creación de equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud mental (psiquiatras, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales) que posean las competencias necesarias para intervenir en esta población y que incorporen seguimientos que permitan monitorear su evolución. Se necesita considerar como una etapa fundamental del proceso el seguimiento de las personas intervenidas que permitirá optimizar los resultados y facilitar la autorregulación del sistema terapéutico.

Aunque no hay clara evidencia respecto a la eficiencia y efectividad de los programas de intervención, los autores los reconocen como un factor protector, contribuyendo a disminuir el número de intentos suicidas (Szanto, Kalmar, Hendin, Rihmer & Mann, 2007).

Programas de intervención

Cinco áreas de prevención del suicidio se han identificado como claves para la reducción de los riesgos y daños asociados (Mann et al., 2005): 1) Programas de educación y sensibilización para profesionales y público en general (campañas de educación pública, formación de médicos de atención primaria, formación de educadores); 2) Métodos de evaluación e identificación de personas de alto riesgo suicida; 3) Tratamiento de trastornos psiquiátricos (farmacoterapia, psicoterapia); 4) Restricción del acceso a medios letales (armas de fuego, pesticidas, fármacos, etc.) y 5) Reporte de los suicidios por parte de medios de información (internet, medios de comunicación impresos y electrónicos).

Además, es posible diferenciarlos según su diseño y orientación teórica en programas cognitivo-conductuales, entre ellos la terapia dialéctica conductual, la terapia breve basada en el manual de terapia cognitivo conductual y la terapia breve centrada

en los problemas, las que incluyen 3 a 5 sesiones individuales durante 3 a 12 meses (Evans & Pillay, 2009; Linehan et al., 2006). Estrategias e intervenciones multimodales con repetidores de intentos suicidas que incluyen 20 sesiones grupales organizadas en 5 módulos (seguridad personal, educación emocional, resolución de conflictos, administración de crisis y habilidades sociales) y realizadas por un equipo interdisciplinario (Bergmans & Links, 2002). Enfoques de intervención mínima o programas de administración de casos tales como la “green card”, contacto e intervención breve y “conectedness” que entregan apoyo permanente y realizan seguimientos vía telefónica o a través de visitas domiciliarias durante semanas y meses, según lo requiera el paciente (Carter, Clover, Whyte, Dawson & D’Este, 2007; Evans, Morgan, Hayward & Gunnell, 1999; Motto & Bostrom, 2001). Además, se encuentra el Modelo Baerum y el programa ALGOS que intentan mejorar la adherencia al tratamiento luego de un intento suicida y reducir la probabilidad de recurrencia (Hvid & Wang, 2009; Vaiva et al., 2011).

En resumen, en Chile existen diversos programas gubernamentales y ONGs especializadas en el tratamiento de adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas, pero dada la evidencia que muestra la dinámica compleja entre las conductas suicidas y factores clínicos y psicológicos, especialmente asociada al abuso de sustancias, es importante identificar y diferenciar sub-poblaciones en riesgo a partir de la definición de un perfil clínico específico que permita elaborar modelos comprensivos que permitan reducir el riesgo de nuevas conductas suicidas y de suicidio consumado. Por lo tanto, se requiere planificar estrategias de intervención que considere no solo el tipo específico de sustancia utilizada sino el número de sustancias y la historia de consumo dado que es identificado como un fuerte factor independiente de riesgo para el desarrollo de comportamientos suicidas en esta población e incorporar un protocolo de evaluación permanente del riesgo suicida que permitirá una identificación temprana del riesgo y el acceso a un tratamiento oportuno.

Referencias bibliográficas

- Alonso, J., Angermeyer, M., & Lépine, J. (2004). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 5-7. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00325.x
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, American Psychiatric Association (2004). *Joint statement from the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and the American Psychiatric Association for the hearing on suicide prevention and youth: saving lives*. Senate Substance Abuse and Mental Health Services Subcommittee of the Health, Education, Labor and Pensions. Recuperado el 05 de Agosto de 2012, desde <http://www.aacap.org/galleries/LegislativeAction/SuicideH.pdf>.
- Bagge, C., & Sher, K. (2008). Adolescent Alcohol Involvement and Suicide Attempts: Toward the Development of a Conceptual Framework. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1283-1296. doi:10.1016/j.cpr.2008.06.002
- Bella, M. (2012). Comportamientos de riesgo para la salud en niños y adolescentes con intentos de suicidio y en sus familiares. *Revista Médica de Chile*, 140, 1417-1424.
- Bergmans, Y., & Links, P. (2002). A description of a psychosocial/psychoeducational intervention for persons with recurrent suicide attempts. *Crisis*, 23(4), 156-160.
- Bertolote, J., & Fleishman, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 7, 6-8.
- Bossarte, R., & Swahn, M. (2011). The associations between early alcohol use and suicide attempts among adolescents with a history of major depression. *Addictive Behaviors*, 36(5), 532-535. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.12.031>
- Blum, R., Astone, N., Drecker, M., & Mouli, V. (2014). A conceptual framework for early adolescence: a platform for research. *Adolesc. Med Health*, 26(3), 321-331.
- Brent, D., Perper, J., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C.,

- & Baugher, M. (1993). Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 521-529. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199305000-00006>
- Carter, G., Clover, K., Whyte, I., Dawson, A., & D'Este, C. (2007). Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*, 191, 548-553.
- Czernin, S., Vogel, M., Flückiger, M., Muheim, F., Bourgnon, J.C., Reichelt, M., et al. (2012). Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Med Wkly*, 142, 13648.
- Dawes, M., Mathias, C., Richard, D., Hill-Kapturczak, N., & Dougherty, D. (2008). Adolescent Suicidal Behavior and Substance Use: Developmental Mechanisms. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 2, 13-28.
- Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). (2010). MINSAL
- Evans, M., Morgan, H., Hayward, A., & Gunnell, D. (1999). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: Effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 175, 23-27.
- Evans, D., & Pillay, A. (2009). Mental health problems of men attending district-level clinical psychology services in South Africa. *Psychological Reports*, 104(3), 773-783.
- Harden, K., & Tucker-Drob, E. (2011). Individual differences in the development of sensation seeking and impulsivity during adolescence: Further evidence for a dual systems model. *Developmental Psychology*, 47(3), 739-746. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023279>
- Hvid, M., & Wang, A. (2009). Preventing repetition of attempted suicide--I. Feasibility (acceptability, adherence, and effectiveness) of a Baerum-model like aftercare. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63, 148-153. doi: 10.1080/08039480802423022
- King, R., Schwab-Stone, M., Flisher, A., Greenwald, S., Kramer, R., Goodman, S., & Gould, M. (2001). Psychosocial and

- Risk Behavior Correlates of Youth Suicide Attempts and Suicidal Ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200107000-00019>
- Knox, K., Conwell, Y., & Caine, E. (2004). If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *American Journal of Public Health*, 94(1), 37-45.
- Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757
- Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294(16), 2064-2074. doi: 10.1001/jama.294.16.2064
- Melhem, N., Brent, D., Ziegler, M., Iyengar, S., Kolko, D., Oquendo, M., et al. Familial (2007) Pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *Am J Psychiat*, 164(9): 1364-1370.
- Miller, M., Borges, G., Orozco, R., Mukamal, K., Rimm, E., Benjet, C., & Medina-Mora, M. (2011). Exposure to alcohol, drugs and tobacco and the risk of subsequent suicidality: findings from the mexican adolescent mental health survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2-3), 110-117. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.07.016>
- Ministerio de Salud. (2013a). *Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género*. Santiago: Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.
- Ministerio de Salud. (2013b). *Programa nacional de prevención del suicidio: orientaciones para su implementación*. Santiago: MINSAL.
- Motto, J., & Bostrom, A. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52,

828-833.

- National Action Alliance for Suicide Prevention (US). 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Washington (DC): US Department of Health & Human Services. Recuperado el 07 de Marzo, 2015, desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/>
- Neeleman, J., de Graaf, R., & Vollebergh, W. (2004). The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 43-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2003.09.005>
- Nock, M., Hwang, I., Sampson, N., & Kessler, R. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 868-876.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). *Health at a Glance 2011. OCDE indicators*. Recuperado el 25 de agosto de 2013 de <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Recuperado el 15 de septiembre de 2013 de <http://www.oecd.org/els/family/CO4.4%20Teenage%20Suicide%20-%20updated%20100212.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Suicide prevention* (SUPRE). Recuperado el 15 de Agosto, 2012, desde http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide-prevent/en/
- Ortin, A., Lake, A., Kleinman, M., & Gould, M. (2012). Sensation Seeking as Risk Factor for Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 214-222. doi:10.1016/j.jad.2012.05.058
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., Deleo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepef, P., & Sampaio-Faria, J. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period

- 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr. Scand*, 93(5), 327-338. doi: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb10656.x
- Shaffer, D., Gould, M., Fisher, P., et al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339-348. doi: 10.1001/archpsyc.1996.01830040075012
- Szanto, K., Kalmar, S., Hendin, H., Rihmer, Z., & Mann, J. (2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 914-920.
- Vaiva, G., Walter, M., Al Arab, A., Courtet, P., Bellivier, F., Demarty, A. L., & Libersa, C. (2011). ALGOS: The development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 11, 1.
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F. & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista Médica de Chile*, 143, 320-328.
- Van Ours, J., Williams, J., Fergusson, D., & Horwood, L. (2013). Cannabis use and suicidal ideation. *Journal of Health Economics*, 32(3), 524-537. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.02.002>
- Wong, S., Zhou, B., Goebert, D., & Hishinuma, E. (2013). The risk of adolescent suicide across patterns of drug use: a nationally representative study of high school students in the United States from 1999 to 2009. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(10), 1611-1620. doi: 10.1007/s00127-013-0721-z
- UNICEF (2006). Adolescent Development: Perspectives and Frameworks. Recuperado el 10 de Abril, 2014, desde http://www.unicef.org/ADAP_series_1.pdf
- Zhang, X. & Wu, L. (2014). Suicidal ideation and substance use among adolescents and young adults: A bidirectional relation? *Drug and Alcohol Dependence*, 142(0), 63-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.05.025>



CAPÍTULO 9

El eslabón perdido. Inserción social de adolescentes que presentan consumo de drogas y conflictos con la justicia.

Cristian Valenzuela Stuardo¹

Centro Integral de Tratamiento Gamma, Cauquenes, Chile.

“El estigma del drogadicto o de quien tiene antecedentes penales por consumo o tráfico de drogas opera negativamente sobre las opciones de acceso al empleo legal y de permanencia en el mismo y a diferentes servicios sociales y beneficios públicos. La sociedad reacciona de manera refractaria ante estas personas y tiende a discriminarlas y cerrarles las puertas de inclusión, a pesar de su voluntad de rehabilitarse. El resultado final es un porcentaje importante de recaídas y reingresos, lo que limita en gran medida las posibilidades de superación de los problemas de adicciones y reduce sustancialmente la eficacia de la inversión, aún pequeña, que se realiza en el ámbito de tratamiento”

Organización de Estados Americanos (2013).

La oferta de tratamiento y rehabilitación para adolescentes en conflicto con la justicia, en el marco de la ley de responsabilidad penal adolescente de nuestro país, ha tenido un aumento considerable en cuanto a cobertura. Se ha avanzado de manera notoria en ampliar la oferta de tratamiento tanto para población adulta, como infanto-adolescente. Pese a lo anterior, hoy en

1. Trabajador Social, Universidad Católica del Maule. Magíster en Drogodependencias, Universidad Central de Chile. Diplomado en Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones, Universidad de Chile. Diplomado en Gestión de Equipos Exitosos, E-Class. Director Técnico Programa Ambulatorio Intensivo, Centro Gamma, Cauquenes.

Dirigir correspondencia a: tscristianv@gmail.com

día persisten algunas dificultades en cuanto a la integralidad de los servicios ofrecidos y del acceso a reales oportunidades de inserción social, mientras se mantienen en sus procesos de tratamiento o una vez que los usuarios egresan de los programas en sus distintas modalidades.

Los programas de tratamiento y rehabilitación, en general, se estructuran por fases o etapas en las cuales se han de cumplir ciertos objetivos terapéuticos, con la finalidad de egresar de manera satisfactoria y lograr una plena inserción a la sociedad. El problema surge cuando intentamos responder las siguientes preguntas: ¿Cómo estamos entendiendo el proceso de inserción/exclusión social?, ¿Quién tiene que abordar y hacerse cargo del proceso de inserción social de los adolescentes que se encuentran incorporados a un programa de drogas?, ¿Cuáles son las orientaciones teóricas y las posibilidades prácticas con las que cuentan los equipos técnicos?, ¿Qué posibilidades brindan los contextos locales para favorecer procesos de inserción social?, ¿Qué propuestas se pueden evaluar?, ¿Hacia dónde dirigir los esfuerzos conjuntos?

El presente capítulo intenta iniciar un debate más amplio respecto de una realidad que más temprano que tarde tendremos que enfrentar como ciudadanos. Esto debido a que la mayor parte de las personas que ingresan a un programa de tratamiento lo hacen con la intención de llevarlo a término y lograr insertarse o reinsertarse a su comunidad de origen.

El continuo exclusión-inserción social: ¿de qué estamos hablando?

Es esencial, para orientar el proceso de inserción, delimitar y comprender el proceso en sentido contrario al que ha vivido la persona hacia la exclusión. Al referirse a la exclusión social, diversos autores (Castel, 2004; Sen, 2000; Tezanos, 2001, citado en Becoña & Cortés, 2010) la definen como “un continuo, como un trayecto que puede trazarse entre la inclusión y la exclusión, con grados de intensidad y de extensión diferentes, posiblemente

de carácter acumulativo, pero no lineal, sometido a múltiples factores e influencias. En cada contexto social, los factores que generan inclusión o exclusión son distintos y, en consecuencia, de cara a la comprensión y posterior intervención, es importante ubicar a la persona en su contexto espacio-temporal, hay que identificar qué factores están presentes y actúan a favor de su exclusión, y cuáles a favor de su inclusión”. Estos factores, denominados como factores de riesgo o exclusión y factores de protección o integración, se ejemplifican en la siguiente tabla:

	PRINCIPALES FACTORES DE EQUILIBRIO EN EL CONTINUO INTEGRACIÓN-EXCLUSIÓN	
	Factores de integración	Factores de exclusión
LABORALES	Empleo fijo o estable. Buen nivel de ingresos. Condiciones de empleabilidad razonables. Experiencia laboral.	Paro. Subempleo. Temporalidad. Precariedad. Carencia de experiencias laborales previas.
ECONOMICOS	Ingresos regulares. Fuentes alternativas de ingresos. Vivienda propia.	Ingresos insuficientes o irregulares. Endeudamiento. Infravivienda. Sin vivienda.
CULTURALES	Integración cultural. Perfiles culturales aceptados e integrados. Alto nivel de instrucción, posesión de cualificaciones demandadas.	Pertenencia a grupos estigmatizados. Analfabetismo o baja instrucción.
PERSONALES	Capacidad e iniciativa personales. Cualidades personales valoradas socialmente. Buena salud. Motivaciones fuertes. Optimismo, voluntad de realización. Facilidad de trato. Buen aspecto.	Minusvalías y enfermedades. Adicciones. Enfermedad mental. Violencia, malos tratos. Antecedentes penales. Handicaps personales. Déficits motivacionales. Actitudes negativas.

SOCIALES	Apoyo familiar. Intensa red social, relaciones. Pertinencia a asociaciones y grupos sociales. Residencias en zonas de expansión Integración territorial.	Carencia de vínculos familiares fuertes. Carencia de redes sociales de apoyo. Entorno residencial decaído. Aislamiento.
----------	---	--

Fuente: Becoña & Cortés (2011).

De lo anterior se desprende una importante consideración: la inserción social no es igual para todas las personas. Esto implica reconocer a los adolescentes en el contexto local en el cual se desenvuelven y en ese espacio poder articular una oferta que responda a sus necesidades. Resulta muy relevante desarrollar competencias técnicas que favorezcan un diagnóstico adecuado respecto de las situaciones de exclusión e inserción social a las cuales se ha visto sometido el o la adolescente. Esto es fundamental, ya que por (de)formación profesional en las ciencias sociales, se nos enseña a diagnosticar déficits y no recursos (que siempre existen). Piense el lector, a modo de ejemplo, un adolescente que vive en situación de calle, que debe realizar esfuerzos diarios para alimentarse, protegerse y dormir. Es decir, debe desplegar diversos recursos personales para poder subsistir. A partir de lo anterior, resulta básico aclarar que el consumo problemático es producto de la interacción entre la sustancia, la persona y el contexto. Se entiende que hay una exclusión de estas personas, en donde, tanto ellas como su entorno, deberán ser responsables en definir acciones que permitan atenuarla o reducir sus riesgos. El consumo problemático no es sólo responsabilidad de quien lo vive sino también involucra a su entorno social, político, cultural y económico. Lo anterior parece una obviedad, pero en la práctica esto resulta ser algo más complejo. Partiendo de lo elemental: la inexistencia de orientaciones técnicas específicas para adolescentes en lo que se refiere a la inserción social.

Por otra parte, el proceso de inserción social implica disponer, según Arenas y Moreno (2007), de recursos personales, competencias, habilidades, conocimientos, autoestima, superar dependencias relacionales y las oportunidades consecuentes en el entorno (pareja, familia de origen, actitudes vecinales, disponibilidad y accesibilidad de los recursos, programas comunitarios de incorporación social, diseño de contextos adecuados para los jóvenes, la participación, el asociacionismo, grupos de autoayuda, etc.).

La necesaria diferencia a la base: inserción-reinserción

La norma técnica de los programas para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de drogas, habla de integración social y la entiende como “(...) la finalidad sistémica de rearticulación y fortalecimiento de los lazos o vínculos de los y las adolescentes infractores de ley con las instituciones sociales convencionales básicas (familia, escuela, trabajo), a través de procesos de control, responsabilización y habilitación psicosocial” (Ministerio de Salud, 2006). De lo anterior se desprende que son adolescentes que en algún momento de sus vidas estuvieron, de una u otra manera, “insertos” y producto del consumo de drogas o los conflictos con la justicia han dejado de estarlo. En este escenario, el trabajo interventivo debiese estar orientado a re-vincular y fomentar actividades pro-sociales. Sin embargo, en términos de implementación esto se limita básicamente a que los adolescentes estudien o trabajen en lo que puedan, debiendo adaptarse a la oferta disponible en la comuna donde residen. No se consideran los intereses y necesidades sentidas en cuanto a capacitación. Muchas veces lo anterior implica volver a vivenciar procesos de frustración y fracaso al no poder adaptarse a estos contextos de reinserción social, ya sea porque no hubo un adecuado apresto en el proceso de intervención de los programas de drogas, o porque el adolescente presenta múltiples complejidades que dificultaban el pleno logro de estos objetivos.

El otro escenario posible es el de inserción. Aquí tenemos un panorama totalmente distinto, ya que estamos hablando de adolescentes que nunca han estado “insertos” por lo cual el trabajo requiere más tiempo y profundidad, ya que habitualmente son casos muy difíciles y con múltiples complicaciones (salud mental, familiares, sociales, estructuras de personalidad, por nombrar algunas). Es en este escenario donde también hay que lidiar con el estigma social en que se le adscriben características de imposibilidad y desesperanza aprendida desde los mismos equipos de trabajo: “no va a resultar”, “es muy difícil”, “no se la va a poder”. Esto resulta tremendamente perjudicial, ya que una de las premisas básicas para intervenir en drogas, establece que es esencial confiar en que los procesos de cambio siempre son posibles.

El diagnóstico preliminar

Una revisión preliminar, desde la experiencia práctica de los programas de tratamiento de CIR Gamma², desde la mesa regional de adolescentes de la Región del Maule y desde diversos encuentros en seminarios y jornadas, permiten diagnosticar la siguiente situación respecto de la inserción social de los adolescentes en conflicto con la justicia y consumo de drogas:

- Inexistencia de orientaciones técnicas a nivel central (SENDA) en relación a la inserción social de adolescentes infractores de ley con consumo de drogas.
- La mirada que existe no es diferenciadora respecto de

2. Centro Integral de Rehabilitación Gamma, es una institución privada que se dedica al tratamiento y rehabilitación de drogas en población adolescente en la región del Maule. Funciona desde Junio del año 2007, fecha de la puesta en marcha de ley de responsabilidad penal adolescente. Cuenta con un programa ambulatorio intensivo en el medio libre y un programa residencial para adolescentes infractores en la ciudad de Talca, un programa ambulatorio intensivo para población infanto-adolescente (que no presenta conflictos con la justicia) en la misma ciudad y un programa ambulatorio intensivo para adolescentes infractores en Linares y en Cauquenes, respectivamente.

que las necesidades de inserción social de los adolescentes son distintas a la que presentan los adultos. Esto responde, en esencia, a una mirada global que se conoce como adultocentrismo³.

- Considera distintas dimensiones, no solo lo educacional o lo laboral, sino que también el uso y manejo del tiempo libre, la relación con instituciones sociales, las relaciones comunitarias, el acceso a cultura y recreación.

- No existe una diferenciación clara respecto de las intervenciones en inserción-reinserción social desde las diversas instituciones involucradas (SENDA, SENAME, Equipos de Drogas u otros) en la ejecución de la ley de responsabilidad penal adolescente.

Las propuestas

(a) Instalar capacidades para el diagnóstico e intervención de la dimensión inserción social en los profesionales y técnicos de los equipos de tratamiento. (b) Fomentar la creación de instancias locales (mesas comunales) de integración social que se relacionen con actores estratégicos que puedan aportar con diversos recursos para la inserción social. (c) Itinerarios personalizados de integración social tanto para inserción laboral dependiente, como independiente. A nivel de política pública, se hace necesario, por una parte, establecer un convenio nacional entre SENCE y SENDA que otorgue cupos específicos para cursos de capacitación. En una primera etapa, un curso de apresto laboral y en la segunda, cursos específicos de acuerdo a los intereses de los adolescentes, para la cual se requiere necesariamente una oferta amplia, variada y gratuita para motivar su participación. Y, por otra parte, se requiere fomentar una mayor inversión en la temática de inserción social de adolescentes con

3. El adultocentrismo indica que existen relaciones de poder entre los diferentes grupos de edad que son asimétricas en favor de los adultos, es decir, que estos se ubican en una posición de superioridad. Los adultos gozan de privilegios por el solo hecho de ser adultos, porque la sociedad y su cultura así lo han definido. UNICEF (2013).

consumo de drogas y problemas con la justicia⁴, y comenzar a vislumbrar la posibilidad de implementar programas específicos post-tratamiento que aborden, con la profundidad necesaria, el proceso de inserción social de los adolescentes en conflicto con la justicia, en donde se diagnostique, intervenga, acompañe y gestione con la red social local las posibilidades concretas y reales para responder a las necesidades detectadas.

Reflexiones finales para pensar políticas públicas que promuevan la inserción social

Para una plena continuidad de tratamiento, resulta indispensable dejar de entender el proceso de inserción social como algo que tiene que abordarse solo al estar concluyendo el tratamiento, sino que comenzar a visualizarlo como un objetivo transversal que cruza todas las etapas del proceso de rehabilitación. Al parecer algo ha cambiado y lo que se ha venido desarrollando hasta el momento en inserción social no ha dado resultado, en términos de Carballeda (2005): “Las políticas clásicas de reinserción se enfrentan con nuevos interrogantes que se inscriben en lo que podríamos denominar Problemáticas Sociales Complejas. Estas se pueden definir como expresiones de la tensión entre necesidades y derechos sociales y ciudadanos, que generan distintas formas de padecimiento y se expresan en forma probabilística en todos los sectores sociales. La emergencia de este tipo de expresiones de la cuestión social implica una revisión de diferentes aspectos conceptuales de las políticas públicas, incluso del propio concepto de reinserción, que podría ser cambiado por el de reinscripción en tanto la significativa ruptura que generan las nuevas formas de exclusión social”.

Dye (1995), define a la política pública como “...todo lo que

4. De acuerdo a la última cuenta pública de gestión del Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA), el año 2014 se invirtió un 1% del presupuesto que maneja este servicio en integración. Disponible en: www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2015/05/Cuenta_Publica_2014.pdf

los gobiernos deciden hacer o no hacer”. Este planteamiento resulta muy útil para los propósitos de estas líneas finales. Pudiésemos concluir que se ha decidido hacer muy poco en relación a la inserción social de los adolescentes y los organismos del Estado parecen no tener respuestas satisfactorias para las demandas que apuntan hacia esa temática. Pero, también es necesario reconocer que los equipos de drogas de los diversos centros de tratamiento del país, no hemos sido capaces de levantar con suficiente fuerza esta demanda, salvo en encuentros macrozonales organizados por SENDA.

“Si la exclusión presenta una configuración compleja, las políticas que traten de darle respuesta deben tender a ser formuladas desde una visión integral, y su puesta en práctica debe establecerse desde planteamientos transversales, con formas de coordinación flexible, y desde la mayor proximidad territorial posible” (Brugué, Gomá & Subirat, 2002).

El diagnóstico parece estar claro y el desafío planteado, ahora es necesario traducirlo en acciones concretas, junto a todos los involucrados: las instituciones públicas y privadas, los profesionales, técnicos y los propios usuarios, para lograr procesos de inserción/reinserción realmente efectivos.

Siguiendo a Castell (2014) y el desafío principal que nos interpela a considerar en esta temática: “Es cierto que estamos en un contexto de incertidumbre y no se puede decir que será del día de mañana, excepto si nos considerásemos profetas. Pero si el futuro es incierto, significa que lo peor tampoco es seguro, y que dependerá también, al menos en parte, de lo que hagamos o no hagamos en el presente para orientar su trayectoria. Por eso queda trabajo por hacer en el sentido de luchar por el pleno reconocimiento de los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad social”.

¿Hacia dónde dirigir los esfuerzos? Parece impostergable poder pensar y ejecutar planes, programas y proyectos, desde una nueva institucionalidad para los niños, niñas y adolescentes, que tenga como foco el favorecer oportunidades reales, concretas, y en contextos locales, para la inserción social. Cuando aquello

ocurra, podremos hablar realmente de servicios integrales y personalizados e intentar reparar una deuda histórica que tiene el Estado de Chile con esta población, en cuanto a su protección y desarrollo, y encontrar un eslabón que en la actualidad aún parece estar perdido.

Referencias bibliográficas

- Arenas, F., & Moreno, S. (Coord.) (2007). *La Incorporación Social en Drogodependencias en Andalucía*. España: Consejería para la Igualdad y Bienestar.
- Becoña, E., & Cortés, M., (Coord.) (2011). *Manual de Adicciones para Psicólogos especialistas en Psicología Clínica en Formación*. España: Sociedad Científico Española de Estudios Sobre Alcohol, Alcoholismo y las otras Toxicomanías.
- Brugué, Q., Gomá, R. & Subirat, J. (2002). Exclusión Social y Drogas. En FAD, *Sociedad y Drogas. Una Perspectiva de 15 Años*. España. (pp. 161-182).
- Carballeda, A. (2005). Políticas de Reinserción y la Integración de la Sociedad. Una Mirada Desde las Políticas Sociales. *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 39.
- Castel, R. (2014). Los Riesgos de Exclusión Social en un Contexto de Incertidumbre. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 15-24.
- Dye, T. (1995). *Understanding public policy* (8 ed.) New Jersey: Prentice Hall.
- Gobierno de Chile (2006). *Norma técnica n° 85 para el tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de drogas y otros trastornos de salud mental*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Organización de Estados Americanos (2013). *El Problema de las Drogas en las América: Informe Analítico*. Estados Unidos: Secretaría General de los Estados Americanos.
- UNICEF (2013). *Superando el Adultocentrismo*. Santiago: Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia.

CAPÍTULO 10

La investigación psicológica sobre las drogas en Paraguay

José García Noce¹

Universidad Católica de Asunción, Paraguay.

Existen al menos tres formas en las que un psicólogo puede relacionarse con el ubicuo fenómeno de las drogas: a) como un investigador de los efectos psicológicos causados por su consumo, b) como un agente terapéutico interesado en el tratamiento de personas con problemas de adicciones o la eventual prevención del consumo y c) como un usuario real o potencial. Sin descartar que puedan existir miembros de la profesión involucrados con el último de los usos, lo más frecuente y predecible, y posiblemente también lo políticamente correcto, es el enfoque de las actividades profesionales en alguno de los dos primeros aspectos.

La producción de las drogas, su empleo por segmentos específicos de la población y especialmente su comercialización a gran escala, que al encontrarse prohibida en las legislaciones de los estados modernos constituye un aliciente implícito para el tráfico y la comercialización ilegal, constituyen problemas de gran impacto en las políticas públicas de la mayoría de los países. Definidas en sentido amplio, las drogas son sustancias químicas de origen vegetal, mineral o animal que son conocidas por producir efectos estimulantes, alucinógenos, narcóticos o deprimentes característicos y objetivamente identificables, respecto a la fisiología y el comportamiento humano o animal. Se diferencian de los efectos producidos por los alimentos tanto en su naturaleza como en la extensión. Las drogas comprenden

1. Psicólogo. Académico Departamento de Psicología, Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Universidad Católica de Asunción. Director de la Revista Psicología Básica y Aplicada, publicada por la Universidad Católica de Asunción. Dirigir correspondencia a: joseemiliogarcia@hotmail.com

preparados medicinales y sus componentes químicos específicos cuyo consumo se realiza primariamente con propósitos hedonistas, produciendo cambios en la química corporal y apetecidos más en virtud de sus efectos psicológicos que fisiológicos (Sherratt, 1995). Los alimentos, por otra parte, es lo que los seres vivos ingieren para viabilizar la subsistencia y posibilitar varios procesos metabólicos. En este amplio sentido del concepto las drogas no pueden considerarse alimentos y sus propósitos resultan ajenos a los de la nutrición.

Pero pese a constituir un problema apremiante en las sociedades modernas, las drogas tienen antecedentes milenarios y una rica e interesante historia. Como señala Sneader (2005), hay evidencia indirecta de su utilización durante el periodo neolítico, hace aproximadamente once mil años, entre los que se cuentan restos de plantas encontradas en el sitio conocido como la Cueva del Espíritu, en el noroeste de Tailandia. Eran semillas de la palma de betel (*Areca catechu*), cuya nuez se masca y posee efectos estimulantes y psicoactivos. El primer indicio directo se recogió en la Caverna Duyong de las Filipinas, donde se descubrió un esqueleto cuya antigüedad está cifrada en el año 2680 antes de Cristo y que se hallaba enterrado al lado de cáscaras que contienen cal. Como aún se practica en la India en nuestros días, la envoltura en las hojas de betel con el añadido de la cal contribuye a la absorción de la base libre de la arecolina, un alcaloide proveniente de la nuez de areca. Mucho más adelante en la historia, en la farmacéutica y medicina griega antiguas se le confirieron usos dietéticos a la adormidera así como una utilización en calidad de analgésico soporífero y general, mientras la amapola del opio era utilizada por los griegos y los romanos. Las acciones de estas drogas fueron muy bien comprendidas, lo que ayudó al perfeccionamiento de una tradición farmacéutica que permitió usos múltiples (Scarborough, 1998). Los romanos emplearon el opio en una gran variedad de tinturas, pastillas, emplastos y cataplasmas. Pero fue el famoso médico suizo Paracelso (1493-1541) quien inició el uso moderno de los opiáceos, recomendándolo a sus pacientes en una mezcla con alcohol y

especies (Carnwath & Smith, 2002). Algunas sustancias con características adictivas como el tabaco, café, cacao, té y licor destilado, fueron introducidas y hallaron amplia aceptación en diversas partes del mundo a partir del siglo XVI. La entrada de estas sustancias psicotrópicas se produjo con carácter de simultaneidad en diversos lugares de Europa, África y Asia durante esa misma etapa histórica (Matthee, 1998).

Muchas culturas diseminadas en varias partes del mundo han utilizado diversos tipos de productos, con frecuencia preparados en base a insumos naturales, para producir no solo efectos deseables en el comportamiento sino también como parte de los tratamientos concebidos para encarar la cura de problemas de salud. La utilización de varios de estos preparados, en sentido general, no conduce a los efectos describibles como conductas transgresoras del modo que ocurre en las sociedades modernas y son aceptadas y toleradas por las comunidades receptoras. Incluso, algunas sustancias que originalmente pudieron ser descriptas como drogas no permitidas en nuestra propia cultura modificaron después su clasificación hacia otras vertientes menos punitivas, lo cual hasta cierto punto deja en claro la relativa ambigüedad o arbitrariedad que resulta inherente a estas definiciones. Como veremos, algunas sustancias alternaron entre estas dos clases de categorías por cierto tiempo. La heroína fue catalogada primeramente en la condición de preparados médicos e incluso fue comercializada en 1898 como sedante para la tos, aunque posteriormente se movió a la división que agrupa las sustancias que se ingieren con la finalidad expresa de obtener el placer. En la actualidad sigue siendo utilizada en el Reino Unido como un analgésico. La ambigüedad se percibe también en el hecho que la denominación de sustancias psicoactivas se aplica en ocasiones para designar tanto las drogas ilegales cuyo consumo se encuentra sancionado, como la heroína y el cannabis, y a drogas de uso permitido y legal, entre ellas el alcohol y el tabaco (Seddon, 2010). La relación de las drogas con una diversidad de prácticas religiosas o místicas también ocupa un sitio privilegiado en el estudio de los estupefacientes. Era

corriente en la iniciación de los antiguos chamanes el recurrir a plantas intoxicantes de efectos visionarios que se combinaban junto a otras técnicas como el tamboreo, la manipulación de la respiración, ordalías, ayuno, ilusiones teatrales y la abstinencia sexual (McKenna, 1993).

En las diversas culturas que poblaron la América precolombina, el conocimiento y utilización de vegetales con el potencial de ocasionar efectos distorsivos sobre el comportamiento fue habitual. Son bien distinguibles los casos de habitantes de los Andes que cultivan la hoja de coca o los aborígenes que habitan el territorio mexicano, que consumen el mezcal o peyote, del cual se extrae la mezcalina, potente alcaloide con propiedades alucinógenas. La coca pertenece al grupo de las plantas conocidas como *erythroxylum* que comprende unas doscientos cincuenta especies. La planta divina fue bautizada por los incas debido a su reconocida capacidad para infundir resistencia física (Mortimer, 1901). Los indígenas peruanos las cultivan desde hace milenios por su acción sobre el organismo y para la utilización con fines mágicos y religiosos. El alcaloide cocaína se extrae de la planta desde finales del siglo XIX para su utilización médica, lo mismo que para la elaboración de esencias utilizadas en la fabricación de bebidas gaseosas de venta comercial. La pasta básica de la cocaína, de la cual se elabora el crack, y el uso del clorhidrato de cocaína, son rutinas mucho más recientes (Castro de la Mata, 2003). El cacto del peyote, por otra parte, crece de manera natural en ciertas regiones cercanas al Río Grande, que divide el territorio de México y los Estados Unidos. En algunas áreas, más de 60.000 cactus pueden localizarse en un solo acre de terreno (Olive, 2007).

De los habitantes autóctonos del Paraguay, en especial los guaraníes, se sabe que conocían plantas de particularidades narcóticas, alucinógenas, estimulantes y entorpecientes. Sus prácticas y creencias al respecto concentraron la atención de antropólogos y médicos durante más de un siglo. Uno de los primeros fue el naturalista suizo Moisés Santiago Bertoni (1857-1929), que incluyó detalladas descripciones en el segundo volumen de

los tres que integran su obra *La civilización guaraní* (Bertoni, 1927). El trabajo de este autor ha sido analizado y criticado en muchas ocasiones aunque solo en su faceta antropológica, con los aspectos meramente psicológicos siendo discutidos solo en fecha muy reciente (García, 2014, 2015). Los guaraníes conocían el pariká o angico, del que se obtiene la bufotenina que tiene efectos psicotrópicos, la piptadenia macrocarpa y la piptadenia peregrina que apreciaban por estas mismas propiedades, la mandrágora tupi, una planta solanácea de la que preparaban una bebida semejante al aguardiente o el kaitái, bebida que produce euforia, o el ysió, que tiene condiciones alucinógenas. Los entorpecientes, que generalmente son plantas tóxicas que contienen retonona eran utilizados por los guaraníes para las actividades de pesca. Estos elementos tienen la propiedad de atontar a los peces y hace que puedan ser recogidos fácilmente con las manos y con cedazos (González Torres, 1997).

En lo que concierne a la psicología científica, los intereses que rondan estas problemáticas son recientes, al menos en lo que atañe a este país. La formación universitaria en psicología comenzó en 1963, y con anterioridad a esa fecha los estudios sobre drogas que podrían considerarse orientados hacia variables comportamentales son prácticamente nulos. En lo que resta de este capítulo, el propósito esencial será ofrecer un conciso relevamiento y descripción de estas publicaciones, los problemas suscitados y las metodologías, que incluirán no solo las ediciones de artículos y algunos libros, sino también las tesis de licenciatura que los estudiantes de psicología de la Universidad Católica de Asunción presentaron en años recientes. La justificación para incluir a esta carrera como único referente informativo es que se trata de la institución de mayor veteranía en la formación profesional, y además porque en ella se desempeñan como profesores varios de los psicólogos y psiquiatras a los que puede estimarse como los referentes más calificados en este campo a escala nacional. Este recuento, entonces, solo se extenderá en una de las tres formas de relación del psicólogo con el mundo de las drogas que fueron mencionados al comienzo del texto: el

que concibe a estas como un campo activo de investigación. En la próxima sección se ofrece un sucinto análisis de estos estudios.

La literatura sobre las drogas en el Paraguay

En un inventario de las publicaciones realizadas sobre diversos campos de la psicología paraguaya entre 1960 y 2005, que son los años comprendidos en la etapa académica y profesional, García (2006) identificó algunas de las investigaciones que cabe incluir en esta área y que fueron agrupadas en la categoría de drogodependencias e ingesta de sustancias. La información contenida en aquél recuento incluye libros y artículos sobre prevención de las drogas y la concepción del problema en los líderes sociales y autoridades (PREVER, 1993, 1994), planteamiento de indicadores para el diseño de programas especiales de prevención (PREALPA-PREVER, 1996), relación entre el uso de drogas inyectables y el sida (ONUSIDA-PREVER, 1998-1999) y la relación entre hábitos tóxicos y sexualidad en estudiantes secundarios (Proyecto Marandú, 1999). De manera similar, el psiquiatra Manuel Fresco escribió sobre la penalización del consumo (Fresco, 1993) y el panorama que implica el uso de las drogas en el Paraguay (Fresco, 1995), mientras que el también psiquiatra José Arias publicó artículos y capítulos sobre redes de tratamiento uni y multimodales (Arias, 1994), tratamientos combinados de farmacoterapia y psicoterapia en adolescentes (Arias, 1995), diagnóstico del abuso y dependencia de sustancias en niños y adolescentes (Arias, 1997, 2000a, 2000b) y la ética y el abuso de las drogas en la cultura contemporánea (Arias, 1999). Otros trabajos comentados en la mencionada revisión enfocan temas de importancia convergente como el suicidio y el abuso y explotación comercial de niños niñas y adolescentes. Pese a que las recolecciones posiblemente no hayan sido absolutamente exhaustivas, resulta palmario que el rango de las publicaciones realizadas hasta la fecha continúa sin ser muy abundante, principalmente en lo que concierne a la investigación básica de las variables relevantes a la causalidad

de las drogas sobre el comportamiento. En el tiempo reciente, una adición importante a esta literatura es un texto focalizado sobre los efectos de la marihuana, el abuso de drogas y los aspectos específicos que corresponden a las técnicas aplicadas a su diagnóstico, tratamiento y prevención en poblaciones de adolescentes (Arias, 2013).

Otras fuentes muy relevantes para auscultar los intereses que surgen en torno al problema de las drogas y su consumo, son las tesis que los estudiantes de psicología defienden como último requisito académico antes de acceder a sus títulos habilitantes. Si bien estos trabajos se llevan a cabo en la mayoría de las universidades, aquí tomaremos como ejemplo solo aquéllos producidos en la Universidad Católica de Asunción, por la razón previamente apuntada. Entre ellos, Acosta Gómez, Giménez Alderete & La Carrubba Abbate (1976) analizaron los factores que inciden en la farmacodependencia a las anfetaminas, así como los tipos de personalidad vinculados, los antecedentes personales o familiares de los individuos y las influencias originadas en el medio socioeconómico familiar que favorecen su aparición y sostenimiento, estimando que el consumo de anfetaminas era uno de los más frecuentes en el Paraguay en la época que se levantaron los datos. Igualmente Fretes, Manfredi & Mazó (1992) aplicaron encuestas a una muestra de médicos del Hospital Nacional del Cáncer y el Quemado “Prof. Dr. Manuel Riveros” con el objetivo de conocer la situación particular que afecta a esa población y utilizar los datos respectivos como base para la elaboración de una propuesta formal de prevención. De un total de 57 médicos participantes, hallaron una prevalencia del 23% en el índice reportado. Por su parte, Palau (1997) describió una propuesta de tratamiento vinculada al problema de las drogas ilegales. En el texto se elaboran y describen los conceptos centrales que subyacen al marco teórico sugerido y además se entrega información detallada respecto a los componentes básicos de los programas de intervención que ponían en práctica los nueve centros de tratamiento existentes en el país a mediados de la década de 1990.

Villagra (2013), por su parte, describió las variables interpersonales y los factores de riesgo asociados al consumo de drogas en un grupo de adolescentes. Para ello utilizó una muestra de 249 estudiantes que cursaban del primero al tercer año en una institución privada de educación media, evaluando las circunstancias personales y sociales que predisponen al consumo de sustancias. No encontró diferencias significativas entre las respuestas de hombres y mujeres. Franco Maida (2012) aplicó el Test de Stroop, el Test de Wisconsin, el Test de Torres de Londres y la Escala de Memoria de Wechsler para medir las principales funciones ejecutivas en los policonsumidores, con la particularidad de tomar como muestra a 22 sujetos que asistían al Centro de Rehabilitación en Drogodependencias en la ciudad de Talcahuano, Chile. Estos fueron comparados con 20 sujetos pertenecientes al grupo control. Se evidenciaron diferencias significativas entre ambos, con un desempeño más pobre en los policonsumidores. La particularidad de esta tesis es que la recolección de datos se realizó con una muestra que reside fuera del país. Otra autora en este ámbito es Martínez Rolón (2010), que investigó la relación entre el consumo de drogas lícitas y el estrés percibido en una muestra de 134 trabajadores de una empresa de equipos electromecánicos entre el 2008 y 2009, con un diseño descriptivo y correlacional. En el tabaco se obtuvo un nivel bajo de solo el 3% y en el alcohol un porcentaje considerablemente mayor, del 88,1%. El estrés percibido obtuvo un grado de 22, similar al de la normativa general. Báez de Monti & Traversi de Núñez (2014) analizaron los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol y drogas en colegios del sector público en la ciudad de Fernando de la Mora, vecina a Asunción, aplicando el Cuestionario auto-aplicado del Sistema Interamericano de Datos Sobre el Uso de Drogas. La muestra estuvo comprendida por 710 estudiantes pertenecientes a 30 instituciones.

En general, puede afirmarse en relación a estos estudios que, aunque no compongan el segmento mayoritario de las opciones temáticas preferidas por los estudiantes y solo estén

referidos a una institución universitaria, por mucho que sea la más antigua e influyente de cuantas forman psicólogos en el Paraguay, pueden no obstante ser considerados como una muestra realista y oportuna de los temas de investigación más acuciantes que conciernen a aquellos psicólogos que, en respuesta a un problema social percibido como grave y de urgente solución, dedican lo mejor de su atención a proveerle una respuesta eficiente y científica.

Conclusión

No puede menoscabarse la importancia de la investigación sobre la problemática de los estupefacientes, asumida en los diversos niveles de complejidad en que esta se manifiesta, para el ámbito de la psicología aplicada. La definición de las drogas y la pertinencia o incorrección de su uso, que puede variar en las diferentes culturas y edades históricas desde un complemento en las ceremonias religiosas y cuasi religiosas de sociedades simples, ritos de iniciación diversos, prácticas relacionadas con la obtención de recursos alimenticios o forrajeo e incluso en cuanto componentes destacados para situaciones de disipación personal voluntariamente escogidas, nos muestra claramente la variedad enorme de sus manifestaciones colectivas y los escenarios que legitiman su aplicación. Ellas contrastan agudamente con las sanciones prohibitivas que son habituales para la mayoría de estas, particularmente las denominadas drogas ilegales, en el contexto de la cultura moderna. Por consiguiente, el así llamado problema de las drogas permanece como uno de los desafíos que imperan en las sociedades actuales, tanto al nivel del consumo individual como en el plano más delictual del tráfico y la comercialización clandestina. De cualquier manera, está meridianamente claro que gran parte de la conceptualización de este problema se halla en una sensible dependencia respecto a las variables e influencias culturales.

En el mundo actual, el consumo de diversos tipos de drogas, muy variables en su procedencia, características, toxicidad, efec-

tos orgánicos y/o comportamentales, formas de presentación y riesgos de establecer dependencia, ha hecho que su utilización se convierta en uno de los problemas centrales de las políticas gubernamentales de salud pública. Por ello, varias disciplinas de la salud y ciencias del comportamiento han confluído en un interés por conocer las diversas variables que afectan su prevalencia. La psicología tiene un amplio e importante campo de acción para descifrar y comprender las circunstancias y causalidad diversas que preceden a su consumo indiscriminado. Proyectos de investigación y medios especializados de difusión abocados a la problemática de las drogas pueden localizarse en la mayoría de los países de América Latina. Todos ellos, sin embargo, se encuentran hasta ahora considerablemente dispersos y sin conformar la unidad informativa de coherencia orgánica que se precisa para apuntar a los resultados de la investigación y que a la vez sirva para unificar esfuerzos y hacer potencialmente más efectiva la aplicación de hallazgos parciales. El relevamiento y análisis cuidadoso de las experiencias disponibles es un primer paso en esa dirección y este capítulo se ha proyectado con el objetivo esencial de lograrlo. En la medida de lo posible, la psicología seguirá enriqueciéndose y ganando relevancia social con la comparación y el análisis crítico de las investigaciones y experiencias surgidas en diversos contextos locales y nacionales. Así podrá demostrarse, una vez más, que las ciencias del comportamiento mantienen inalterado su reconocido potencial para efectuar contribuciones de significativo y duradero impacto en todos los órdenes de la actividad humana.

Referencias bibliográficas

- Acosta Gómez, E., Giménez Alderete, M. V., & La Carrubba Abbate, F. C. (1976). *Farmacodependencia a las anfetaminas. Factores que inciden en la dependencia y psicosis anfetamínica*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Católica, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Departamento de Psicología.

- Arias, J. A. (1994). Comprehensive networks of individualized uni- and multi-modal treatment services for substance abusers: A key component for an integrative approach to reducing drug related problems. En Hubert H. Humphrey Fellows in Substance Abuse (Eds.), *Project proposals to reduce substance abuse in twelve countries* (pp. 137-152). Baltimore MD: The Johns Hopkins University.
- Arias, J. A. (1995). Tratamiento combinado de farmacoterapia y psicoterapia de adolescentes dependientes de drogas: una necesaria alianza. En R. Fernández Labriola & E. Kalina (Comp.), *Psiquiatría biológica: Aportes argentinos* 3 (pp. 190-225). Buenos Aires: Cangrejal.
- Arias, J. A. (1997). Diagnóstico del abuso y de la dependencia de sustancias en el niño y el adolescente. En J. Meneghello, E. Fanta, E. Paris y T. F. Puga (Eds.), *Pediatría Meneghello*, Tomo 2 (pp. 2358-2365). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana (quinta edición).
- Arias, J. A. (1999). Ética y abuso de drogas en la cultura occidental contemporánea. En R. Fogel & J. D. Hay (Eds.), *La responsabilidad social y la visión del futuro: Paraguay en el siglo XXI* (pp. 225-236). Asunción: APPG-CERI.
- Arias, J. A. (2000a). Abuso de alcohol y drogas. En H. Montenegro & H. Guajardo (Eds.), *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 406-425). Santiago: Mediterráneo (segunda edición).
- Arias, J. A. (2000b). Diagnóstico del abuso y la dependencia de sustancias. En J. Meneghello & A. Grau Martínez (Eds.), *Psiquiatría y psicología de la infancia y la adolescencia* (pp. 91-103). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Arias, J. A. (2013). *Efectos nocivos de la marihuana y otros temas sobre abuso de drogas en la adolescencia. Diagnóstico, tratamientos y prevención*. Asunción: Intercontinental.
- Báez de Monti, L., & Traversi de Núñez, L. (2014). *Factores de riesgo asociados al consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes escolarizados del 7mo, 9no y 2do curso de la media de colegios públicos de la ciudad de Fernando de la Mora*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Católica,

- Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Departamento de Psicología.
- Bertoni, M. S. (1927). *La civilización guaraní. Parte III: Etnografía: conocimientos. La higiene guaraní y su importancia científica y práctica. La medicina guaraní: Conocimientos científicos*. Puerto Bertoni: Ex Sylvis.
- Carnwath, T., & Smith, I. (2002). *Heroin century*. New York: Routledge.
- Castro de la Mata, R. (2003). *Inventario de la cocaína*. Lima: Cedro.
- Franco Maida, J. M. (2012). *Funciones ejecutivas y síndrome disejecutivo en policonsumidores de drogas*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Católica, Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Departamento de Psicología.
- Fresco, M. (h). (1993). Drogas: De la promoción a la penalización del enfermar. En C. A. Arestivo, G. Riera & D. Campos (Comps.), *Salud psicosocial, cultura y democracia en América Latina*, Vol. 2 (pp. 241-246). Asunción: Atyha IPD.
- Fresco, M. (h) (1995). La situación de «el problema drogas» en el Paraguay. *Cuadernos de discusión*, 2, 1-16.
- Frete, N. E., Manfredi, T., & Mazo, A. C. (1992). *Incidencia del consumo de tabaco en población médica y propuesta en prevención*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Católica, Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Departamento de Psicología.
- García, J. E. (2006). Publicaciones paraguayas en el área de la psicología: 1960-2005. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (1), 149-167.
- García, J. E. (2014). El pensamiento de Moisés Bertoni sobre el origen y la psicología de los indígenas guaraníes. *Psicología em Pesquisa*, 8 (1), 53-65.
- García, J. E. (2015). De la paleoantropología a la psicología de los guaraníes en la obra de Moisés Bertoni. En T. Caycho (Ed.), *Estudios de historia de la psicología en América Latina*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. En prensa.
- González Torres, D. (1997). *Cultura guaraní*. Asunción: Edición

- del autor, Segunda Edición.
- Martínez Rolón, N. C. (2010). *Relación entre el consumo de drogas lícitas y estrés percibido en trabajadores*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Católica, Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Departamento de Psicología.
- Matthee, R. J. (1998). Exotic substances: The introduction and global spread of tobacco, coffee, cocoa, tea and distilled liquor, sixteenth to eighteenth. En R. Porter & M. Teich (Eds.), *Drugs and narcotics in history* (pp. 24-51). New York: Cambridge University Press.
- McKenna, T. (1993). *Food of the Gods: The search for the original tree of knowledge. A radical history of plants, drugs, and human evolution*. New York: Bantam.
- Mortimer, W. G. (1901). *Peru History of Coca. "The divine plant" of the Incas*. New York: J. H. Vail & Company.
- Olive, M. F. (2007). *Peyote and mescaline*. New York: Chelsea House.
- ONUSIDA-PREVER (1998-1999). *Drogas inyectables y SIDA en Paraguay*. Asunción: ONUSIDA-PREVER.
- Palau, M. (1997). *Una propuesta de tratamiento para problemas vinculados al consumo de drogas*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Católica, Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Departamento de Psicología.
- PREALPA-PREVER (1996). *Prevención del abuso de drogas. Indicadores para el diseño de programas de acción*. Ciudad del Este: PREALPA.
- PREVER (1993). *Escritos sobre drogas y prevención*. Asunción: PREVER.
- PREVER (1994). *Concepción del problema drogas en líderes y autoridades*. Asunción: PREVER.
- Proyecto Marandú (1999). Estudios sobre hábitos tóxicos y sexualidad en estudiantes del bachillerato. *Psicosur*, 1 (1), 26-45.
- Scarborough, J. (1998). The opium poppy in Hellenistic and Roman medicine. En R. Porter & M. Teich (Eds.), *Drugs and narcotics in history* (pp. 4-23). New York: Cambridge

University Press.

Seddon, T. (2010). *A history of drugs. Drugs and freedom in the liberal age*. New York: Routledge.

Sherratt, A. (1995). Introduction. Peculiar substances. En J. Goodman, P. E. Lovejoy & A. Sherratt, (Eds.) *Consuming habits. Drugs in History and Anthropology* (pp. 1-10). New York: Routledge.

Sneader, W. (2005). *Drug discovery. A history*. Chichester: Wiley.

Villagra, J. (2013). *Valoración de factores de riesgos para el consumo de sustancias en adolescentes en una institución educativa privada*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Católica, Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Departamento de Psicología.

CAPÍTULO 11

Los aportes de Hermilio Valdizán y el cocainismo en el antiguo Perú

Tomás Caycho Rodríguez¹

Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Perú.

Gonzalo Salas Contreras²

Universidad Católica del Maule, Chile.

Walter Arias Gallegos³

Universidad Católica San Pablo, Perú.

El presente capítulo busca explorar los planteamientos de Hermilio Valdizán, psiquiatra peruano cuya labor fue ejercida en las primeras décadas del siglo XX, sobre el problema del consumo de la coca en el antiguo Perú. No es para nada un misterio, que en todo Sudamérica existían tribus, donde la coca estaba muy difundida y los hechiceros la consideraban para aplacar a los espíritus (Pérez-Cajaville, Abejón, Ortiz & Pérez, 2005). En el

1. Psicólogo, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Magíster en Psicología con mención en Psicología Educativa, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Doctor (c) en Psicología, Universidad de San Martín de Porres. Académico Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega y en la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad San Martín de Porres.

Correspondencia dirigirla a: tcaycho@uigv.edu.pe

2. Psicólogo, Licenciado en Psicología, Universidad de La Serena. Doctor en Educación, Especialidad en Mediación Pedagógica, Universidad de La Salle, Costa Rica. Curso de Postgrado en Necesidades Educativas Especiales; Universidad de La Habana, Cuba. Académico Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Chile.

Correspondencia dirigirla a: gsalas@ucm.cl

3. Psicólogo, Universidad Nacional de San Agustín. Maestro en Ciencias de la Educación con mención en Psicopedagogía Cognitiva, Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo. Doctor (c) en Psicología, Universidad Nacional de San Agustín. Académico en el Programa Profesional de Psicología y docente investigador de la Universidad Católica San Pablo.

Correspondencia dirigirla a: walterlizandro@hotmail.com

Perú, el uso y hábito de la coca es tan antiguo como la historia del país (González-Noriega & Zapata, 1947), lo cual se puede reflejar en los hallazgos que describen la existencia de bolsas de coca y llipta (alcalino utilizado por los indígenas durante el coqueo) en tumbas de siete a diez siglos de antigüedad y representaciones del consumo de coca en cerámica Mochica, Chimú y Nazca (Gutierrez-Noriega, 1948).

Hermilio Valdizán y la psiquiatría de su época

Hermilio Valdizán (1885-1929), nació en la ciudad de Huánuco el 20 de noviembre de 1885 y es en palabras de Javier Mariategui (1989a) “la figura fundadora de la psiquiatría en el Perú o [...] el primer psiquiatra de formación sistémica” (p.168). Sus estudios universitarios en medicina los inicia en 1903 en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, graduándose con el título de médico cirujano. Terminados sus estudios fue enviado por el gobierno peruano a Europa para cursar estudios de psiquiatría junto al reconocido psiquiatra italiano Sante de Sanctis en la clínica Villa Amalia en Roma. Regresó al Perú en 1914, siendo nombrado dos años después profesor de la cátedra de Enfermedades Nerviosas y Mentales, nombre que luego en 1918, el propio Valdizán cambiaría a cátedra de Psiquiatría (Mariategui, 1990). En 1918, es nombrado médico residente del Asilo Colonia de Magdalena, llegando a ser director de la mencionada institución.

Honorio Delgado (1934), discípulo directo del maestro huanuqueño señala algunos puntos, que a su parecer, caracterizan el trabajo de Valdizán. Primero, su trabajo como folklorista e historiador de la medicina peruana, donde resaltan sus investigaciones *La alienación mental entre los antiguos peruanos* (Valdizán, 1915), *El sistema nervioso en nuestro Folklore* (Valdizán, 1919) y *Aportes para la historia de la verruga peruana* (Valdizán, 1925a). En segundo lugar, Delgado nos habla de la vocación médica psicológica de Valdizán, lo cual le exigía una importante preparación técnica que le permitía conocer y generar el



Hermilio Valdizán (1885 -1929)

tratamiento para los problemas relacionados con el alma humana. Así Valdizán se caracterizó como clínico e investigador, además de maestro, escritor y psiquigienista; esto último lo llevó a fundar el Seminario Psicopedagógico en 1919, para posteriormente publicar, junto con Honorio Delgado, una cartilla de higiene mental (Valdizán & Delgado, 1922).

El pensamiento de Valdizán no puede ser analizado desligado de su contexto sociocultural. Tal como menciona Mariategui (1990) “es importante situar a

Valdizán en el ámbito de la psiquiatría de su tiempo para entender, tanto las líneas generales de sus influencias formativas, como, y principalmente, el marco ideológico en que se desarrolló como persona y en que madura como profesional” (p. 33).

Los primeros años de estudio y actuación profesional de Valdizán se caracterizan por la influencia del positivismo en el estudio del comportamiento y la psicología experimental (Mariategui, 1981). De esta forma, la psiquiatría de inicios del siglo XX se vincula a la enorme influencia de las posturas positivas y científicas de Kraepelin. La época de los estudios de Valdizán se caracterizan por la llamada “crisis del pensamiento nosológico”, impulsado por el mismo Kraepelin que buscaba el empleo de la nosografía en el campo de la investigación clínica (Mariategui, 1990). Una muestra de la influencia positivista en Valdizán es su papel en la adquisición, en 1919, de un gabinete de psicología experimental, ubicado al interior de las instalaciones del Asilo de la Magdalena, gracias a uno de los donativos de Don Víctor Larco Herrera, así como una referencia de 1927 acerca de la psicología experimental.

Sustrayéndose a toda influencia metafísica (la psicología experimental) se ocupa exclusivamente de los fenómenos del espíritu, empleando los métodos que utilizan las ciencias naturales: es una psicología que observa serenamente los fenómenos psíquicos, los clasifica cuidadosamente y, sobre esta base, procura establecer las leyes que los rigen (Valdizán, 1927, citado en Mariategui, 1990, p. 34).

En esta época, Valdizán experimentó, junto con el positivismo, el auge de la orientación fenomenológica en la investigación psicopatológica, representada principalmente por Jaspers, junto con la influencia que ganaba el nacimiento del psicoanálisis. En relación a esta corriente, sumado a una visión más ecléctica, Valdizán estuvo vinculado, dada su mentalidad abierta a las diversas corrientes de la época, hacia un énfasis en el desarrollo del psicoanálisis en el Perú, tanto en su tarea docente y en su práctica de divulgación (Mariategui, 1989b). Lo anterior, no hace más que señalar que “Valdizán se sitúa en una posición de apertura hacia las nuevas corrientes y los procesos de investigación clínica, consciente del carácter provisorio de muchas de las formulaciones hasta entonces aceptadas como dogmáticas” (Mariategui, 1990, p. 34).

Valdizán y sus ideas acerca del consumo de la coca en el antiguo Perú

El estudio del pasado peruano le permitió indagar a Valdizán acerca de la coca en el antiguo Perú. Los principales textos en los cuales se refiere al tema son: *La alienación mental entre los primitivos peruanos* (Valdizán, 1915), *La alienación mental en la raza india* (Valdizán, 1925a) y *El cocaínismo y la raza indígena* (Valdizán, 1913). El inicio de sus estudios sobre la coca, se sitúa con una pregunta fundamental ¿será posible aseverar que el uso de la coca carece de influencia sobre las dolorosas inercias de una raza que parece dormir el sueño de grandezas que fueron? (Valdizán, 1990). Para Valdizán esta pregunta sería la germinación de un estudio exhaustivo acerca de los

factores intervinientes en la degeneración de la raza indígena buscando un mejoramiento de la misma y su adaptación a los derechos y deberes de la nación peruana de la época. Valdizán colocaba al consumo de la coca (cocainismo, bajo la concepción del médico peruano), dentro de los factores tóxicos gracias a sus propiedades estupefacientes. Hay que recordar que además del cocainismo, para Valdizán el alcoholismo y el bocio son factores degeneradores que deben interesar a los médicos.

El nombre coca tendría un origen aymara, que quiere decir “comida o alimento de viajeros o trabajadores”. Esta definición hace referencia a uno de los usos de la coca más conocidos como es su empleo para efectuar largas caminatas o trabajos sin necesidad de alimento. No obstante, la coca recibe diversos nombres en diferentes países. Así en Brasil recibe el nombre de ipandú o ipadu, en Venezuela es conocida como hayo, mientras que en la zona norte de Colombia recibe el nombre de hayu (Naranjo, 1974).

Buhler (1944), señala que probablemente son los arhuacos, de la región de la vertiente meridional de la sierra nevada de Santa Marta (Colombia), los primeros en emplear esta droga y que lo introdujeron en el Perú y Bolivia. Lo mencionado por Buhler haría suponer que tanto aymaras como quechuas no conocieron originariamente la coca, sino que lo adoptaron de poblaciones vecinas. La domesticación de la coca debió producirse en la región subtropical de Bolivia y de aquí habría pasado a difundirse hacia el sur del Perú y Norte de Chile, llegando hacia Paraguay, el norte de Argentina y Brasil, como también hacia el norte en Colombia y Ecuador (Naranjo, 1974). El mismo Sigmund Freud (1884/1980) en su completo estudio *Über Coca*, planteó que los conquistadores españoles observaron que la planta era muy cultivada y estimada por los habitantes del Perú y que el inca Garcilaso trató de defender incluso la coca debido a la prohibición de los españoles.

El origen de la coca es mencionado también desde un punto de vista mágico. Un mito, de origen peruano y descrito por el Virrey Fernando de Toledo, menciona que la coca fue, en un

inicio, una mujer hermosa e irresistible. Buscando evitar que esta mujer continuara seduciendo a los hombres fue partida en dos, brotando de su vientre la planta de la coca (Osborne, 1968; Paredes, 1963). Otro mito, señala que el primer monarca inca, Manco Capac, trajo consigo una planta divina que “consuela al afligido”, “da fuerza al cansado y sacia al hambriento”, permitiendo además adivinar, ver el futuro y a los propios dioses (Gutiérrez, 1967).

Uno de los primeros en mencionar la existencia del consumo de coca en la región septentrional de Sudamérica fue el sacerdote español Tomás Ortiz, en 1499. Años después, en 1535, Oviedo y Valdez dan a conocer la relación entre el consumo de la coca y la resistencia contra el hambre y la fatiga. Por su parte, Francisco de Xerez (1533) y el obispo Vicente Valverde (1539) mencionan el hábito de la coca en la región del Cuzco, lo cual concuerda con las observaciones de Pedro Cieza de León (Gutiérrez & Zapata, 1947). El uso generalizado de la coca expuesto por los cronistas anteriores no coincide con otros más tardíos. Por ejemplo, Fernando de Santillán (1567), Bernabé Cobo (1653), José de Acosta y Juan de Solórzano, señalan que el cultivo y consumo de la coca era restringido al inca y la aristocracia (Gutiérrez & Zapata, 1947). Por su parte, Bauldin (1928) señala que los incas brindaron una menor jerarquía al empleo de la coca y prohibieron su uso indiscriminado.

Ante estas observaciones contradictorias, Gutiérrez y Zapata (1947) mencionan que “confrontando todas éstas afirmaciones, nos inclinamos a creer que el coqueo estaba limitado a cierta clase social y al culto religioso en la época de los incas, y que esta limitación desapareció a partir de la colonia” (p. 23). Por otra parte, también se hace referencia al importante valor comercial de la coca, al valor dado por los indígenas peruanos y a sus propiedades estimulantes como agente para resistir la fatiga (Garcilaso de la Vega, 1944), y la propuesta del jesuita Antonio Julián, para quien la coca debía ser empleada en lugar del té y tabaco (Gutiérrez & Zapata, 1947). Sin embargo, fue Hipólito Unanue uno de los más importantes defensores del

uso de la coca pues le “atribuyó propiedades extraordinarias, señalando hechos históricos en que esta droga fue un valioso auxilio de las tropas en campaña” (Gutiérrez & Zapata, 1947, p. 26). Hermilio Valdizan (1913) aclara también que Unanue expone con sapiencia la biología, las propiedades, formas de cultivo y los beneficios económicos de la coca.

Junto a las propiedades para la resistencia a la fatiga, Baudin (1928) menciona que los incas empleaban también la coca para combatir el vómito y la diarrea. Un interesante pasaje de Fray Bernabé Cobo da mayor evidencia del poder curativo de la hoja de coca, donde la crónica sostiene lo siguiente:

Yo bien creo que lo más que publican es imaginación o superstición, mascada de ordinario, aparta de los dientes toda corrupción, neguijón y los emblanquece, aprieta y conforta... A mí me sucedió que llamando una vez a un barbero para que me sacara una muela, porque me dolía mucho, me dijo el barbero que era lástima sacarla, porque estaba buena y sana, me aconsejó que mascara coca por algunos días. Hícelo así, con que se me quitó el dolor de la muela y ella se afijó como las demás (Naranjo, 1974, p. 619).

La información histórica señalada aquí, es solamente una parte de toda la evidencia disponible y demuestra que los indígenas peruanos hacían uso de las propiedades médicas de la coca. Podemos concluir en este acápite, que la coca fue empleada dentro de lo puramente médico así como religioso, a través de la propiedad “mágica” de brindar energía a las personas.

Para Valdizán, el consumo de la coca favorecía la degeneración indígena, lo cual deja constancia al mencionar que “quizá si los españoles, que suprimieron tantas costumbres, algunas de las cuales debieron ser para los peruanos tan caras como el uso de la coca; hubieran podido, dándose cuenta del daño que esta producía, atenuar dicho uso y aun suprimirla. Desgraciadamente, no se concedió gran importancia a la conservación de la raza” (Valdizán, 1990, p. 181).

Desde el punto de vista clínico, el consumo de coca de los indígenas bajo la categoría de degeneración cocaínica, fue consi-

derado por el médico peruano como una decadencia psicofísica ubicada entre la embriaguez cocaínica y la locura cocaínica. Muchos de los rasgos de los antiguos peruanos descritos por el mismo Valdizán como la sensibilidad obtusa, la irresolución o inactividad, la sumisión a los rigores del medio, el descuido de la persona, la ingratitud, el ser mentirosos e incluso el tono sentimental que, sin presentarse idéntico a los signos clínicos de la degeneración cocaínica podrían ser algún tipo de expresión de ella. El mismo Valdizán (1925b) señala que el consumo de la coca no puede ser excluida como parte de la etiología de la degeneración indígena, a pesar de no tener las mismas características del cuadro clásico de la degeneración cocaínica, observada en asilos y sanatorios.

Es por esta razón, que para algunos historiadores de la psicología peruana, Valdizán debe ser considerado como un autor eugenista, ya que al igual que Honorio Delgado, apoyaba la idea de la inferioridad de la raza indígena (Orbegoso, 2012). Así, a principios del siglo XX, sus propuestas dieron fundamento científico a la supuesta inferioridad, que era explicada según sus investigaciones, por el uso prolongado de la hoja de coca. Es necesario mencionar, que Valdizán no hizo comparaciones socioculturales con muestras de indígenas consumidores y no consumidores de la hoja de coca, lo cual le hubiera permitido, tener mayor control de sus variables de estudio y por ende, mayor contundencia en sus afirmaciones.

Sin embargo, debemos entender que las ideas de Valdizán, se encontraban ubicadas dentro de un contexto social caracterizado por una coexistencia entre una naciente modernización económica, visiones racistas y una legislación excluyente. El Perú de inicios del siglo XX estaba caracterizado por formas de relación y producción de tipo premodernas, como la servidumbre indígena en la sierra y la clase alta urbana, y de semiesclavitud en la selva. La discriminación ejercida ante la población indígena fue una postura justificada en la ideología del racismo científico (Portocarrero, 1995), la cual legitimaba el poder de una élite modernizante en base a la idea científica de la superioridad ra-

cial. Muchos intelectuales de la época señalaban a la población indígena como una raza inferior por herencia. Así, por ejemplo, Clemente Palma, propuso que la única salida de los problemas del Perú era el cruzamiento con razas superiores (Palma, 1897). Es así que a inicios del siglo XX, con la influencia de ideologías europeas y norteamericanas, se iniciaron en el Perú campañas de erradicación del consumo de coca.

Esta reflexión fundamenta el imaginario observado a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX respecto a la existencia de mejores climas para el desarrollo y avance de los pueblos. Visiones contrarias coexistían, ya que por un lado estaban los partidarios de la colonización de los climas tropicales de altura debido a que éstos prevenían enfermedades tropicales y los excesos de calor y humedad. Contrario a esto, estaban quienes mostraban temor respecto a los efectos de la escasa oxigenación sobre la capacidad física y mental de los futuros colonos europeos. Esta última posición fue atacada por médicos y autoridades peruanas quienes veían con buenos ojos la colonización de regiones de altura por migrantes europeos, consideradas en esa época como “una raza superior, capaz de alentar el desarrollo económico, político y social del Perú” (Lossio, 2012, p. 17). Esta idea así como el del papel del consumo de la coca en la degeneración mental de los indígenas no se encuentran alejados de las motivaciones nacionalistas de la época.

Referencias bibliográficas

- Baudin, L. (1928). *L'Empire socialiste des Inka* (Vol. 5). Paris: Institut d'ethnologie.
- Buhler, A. (1944). La coca entre los indios de la América del Sur. *Actas Ciba*, 4.
- Delgado, H. (1934). La obra psiquiátrica del Dr. Hermilio Valdivian. *Revista Médica Peruana*, 6, 2168-2173.
- Freud, S. (1884/1980). *Escritos sobre la cocaína*. (Über Coca). Barcelona: Editorial Anagrama.
- Garcilaso de la Vega, I. (1944). *Comentarios Reales de los Incas*.

- Buenos Aires: Emecé Editores.
- Gutierrez-Noriega, C., & Zapata, V. (1947). *Estudios sobre la coca y la cocaína en el Perú*. Lima: Ministerio de Educación Pública.
- Gutierrez-Noriega, C. (1948). El cocaísmo y la alimentación en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 31(1), 1-90.
- Gutiérrez, D. L. (1967). *Costumbres, medicamentos y alimentos precolombinos en el Perú*. Madrid: Instituto de España, Real Academia de Farmacia.
- Lossio, J. (2012). *El peruano y su entorno. Aclimatándose a las alturas andinas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Mariategui, J. (1981). *Hermilio Valdizan. El proyecto de una psiquiatría peruana*. Lima: Librería Editorial Minerva.
- Mariategui, J. (1989a). La psiquiatría en el Perú. En J. Mariategui (Ed.). *La psiquiatría en América Latina* (pp. 163-182). Buenos Aires: Editorial Losada S.A.
- Mariategui, J. (1989b). Sigmund Freud en el Perú. En H. Delgado. *Freud y el Psicoanálisis. Escrito y Testimonio*. (pp. 15-65). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Mariategui, J. (1990). Hermilio Valdizan y la psiquiatría peruana. En H. Valdizan. *Paleopsiquiatría del antiguo Perú* (pp.15-38). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Naranjo, P. (1974). El cocaísmo entre los aborígenes de Sudamérica. Su difusión y extinción en el Ecuador. *América Indígena*, 34(3), 605-628.
- Orbegoso, A. (2012). Eugenesia, test mentales y degeneración racial en el Perú. *Revista de Psicología de la Universidad César Vallejo* (Trujillo), 14(2), 230-243.
- Osborne, H. (1968). *Sauth American Mythology*. Verana: O.G.A.M.
- Palma, C. (1897). *El porvenir de las razas en el Perú*. Lima: Imp. Torres Aguilar.
- Paredes, V. (1963). *Historia de la Medicina en el Ecuador*. vol. 2. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Pérez-Cajaraville, J., Abejón, D., Ortiz, J., & Pérez, J.R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(6), 373-384.
- Portocarrero, G. (1995). El fundamento invisible: función y

- lugar de las ideas racistas en la República Aristocrática. En A. Panfichi y F. Portocarrero (Eds.). *Mundos interiores*. Lima, 1850-1950 (pp. 219-259). Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- Valdizán, H. (1913). El cocainismo y la raza indígena. Nota preliminar al estudio del cocainismo en el Perú. *La Crónica Médica*, 30(594), 168-275.
- Valdizán, H. (1915). *La alienación mental entre los primitivos peruanos*. Tesis de Doctor en Medicina. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Valdizán, H. (1919). El sistema nervios en nuestro folklore. *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas*, 1, 62-77.
- Valdizán, H., & Delgado, H. (1922). *¡Defiéndase de la locura! Cartilla de Higiene Mental*. Lima: Beneficencia Pública de Lima.
- Valdizán, H. (1925a). Apuntes para la historia de la verruga peruana. *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, 7, 34-44.
- Valdizán, H. (1925b). La alienación mental en la raza india. *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, 7, 145-163.
- Valdizán, H. (1990). *Paleopsiquiatría del antiguo Perú*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.



CAPÍTULO 12

Drogadicción. El espacio que existe entre la enfermedad y la palabra.

Carlos Hernández Armas^{1 (2)}

Universidad Autónoma del Estado Hidalgo/Child Fund, México.

El consumo de drogas ha existido en todas las civilizaciones desde hace milenios. Los motivantes han sido diversos: creencias místicas, rituales tradicionales, esparcimiento, placer. La interpretación que se le ha dado a la práctica ha dependido del contexto social y del momento histórico. En la actualidad, la drogadicción se considera un problema de salud pública prácticamente en todo el mundo, por lo que ha sido ubicada como un asunto prioritario en las agendas de gobierno. En los países latinoamericanos, la complejidad del fenómeno ha aumentado al ser correlacionado con problemas sociales de gran escala como el narcotráfico, el secuestro y el crimen organizado en general. Lo que en un principio se consideraba un trastorno de orden individual, con el tiempo se convirtió en un padecimiento colectivo el cual comenzó a ser estudiado e intervenido desde diferentes áreas del conocimiento como la sociología, la antropología, la religión, la medicina y la psicología.

Los estudios se hicieron y las conclusiones se fueron homogenizando. La definición general en la que las ciencias coincidieron fue que la adicción es un estado compulsivo que esclaviza la voluntad y los deseos; un proceso ante el que uno

1. Licenciado en Psicología, Universidad Autónoma del Estado Hidalgo. Maestro en Procesos Cognitivos, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey. Académico de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado Hidalgo, México. Coordinador de Programas en Child Fund México.

Correspondencia dirigirla a: carlosaugustoarmas@hotmail.com

(2). Colaborador en campo: Luis Enrique Pedraza Hernández.

se encuentra inerme y que controla, obliga a pensar, a decir y a hacer cosas que no van de acuerdo con los valores personales y que conducen a ser cada vez más obsesivo hacia el objeto de adicción (Organización Panamericana de la Salud, 1998). Después, la psicopatología se encargó de clasificar con mayor detalle las diferentes variantes del trastorno y en el DSM-V se utiliza la expresión más neutra Trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante. Algunos clínicos prefieren utilizar la palabra adicción para describir las presentaciones más extremas de la patología, pero esta palabra se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-V a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Con la llegada de los abordajes teóricos posmodernos las definiciones que tanto unificaban a las distintas posturas comenzaron a tambalearse, se fueron encontrando ambigüedades en los sistemas de comprensión y en las mismas intervenciones. La duda nació desde las mismas bases en que diagnosticaban (e incluso moralizaban) el consumo de drogas como algo inicuo que debía ser erradicado. Los programas oficiales encargados de combatir el consumo de drogas fueron fracasando uno a uno, lo que dejó en entredicho las conclusiones generalizadas que nos habían ofrecido al menos temporalmente un estado paradigmático sosegado y seguro con el que todos estábamos de acuerdo. Ante la necesidad de un inminente replanteamiento teórico-metodológico han surgido nuevas zonas de sentido en la reflexión y el análisis del estudio de la drogadicción, abordada ahora como un fenómeno macro, histórico, subjetivo, complejo y cambiante que afecta todas las esferas humanas, que van desde lo físico y lo psicológico, hasta lo simbólico, lo cultural y lo colectivo. Las propuestas explicativas como la presente, tienen la intención de reubicar los marcos referenciales a fin de responder a las nuevas realidades que experimentamos en Latinoamérica.

Las drogas y la moral

El abordaje moral de la drogadicción se basa en una lógica simplista en la que las drogas son malas, consumirlas es incorrecto y quien las consume está enfermo. Las adicciones son consideradas un problema social manifiesto por la rapidez con que se extiende y por las serias repercusiones que tienen en la vida de los afectados (Chávez, 1991). Sin embargo, hay prácticas que cobran peores efectos en la salud a mediano y largo plazo que no son tan enjuiciadas. Por ejemplo, el número de obesos en el mundo sobrepasa los 400 millones, lo cual es la causa principal de enfermedades como la diabetes y la hipertensión. Sólo en México más del 70% de la población tiene sobrepeso y obesidad (Encuesta Nacional de Salud, 2006, citado en Bernal, Monzalvo & Bernal, 2012), pero aunque este estado de salud también es causado por la propia conducta, un individuo con obesidad nunca será enjuiciado moralmente como lo es un adicto.

Entonces, ¿qué es lo que hace que el consumo de drogas haya sido tipificado como un trastorno que apremia las iniciativas de salud pública? Es probable que se deba a que los efectos de la drogadicción atentan contra los esquemas que definen el ideal de sanidad culturalmente aceptado. Un adicto se interpreta como infeliz, como tendiente al crimen. La religión considera pecado el consumo de drogas debido a que se atenta contra el cuerpo que fue regalado por dios. Las instituciones condenan la práctica y han clasificado su legalidad desde criterios políticos y económicos, más que sanitarios. Por ejemplo, a nivel mundial, el alcohol que causa más muertes al año que todas las demás drogas juntas (3.3 millones contra 250 mil), es institucionalmente más aceptado, es legal y reconocido como un medio normal de esparcimiento generalizado. Otro ejemplo: la ONU en 2011 alertó que en los últimos 10 años, las muertes por un consumo excesivo de medicamentos legales han aumentado considerablemente, superando en algunos países al número de fallecimientos por sobredosis con drogas ilegales (Torrijos, 2011); sin embargo, un adulto que consume

habitualmente pastillas que compró en una farmacia es menos satanizado que el joven que consume un cigarro de marihuana en la calle. Un último ejemplo: Erwin Höllinger, catedrático y neurólogo de la Universidad de Salsburgo, Austria, comprobó que las telenovelas tienen un efecto negativo en el cerebro. Él postula que las telenovelas pueden llegar a ser tan dañinas para el cerebro humano como lo son el consumo excesivo de ciertas drogas, produciendo síntomas tales como apatía generalizada, irritabilidad, trastornos de la personalidad e incluso demencia (Regil, 2012). Sin embargo, no existen estrategias ni campañas anti-telenovelas, sino todo lo contrario, las entronizan, y al ama de casa adicta a su programa televisivo no se le enjuicia moralmente como se le enjuiciaría a un adicto a la cocaína, incluso cuando los daños sociales fueran similares. Las clasificaciones, entonces, se han definido a partir de arbitrios institucionales que rigen las interpretaciones, los diagnósticos y las intervenciones sobre el fenómeno del consumo de las drogas, sin que necesariamente tengan un fundamento objetivo.

El peyote ha sido parte de los rituales místicos de los huicholes y los tarahumaras en México; la marihuana es empleada por los yoguis de Nepal y el Tíbet como ayuda en sus meditaciones, en Jamaica tiene un valor sacramental; en la antigua Grecia se consumía el opio como parte de rituales de fertilidad. La catalogación de estas sustancias como “malas” se debe únicamente a los procesos de significación dependientes de nuestro tiempo y de nuestro contexto.

Las drogas como factor económico

La lógica en la que se basan las estrategias de combate a las adicciones es que se puede prevenir el problema por medio de la información. Se hacen campañas que proveen de conocimientos acerca de las drogas y los efectos de su consumo. Incluyen la sensibilización y la comunicación educativa en las que los medios de comunicación juegan un papel importante tanto en la transmisión y el manejo de noticias sobre el tema, como en

la difusión de mensajes a la opinión pública, todo esto bajo la quimera de que así se influirá en la percepción que tienen las personas sobre este fenómeno. En esta postura reduccionista se cataloga al adicto como un problema debido a su incumplimiento con las expectativas que la sociedad tiene hacia él. Cataloga al individuo como un ser que puede caer en un error cognitivo el cual puede ser evitado por medio de la información y el miedo que pueda ser depositado en él respecto a las horribles consecuencias que le acarrearían las drogas. Un adicto deja de ser productivo económicamente y atenta contra las instituciones reguladoras del orden social, lo que deviene en un descontrol en todas las esferas en las que habita. Se percibe a las drogas (y sus comerciantes) como el enemigo que debe ser vencido con la información debida y al adicto se le enferma simbólicamente, considerándolo una equivocación que puede ser curada.

La ambigüedad de estos marcos explicativos ha permitido que el factor económico sea el que regule los abordajes e intervenciones sobre el tema de las drogas. Como ejemplo, en México en el año 2006, en el gobierno del presidente Felipe Calderón se aplicó una política antidroga que devino en una “guerra” contra el narcotráfico la cual elevó en un 78% el gasto público en seguridad y culminó con la captura de 26 líderes de cárteles pero también conllevó a la muerte de más de 100 mil personas y el decrecimiento de la inversión privada nacional y extranjera. Fue una estrategia muy costosa y poco efectiva.

Por otra parte, las estrategias oficiales de combate a las adicciones también han arrojado resultados que van en dirección completamente contraria a la que desean. Por ejemplo, la Comisión Nacional Contra las Adicciones, que tiene como objetivo promover estilos de vida en los que se logre restringir o eliminar el uso de estas sustancias y disminuir sus efectos negativos, tuvo un incremento de más del 30% del presupuesto del año 2013 al 2014 (Tépach, 2014), sin embargo, el número de adictos también se elevó. Según los datos de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y su Encuesta Nacional de Adicciones, para el periodo del 2002 al 2011, el consumo

de droga en México se incrementó de 450 mil personas a 550 mil. Es decir, cada año se invierte más dinero en los programas anti-adicciones y cada año se eleva el número de adictos. Los datos indican el rotundo fracaso de las estrategias basadas en la lógica “mayor inversión-mejores resultados”, y a pesar de ello éstas sólo han cambiado en la forma más no en el fondo.

Es por ello que es menester que las ciencias sociales como la psicología, la sociología y la antropología abran nuevas zonas de sentido en las que se cambie la satanización del uso de las drogas por un abordaje complejo en el que las adicciones se estudien como un factor más dentro del proceso subjetivo cambiante del que el individuo forma parte.

La construcción de un término

David Cooper, médico psiquiatra iniciador de un movimiento político de impugnación radical del saber psiquiátrico, postuló que la racionalidad analítica no comprende las relaciones entre las personas (intersubjetividad), sino se aboca a los esquemas descriptivos que tienen una relación básica causal. Bajo esta mirada, la falta de información adecuada (causa) aunada a factores psicológicos desemboca en el consumo de drogas (efecto). La conceptualización del fenómeno ha sido construida desde la valoración que los “sanos” hacen sobre los “enfermos”. Cooper consideraba que la institución psiquiátrica, como instancia opresora, estereotipa a quien apela contra las costumbres, ya que incomoda a la sociedad.

De esta manera, la diagnosis no se basa en cuadros clínicos exactos, sino éstos son interpretados según las necesidades económicas y políticas del momento, y así el término “locura” fue sustituido en su momento por “posesión”, después por “histeria” y ahora por términos como “esquizofrenia”, “adicción”, “obsesión” y un largo etcétera. Esto conlleva a que la enfermedad sea justificada por factores externos y al mismo tiempo, justifique conductas; por ejemplo, el drogadicto es drogadicto porque experimentó sufrimiento en su niñez, y por otro lado, el

criminal delinque “porque estaba bajo el influjo de las drogas”, es decir, las drogas son las culpables. El concepto de enfermedad de cierta forma irresponsabiliza al individuo bajo el ideal de que es natural que la vida sea armónica y fenómenos como la angustia, la ambición y la agresión son antinaturales (Szasz, citado en Vázquez, 2012).

Por lo tanto, problemas como la drogadicción no existen como tales, sino que son conceptos contruidos a partir de la relación que se forma entre imágenes simbólicas y nociones abstractas. Estos conceptos al ser integrados socialmente elaboran comportamientos, construyen obviedades y se comparten socialmente y se transmiten y se heredan (Moscovici, 2008). Esto permite que nos comprendamos mutuamente y que sepamos cómo reaccionar ante una situación determinada. Sabemos que las drogas “son malas” porque es lógico; sabemos que un adicto está enfermo porque es lógico y que debe curarse porque es obvio. La tela de juicio que levantaron Cooper y su movimiento antipsiquiátrico, abrió el debate sobre si estas enfermedades en algún momento han existido o solamente fueron cuadros que se construyeron a partir del diagnóstico impuesto por los “expertos en el tema”. Se preguntaron qué aparece primero: la enfermedad y posteriormente viene el diagnóstico o si en realidad es la palabra la que construye comportamientos después de ser emitida. ¿El enfermo está realmente enfermo o se enfermó después de que se le dijo que estaba enfermo?

En el esfuerzo paradigmático de simplificación causal cada vez surgen nuevos términos. En el recién publicado DSM-V las milenarias prácticas de consumir drogas ahora llamadas trastornos inducidos por sustancias pueden clasificarse en diagnósticos como abstinencia secobarbital, intoxicación por metanfetamina, trastorno concomitante leve, intoxicación por otra sustancia, remisión inicial por consumo de alcohol, remisión continuada, etcétera. Estos intentos semánticos intentan reducir a las conductas en un conjunto de variables que a menudo no coinciden o caen en paradojas. No es que hayan surgido nuevas enfermedades, sino que se han inventado nuevas palabras.

Nuevos esfuerzos explicativos

De finales del año 2014 a principios del 2015, como parte de las acciones del programa Jóvenes en Acción de la Asociación Desarrollo Infantil Taxadho A.C. afiliada a Child Fund México, se realizó una intervención comunitaria bajo el modelo Investigación-Acción, en la que se atendió a jóvenes identificados con adicción a drogas dentro de escuelas secundarias de comunidades del Valle del Mezquital en Ixmiquilpan, Hidalgo, México. A la par de la intervención se realizó un procedimiento de Análisis Narrativo el cual se centró en el análisis de la significación que los jóvenes le dan al acto de ingerir sustancias. El objetivo de este modelo metodológico es ver cómo los respondientes en la entrevista le dan orden al flujo de experiencia para darles sentido a los sucesos y acciones en sus vidas (Álvarez, 2003). A continuación de exponen algunos ejemplos de las narraciones que hicieron los participantes (se les ha cambiado el nombre):

Rodrigo de 16 años: “Considero que las drogas sirven para desaburrirme, consumo marihuana, alcohol, cocaína y piedra (...)”. “No creo que pueda dejar de consumir porque los demás me lo dicen, sino porque me da pena que se sepa que consumo”. “(...) he fumado cuando mi papá se pelea con mi mamá, es una forma de no darme cuenta”.

Noé de 14 años: “Aún no estoy en edad de meterme más drogas, pero sí alcohol, cuando lo hago puedo perder el control y no pasa nada, siempre me arrepiento pero me gusta cómo se siente (...)”. “Cuando he terminado con una chava tomo, porque así se hace, a nadie le tengo que pedir permiso (...)”. “Mi mamá está decepcionada, por lo que quiero ir a jurar a una iglesia que ya no voy a tomar, mi hermano toma drogas y ha tenido problemas con su esposa, yo quiero a mi novia y no quiero que se entere de que soy borracho o si llego a probar las drogas”.

Miguel de 14 años: “Al principio cuando fumaba marihuana me sentía mal, pero después bien. Puedo dejar de consumir alcohol si tengo problemas o me siento mal (...)”. “Ahora no controlo mi consumo porque siempre necesito más (...)”. “Las

drogas no me ayudan en nada (...), escucho corridos y siento que influyen en mí para tomar”.

Marco de 16 años: “Mi papá es alcohólico y sufre de depresión y ha perdido la vista, él nunca ha estado con nosotros”. “Consumo alcohol, he consumido marihuana y tabaco, las alucinaciones alivian mis problemas (...), al principio quería saber qué se sentía, no quiero ser alcohólico como mi padre”. “Necesito ayuda”.

Algunas de las reflexiones generales que se hicieron a partir de los Análisis Narrativos fueron los siguientes:

En el consumo habitual de drogas se percibe el riesgo permanente de ser descubiertos y esto confirmaría una idea predispuesta de deficiencia personal. La adicción atrae la atención institucional, la cual cataloga al individuo como incapaz de realizar ciertas tareas y al mismo tiempo lo diagnostica como propenso a emitir conductas reprobables para su entorno. La teoría de los roles postula que al ser atribuido un papel que jugar dentro de la sociedad existe una respuesta de conducta irracional hacia el cumplimiento del mismo (Moreno, 1975); sin embargo, en los discursos se evidencia la conciencia del acto mismo, el cual se ejerce como una apropiación de la identidad que les ha sido atribuida contextualmente con el objetivo de reivindicarse en el rol. Es decir, más que un impulso generado desde el inconsciente es un ejercicio interno que trata de controlar el rol construido a partir de sus propia historia.

Otro elemento recurrente es el sentimiento dual de placer-displacer que experimentan los jóvenes al consumir drogas. Si bien mencionan el placer de la alteración de los sentidos, todos coinciden en que el consumo les produce pesar físico y social. Por otro lado es común también la mención de que las drogas son un método evasivo ante las dificultades personales y familiares que les aquejan, lo que conlleva a la paradoja de que se evita el dolor produciéndose más dolor. Ante la inexactitud de este razonamiento nuevamente se pone en manifiesto la voluntad de cumplir con el proceso cultural del que son parte, a pesar de su incongruencia.

El consumo de drogas también se interpreta como una experiencia compartida en su núcleo social. El alcohol, por ejemplo, es una vía que permite la expresión de las cargas simbólicas entre quien lo consume y sus familiares y amigos, convirtiendo el acto en una forma de integración homeostática entre los participantes. El estereotipo del adicto también expresa. La etiquetación también se disfruta. El afecto también está implícito en los tratamientos. Incluso las necesidades evolutivas que experimentan los jóvenes son manifestadas de forma indirecta por medio del síntoma.

Existe una significación distinta del consumo de drogas dependiendo de los elementos situacionales de los individuos. Moralmente, es menos enjuiciado quien sublima y esto puede comprobarse en los personajes históricos que públicamente consumieron drogas y fueron aceptados por contribuir con algo al mundo. Freud, creador del psicoanálisis, gustaba del opio y la cocaína; Carl Sagan, astrónomo de renombre internacional, fumaba marihuana; Hemingway, premio Nobel de Literatura, bebía alcohol a diario al igual que otros escritores legendarios como Baudelaire, Dostoyevski o Allan Poe y todos ellos fueron vanagloriados por sus obras; muchos de ellos han mencionado que las drogas fueron un factor determinante en sus procesos creativos. Un habitante de cualquier pueblo latinoamericano que habitualmente consume alcohol pero tiene un trabajo estable no es enjuiciado sino reconocido como alguien “divertido y responsable”. El diagnóstico siempre depende de las circunstancias y éstas son cambiantes.

Algunas reflexiones finales

Las drogas son un objeto. Generan el mismo riesgo que un cuchillo en la cocina. Para abordar el fenómeno desde una perspectiva cualitativa y compleja se debe evitar la moralización y partir de los significados que la cultura le atribuye al objeto en un momento y lugar específicos. La mayoría de las estrategias antidrogas fracasan debido a que centran su atención

en lo institucionalmente incómodo y lo que atente contra la economía; se concentran en los efectos y no en la complejidad del fenómeno. El descubrimiento de los motivantes simbólicos en la ingesta de drogas permitirá que quienes intervienen en el fenómeno y los mismos consumidores comprendan que estas conductas son una vía concreta de manifestar los procesos subjetivos que requieren expresarse, pero que podrían hacerlo de cualquier otra manera. La etiquetación basada en la lógica lineal de causa-efecto únicamente propicia un reforzamiento homeostático en el que cada personaje que interviene cumple con lo esperado. Aunque suene contradictorio, una estrategia de intervención anti-drogas en lo último que debe pensar es en las drogas; se debe centrar en los procesos afectivos, subjetivos, culturales e históricos que rodean al sujeto y que lo predisponen a sumarse en un proceso colectivo que les reclama pero a la vez refuerza la misma conducta que les está condenando.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. Ciudad de México: Paidós.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bernal, R., Monzalvo, A., & Bernal, M. (2012). *Prevalencia de síntomas gastrointestinales en personas con sobrepeso y obesidad. Estudio epidemiológico en una población mexicana*. Pachuca: Secretaría de Salud de Hidalgo.
- Barnetche, M. (1991). *Libre de adicciones*. Ciudad de México: Patria.
- Cameron, N. (2001). *Desarrollo y psicopatología de la personalidad*. Ciudad de México: Trillas.
- Carrillo, J. (2004). *Consumo de drogas, ¿qué hacer?* Ciudad de México: Trillas.
- Chávez, I., Solís, A., Pacheco, G., & Salinas, O. (1979). *Estudio*

- etnográfico del fenómeno de la farmacodependencia en una colonia suburbana de la Ciudad de México*. Trillas: Ciudad de México.
- Chávez, S. (1975). *Drogas y pobreza*. Ciudad de México: Trillas.
- Climent, C. (1990). *Cómo proteger a su hijo de la droga*. Bogotá: Norma.
- Cooper, D. (1976). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hypocampus.
- Elizondo, L. (1994). *Cuidemos nuestra salud*. Ciudad de México: Limusa.
- Escuela para padres. (1998). *Las adicciones y las disfunciones en la familia*. Ciudad de México: Trillas.
- Gallegos, D. (1996). *Prevención de la drogadicción en la escuela*. Madrid: Bruño.
- González, J. (2002). *Vivir o morir intoxicado: ideas para enfrentar las adicciones*. Ciudad de México: Pax.
- Handerson, A. (2012). Collaborative relationships and dialogic conversations: ideas for relationally responsive practice. *Family process*, 51, 8-25.
- Macian, D. (1995). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, J. (1975). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Moscovici, S. (2008). *Psicología social I*. México D.F.: Paidós.
- Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre la droga*. París: UNESCO.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Alcohol: Nota descriptiva N° 349*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1991). *Abuso de drogas*. Publicación científica: Ciudad de México.
- Regil, M. (2012). Tienen telenovelas efecto negativo sobre el cerebro. *El Financiero*, 021, 34.
- Secretaría de salud (2008). *Programa de Acción Específico: Prevención y tratamiento de las adicciones*. Ciudad de México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
- Soto, J. (2006). *Psicología social y complejidad*. Plaza y Valdes-UAM: México D.F.

- Stanton, M. (2002). *Terapia familiar del abuso y adicción y las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Tépach, R. (2014). *El presupuesto público para la función salud, 2013-2014*. Ciudad de México: Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis.
- Torrijos, G. (2011). Las muertes por fármaco alcanzan a las causadas por drogas ilegales. *El País*, 5-6.
- Vázquez, A. (2012). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 31, 31-18.



CAPÍTULO 13

Chile y el uso terapéutico de la cannabis. Un camino colectivo y solidario.

Ana María Gazmuri¹
Fundación Daya, Chile.

Una antigua leyenda india cuenta cómo cuando los dioses batieron el océano de leche para obtener “amrita”, el néctar divino, lo que obtuvieron fue “cannabis” (denominado “bhang” en sánscrito). Los demonios trataron también de conseguirlo pero fracasaron en su empeño, por lo que los dioses le dieron al cannabis el nombre de “Vijaya” (victoria). Desde entonces, los hindúes creen que confiere poderes extraordinarios o shidis a quien consume la planta².

Así como aparece desde tan antiguo esta planta maestra en la India, lo hace también en todas las grandes culturas, ligada a múltiples tradiciones espirituales. Esta y otras plantas de poder a lo largo de la historia, fueron utilizadas como un método antiguo y universal para explorar otras dimensiones de la realidad, más sutiles e integrales, para ampliar la percepción e incorporar así experiencia trascendente, con el fin de corregir aquello que se sale de su orden natural, creando la enfermedad. Sin duda, la permanente presencia de las plantas de poder en la historia de la humanidad da cuenta del siempre existente anhelo de tocar lo divino, de reconectar con el origen espiritual que es nuestra verdadera identidad, de poder recuperar la unidad primigenia que derriba la ilusión de que somos seres separados.

En el mundo en que vivimos, y en particular en nuestro

1. Actriz, Activista y Comunicadora. Presidenta de la Fundación Daya, Chile. Diplomada en Mindfulness. Formación en Terapia Floral, Reiki, Psicología Budista y Psicología Transpersonal.

Correspondencia dirigirla a: anamaria.gazmuri@fundaciondaya.cl

2. López, J. (2011). *Botánica sagrada: enteógenos, llaves al mundo interno*. Madrid: Natem Ediciones.

país, herido profundamente por la inequidad y el egoísmo, avergonzado del triste espectáculo de la casta dirigente, despertando por fin frente a tanto abuso solapado, se hace inevitable, urgente, que todo salga a la luz... transparencia es la consigna. Y sale también a la luz ya con fuerza irrevocable, después de años de arduo trabajo de un puñado de activistas incansables, la cercana relación que el chileno tiene con esta planta sagrada y curadora. Tantos y tantas que ya no están dispuestos a seguir siendo tratados como delincuentes, cuando en realidad son consumidores conscientes, ejerciendo su derecho a elegir libremente usar esta planta medicinal en búsqueda de bienestar y alivio, de la relajación que produce, la apertura y la conexión que lleva, naturalmente, a un estado más empático, alegre y amoroso, lo que por cierto, en estos tiempos, no es poco. Uno a uno, los mitos sobre sus múltiples daños están siendo derrumbados; incluso sabemos que es utilizada con gran eficiencia para tratar adicciones, casi una ironía después de tantos años de satanización. Porque adicciones es lo que ha fomentado esta fallida y torpe guerra a la cannabis, llenando nuestras poblaciones de niños y jóvenes destruidos por la pasta base o atontados a punta de marihuana prensada paraguaya, enredados en la miseria circular de droga, pobreza y violencia, atrapados en carteles, encadenados a su destino. Cómo no, si la realidad es dura para *bancársela* así no más, así que vamos con lo que hay. Qué distinto sería si pudieran cultivar su planta, sana, verde, hacerle un té de marihuana o unas cataplasmas de hojas a la abuelita para los dolores de huesos y vivir el proceso reparador de cuidar y acompañar a la planta en su crecimiento; así no necesitarían más al traficante, que es la verdadera puerta de entrada a otras drogas.

Resulta pues completamente inaceptable que alguien pretenda impedir la búsqueda del alivio amoroso que da la cannabis para tantas enfermedades que forman parte de nuestras vidas en esta tierra. Que es un gran analgésico y relajante lo sabemos hace mucho, pero ahora sabemos también que es poderosa para el cáncer, no sólo como paliativo durante las quimioterapias, si

no que impide el crecimiento de tumores cancerígenos. Miles de niños con epilepsia refractaria pueden también mejorar sustancialmente sus vidas y la de sus familias, al igual que tantos que hoy sufren dolorosas enfermedades, ansiedad o depresión.

Hoy en día existe en Chile una fuerte discusión social y política en torno a las drogas en general, pero particularmente en torno a la cannabis y sus usos. Nunca antes la sociedad chilena había encarado tan frontal y pragmáticamente nuestra absurda política de drogas. Los negativos efectos de una política facilista basada en la prohibición y represión, despertaron a un país que hoy clama por un enfoque sensato y centrado en el bienestar humano. El movimiento que busca una reforma es diverso y contundente: desde un ex-presidente, pasando por académicos, parlamentarios, usuarios, madres valientes y empoderadas, líderes de opinión pública y rostros de televisión. En las últimas elecciones presidenciales, el año 2013, seis de los nueve candidatos estaban a favor de despenalizar el autocultivo de cannabis. La última marcha nacional, realizada el 7 de junio, “Cultiva tus derechos: la salud y la libertad no pueden esperar”, organizada por Movimental, convocó a más de 400.000 personas, constituyéndose en la manifestación ciudadana de mayor convocatoria en el presente año en Chile, y la más grande del mundo por la despenalización. Esto tiene en su origen el trabajo desarrollado durante más de diez años por el potente activismo cannábico en Chile (Movimental, No Más Presos Por Plantar, Amigos del Cannabis, Cultiva Medicina, Cultiva Conce, Fundación Daya, Triagrama, entre muchos otros).

Existieron, durante el año 2014, tres mesas de trabajo en torno a Políticas de Drogas convocadas por el gobierno: una enfocada en Seguridad Pública, otra en Salud Pública (en la cual participamos como Fundación en calidad de expertos), y otra mesa en el Instituto de Salud Pública (ISP), en la que se analizaron los posibles usos medicinales de la cannabis. A pesar del consenso mayoritario en torno a los urgentes cambios necesarios a nuestras leyes de drogas, asumiendo el fracaso del enfoque prohibicionista, hemos visto en este último tiempo una fuerte

arremetida reaccionaria de parte de los sectores más conservadores de nuestra sociedad, impulsada por las cúpulas médicas que necesitan mantener el statu quo para sostener sus modelos de negocios vinculados a la rehabilitación y la neurología. A pesar de este contexto revisionista, alentado inicialmente desde la actual administración, las contradicciones se vuelven evidentes. En el mes de mayo ha sido nombrado director del Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA) uno de los principales artífices del enfoque represivo, responsable directo de poner esta planta en la lista 1 de drogas, igualando su estatus al de la cocaína o la heroína. Esto es una afrenta directa a los miles de chilenos que han visto sus vidas injustamente violentadas, al ser tratados como delincuentes por el sólo hecho de incorporar el uso de esta planta terapéutica en sus vidas. Hoy en día siguen siendo detenidos usuarios por porte, cultivo y tenencia, siendo, de marzo a la fecha, más de 16.000 los afectados.

La lentitud del proceso de cambiar la prohibición por regulación ha implicado negarle a cientos de miles de pacientes la posibilidad de probar esta alternativa de tratamiento. Para quienes lo han hecho a pesar de la prohibición, ha significado estar constantemente expuestos a ser perseguidos penalmente y estigmatizados socialmente. Y por último, para un grupo no menor de usuarios medicinales, el actual marco regulatorio se ha traducido, lisa y llanamente, en detenciones, acusaciones e incluso condenas por tráfico. Ese es el caso de Carlos Salinas, de la ciudad de Los Vilos, quien cultivaba cannabis y realizaba extractos para aliviar primero los padecimientos de su cuñada, quien tenía un cáncer terminal, y luego para su hermano Julio, también paciente oncológico. Carlos, un hombre bueno y apreciado por su comunidad, fue condenado a cinco años y un día de prisión, luego de estar once meses en prisión preventiva, acusado de tráfico de drogas. Una lamentable muestra de la ignorancia que aún campea entre algunos miembros del poder judicial. Carlos ya lleva privado de libertad dos años y siete meses, y su hermano Julio hoy agoniza. En esta misma línea, pero con distinto desenlace, en un hecho histórico y sin

precedentes, la Corte Suprema acogió un recurso de nulidad y dictó la absolución de Paulina González, quien había sido condenada previamente por cultivo de cannabis, al considerar que dicho cultivo estaba destinado al consumo personal, exclusivo y próximo en el tiempo, por parte de miembros de una organización que le daba uso ritual a esta planta. Queda así consignada la legalidad del autocultivo personal, demanda básica de la ciudadanía chilena activista.

Verde Revolución

En Chile, a pesar de la situación legal de la cannabis antes descrita y de los últimos estertores represivos, la “verde revolución” ha ocurrido y su uso terapéutico es cada vez mayor, y por cierto, ha sido la ciudadanía empoderada la que ha desplazado los límites de lo posible. La clara evidencia del alivio que entrega la cannabis y sus derivados (particularmente el aceite de cannabis) en diversas patologías, sumada a la creciente convicción del derecho que nos asiste a querer sanarnos con una medicina natural ancestral, reconocida además como una de las sustancias más seguras de la farmacopea, hacen que cada día sean más los que recurren a ella, sin importar que para eso se vean obligados a actuar con osadía y coraje.

Tres hechos han resultado relevantes en este escenario: el primero fue la autorización para la internación excepcional de Sativex³ para Cecilia Heyder, una paciente con cáncer y lupus, hoy una activista comprometida con la causa de la despenalización efectiva. La importancia de este hecho es el reconocimiento, por primera vez, por parte del Estado, del uso medicinal de la planta. El segundo hecho significativo es el proyecto de cultivo de cannabis medicinal para uso compasivo en pacientes oncológicos, llevado adelante por Fundación Daya, nuestra querida

3. Preparado farmacéutico derivado de la cannabis, de administración mediante pulverización bucal, indicada como tratamiento complementario en pacientes con esclerosis múltiple y dolores derivados del cáncer.

Fundación, y la Municipalidad de La Florida. El propósito de este cultivo, además de la intervención comunitaria, es la generación de un estudio clínico que permite aportar al conocimiento científico en nuestro país. Este resulta ser el primer cultivo de cannabis medicinal autorizado en Chile y Latinoamérica. Esta primera producción está destinada a mejorar la calidad de vida de 200 pacientes oncológicos, 100 vinculados a nuestra Fundación, y 100 pertenecientes a la comuna de La Florida, nuestros socios en esta aventura emocionante y pionera. Esta aprobación tuvo que pasar por un largo camino de consultas interministeriales y varios servicios del gobierno (Ministerios de Interior, Agricultura y Salud, Instituto de Salud Pública, Servicio Nacional de Drogas y Alcohol, Intendencia Metropolitana, Carabineros de Chile y Policía de Investigaciones). Nos asiste la tranquilidad de emprender este camino con toda la seriedad y el rigor que se requiere para lograr nuestro objetivo de mejorar la calidad de vida de quienes sufren. Pero es el tercer hecho el que modifica radicalmente el panorama, el que nos resulta más relevante y profundo: el nacimiento de una extensa y activa red de grupos comprometidos con educar e informar sobre el potencial terapéutico de la cannabis, actuando a lo largo de todo nuestro territorio nacional. Una creciente red solidaria de apoyo ha surgido, permitiendo el alivio de muchos, pero no aún de todos los que podrían beneficiarse de este potente aliado, noble y natural. Resulta, sin duda, un imperativo ético hacer todo lo que esté a nuestro alcance para despejar este camino. Urge aliviar tanto sufrimiento evitable, tanto dolor innecesario. Vamos cambiando de paradigma, haciéndonos responsables de las necesidades de nuestra época.

Hemos tenido el privilegio de ser testigos del tremendo alivio que otorga, en especial el aceite de cannabis, a personas que sufren difíciles enfermedades, a veces en etapas terminales, con todo el sufrimiento que ellas conllevan. Hemos podido alegrarnos junto a sus familias, al ver cómo esta sustancia permite recorrer ese difícil camino de manera más digna y humana, sin dolor y recobrando la serenidad, pudiendo irse de esta vida

en paz, rodeados del amor de los suyos, lo que debiera ser un derecho inalienable de todo ser humano. También hemos podido emocionarnos al saber que por primera vez en años, una niña con epilepsia deja de convulsionar, y sonríe a sus padres que nunca la habían visto sonreír. Y no es solo una niña, en este momento son cientos las niñas y niños, cuyos padres no vacilaron en emprender caminos desconocidos para aliviar el sufrimiento de sus hijos, transformándose hoy en una de las voces más fuertes y valientes en este aún difícil escenario. Hoy son muchísimos los niños tratándose en Chile con extracto de cannabis medicinal, todos con alentadores resultados, que sin duda, serán aún mejores con los conocimientos y aprendizajes derivados del trabajo científico que se emprenderá, por vez primera, en nuestro país.

Ese es el espíritu que nos anima en cada paso que emprendemos en Fundación Daya. Estamos firmemente comprometidos con la investigación y promoción de terapias complementarias y medicinas naturales que ayuden a aliviar el sufrimiento humano. Pero no nos quedamos en la teoría. Recorremos el país participando en seminarios, congresos y charlas sobre cannabis y política de drogas en universidades, centros comunitarios, municipios y diversas organizaciones, respondiendo a la gran demanda de información y educación que manifiesta la ciudadanía. Se han articulado comunidades activas, sedes locales de Daya y organizaciones amigas en múltiples regiones, que con compromiso y diligencia realizan talleres de autocultivo familiar, talleres de extracción de tinturas y aceites, creando círculos virtuosos de colaboración, educando y apoyando a cientos de familias que buscan alivio y bienestar. Y en esto, las valientes madres y decididos padres de niños y jóvenes que sufren complejas dolencias, han sido relevantes, al igual que lo han sido cientos de adultos mayores que han comprendido el engaño en que habían vivido. Los “expertos jardineros” que vienen del mundo del mal llamado “uso recreativo” (si miramos con profundidad veremos que todo uso es terapéutico), están jugando un rol clave, apadrinando a enfermos que necesitan

orientación y acompañamiento para iniciarse en el mundo del cultivo. En todas partes se repite la consigna de “si sabes cultivar apadrina a un enfermo”.

Cada vez son más los médicos que se deciden a apoyar y acompañar a sus pacientes en este camino, comprometidos con la búsqueda de todo aquello que pueda aliviar el sufrimiento de tantas familias. No se dejan cooptar por la rigidez que a veces acompaña los caminos de la ciencia, sino que resignifican su juramento hipocrático, sin olvidar que el origen del método científico fue la observación y el conocimiento empírico, basados en el ensayo y error. Y todo esto a cara descubierta, usando las redes sociales, mostrando al país entero con valentía y coraje el camino escogido, desde la convicción profunda de estar ejerciendo un legítimo derecho. No hay vuelta atrás, hoy Chile cultiva para aliviar su dolor, y lo hace con orgullo.

Gran impacto ha generado la campaña #PonteEnMisZapatos, organizada por la Fundación MamáCultiva y Fundación Daya que comenzó el 18 de marzo con la entrega de una carta a la Presidenta Michelle Bachelet, firmada por treinta agrupaciones de usuarios medicinales de todo el país. Personalidades del mundo de la política, de las comunicaciones y del arte hacen un llamado a la sociedad en general, y a la Presidenta en particular, a ponerse en los zapatos de tantos que hoy sufren, pidiendo la regulación y facilitación del uso de esta planta medicinal, invitando al gobierno a hacerse parte activa del proceso, dejando de ser un mero espectador.

Nos encontramos actualmente trabajando en el desarrollo del que será nuestro segundo gran proyecto comunitario, que estará destinado a tratar a 4.000 pacientes de diversas patologías a lo largo de todo Chile. Para este revolucionario proyecto hemos generado una alianza con más de veinte municipios de todo el país, de Arica a Punta Arenas. En cada comuna se ha repetido el mismo proceso de aprobación unánime de los concejos municipales para sumarse a este gran cultivo colectivo, mostrando así la sintonía que están teniendo las autoridades locales con la creciente demanda de sus comunidades para acceder a esta

maravillosa medicina, que tanto alivio entrega a quienes sufren. Hemos logrado el apoyo y compromiso del Ministerio de Salud, el cual se suma a esta histórica iniciativa, comprometiendo a instituciones de la salud pública para liderar los estudios clínicos que acompañarán esta intervención comunitaria.

Estaremos también haciendo historia en el campo de la ciencia, ya que estos serán los estudios más amplios realizados con cannabis en el mundo entero. Así vamos transformando la realidad para el bien de muchos, trabajando en todos los frentes, desplazando fronteras, trascendiendo limitaciones, erradicando la ignorancia, develando el engaño en el que una sociedad obsesionada con el control y el temor nos ha mantenido por tanto tiempo.

De nosotros depende devolverle a esta planta sagrada, con todo su potencial de sanación y elevación, el lugar de dignidad que le corresponde. Hoy trabajamos con fuerza y compromiso para que el acceso a su uso terapéutico en nuestro país sea posible para todo aquel que lo necesite, y para que todo aquel que decida incorporar el uso de esta planta en su vida, lo haga de manera informada y responsable, para beneficio de su propia vida y la de los otros. Creemos firmemente que avanzamos como sociedad cuando educamos con respeto y en libertad.



SOBRE EL EDITOR

Claudio Rojas Jara

Académico del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule (UCM). Psicólogo, Mención Psicología de la Salud y Licenciado en Psicología de la Universidad Católica del Maule (Chile).

Magíster en Drogodependencias, Universidad Central de Chile (UCEN). Diplomado en Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y otros Trastornos de Salud Mental, Universidad De Chile (UCHILE). Diplomado en Intervención en Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social en Población de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol-Drogas y otros Trastornos de Salud Mental, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

Se ha desempeñado como psicólogo en la atención de niños, adolescentes y adultos con consumo problemático de drogas, concentrando su ejercicio en personas que además presentan conflictos con la ley, tanto en el medio libre como en contextos penitenciarios. Ha desarrollado funciones como director técnico de centros de tratamiento de drogas para adolescentes, coordinador de programas de drogodependencias en recintos penitenciarios de la ciudad de Talca y Cauquenes, y actualmente es el asesor técnico del Centro Integral de Tratamiento y Rehabilitación Gamma y los diversos programas que esta institución mantiene en la Región del Maule.

Ha participado en diversas capacitaciones, relatorías, seminarios y congresos en el ámbito de las drogodependencias y los jóvenes en conflicto con la justicia (intervenciones diferenciadas, el reconocimiento de perfiles de tratamiento, entrevista motivacional y estrategias psicodiagnósticas en drogas y delito). Cuenta con experiencia docente en educación superior de pre y post grado realizando cátedras vinculadas al área de la psicología de los grupos, la psicología comunitaria, el diagnóstico e inter-

vención en la adolescencia, la teoría y técnicas de la entrevista y las intervenciones clínicas en drogodependencias.

En el Departamento de Psicología de la Universidad Católica del Maule es Académico del Área de la Psicología de la Salud, Director Alterno del Magíster de Salud Mental Infanto Juvenil, Coordinador del Programa de Seguimiento de Egresados, y forma parte del Equipo Académico de la Línea de la Persona del Estudiante.



Las drogas han sido parte regular de la historia de la humanidad. Desde los antecedentes que podemos encontrar en las civilizaciones más remotas hasta las referencias puramente actuales, evidenciamos que el uso de drogas ha acompañado los procesos evolutivos y experiencias del ser humano y que, probablemente, no le abandonarán nunca. Diferentes tintes, aproximaciones, comprensiones y abordajes han acompañado la visión de las drogas a lo largo de la historia. Su uso ha implicado funciones místicas-ancestrales, espirituales y hasta aquellos usos médico-terapéuticos como también los meramente hedonistas. Sin embargo, es reconocible que las visiones más tradicionales al respecto se encuentran fuertemente interpeladas en la actualidad, detectándose fisuras importantes en sus posiciones epistemológicas y en las metodologías de acción que han sustentado sobre este fenómeno. Las drogas son mucho más que un elemento y su uso más que un mero comportamiento, estas determinan posiciones políticas, morales, judiciales, sociales y disciplinares.

Este libro entrega una oleada de ideas frescas sobre las drogas, haciendo particular énfasis en la multiplicidad de miradas que pueden alcanzar, aportando nuevas orientaciones, clarificando otras, sugiriendo innovaciones y favoreciendo la construcción de conocimiento a través de los diversos temas y énfasis que cada autor le provee a esta obra que ahora queda en sus manos.