



FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA

ISSN: 2463-1779

Drugs and Addictive Behavior



Presentación
Introduction

Editorial

El quehacer de las Instituciones de Educación Superior ante el panorama mundial del consumo de drogas
Xóchitl De San Jorge

Editorial

What Higher Education Institutions ought to do before the drug consumption panorama
Xóchitl De San Jorge

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
RESEARCH ARTICLES

Estrategias comunitarias de prevención en salud en la cárcel de Villahermosa
Community resources for health prevention strategies in Villahermosa Jail
Omar Alejandro Bravo

Estudio sobre consumo de drogas y acoso escolar entre cursantes de la enseñanza primaria de Costa Rica
Study on drug use and bullying among primary students in Costa Rica
Sandra Fonseca Chaves
María Auxiliadora Ortega Bonilla
Freddy Cubillo Otárola
Julio Bejarano Orozco

Cultura e identidad sobre el consumo de drogas en los habitantes de la calle del municipio de Medellín
Culture and identity on drug consumption in homeless people in Medellín
Adriana Valderrama Restrepo
Laura María Sánchez Gómez
Mary Luz Cárcamo Marengo
Ana Ximena Mazo Beltrán

ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA
THEORETICAL REVIEW ARTICLES

La ludopatía: revisión y análisis hacia un modelo integral
Ludopathy: revision and analysis towards an integral model
Yein Alexandra Muñoz Londoño

La modificabilidad estructural cognitiva en la familia de un enfermo alcohólico
The cognitive structural modification in a family with an alcoholic member
Lizzy Alpízar Jiménez

La lucha contra las drogas: fracaso de una guerra comienzo de una nueva política
The war on drugs: Failure and the beginning of a new policy
Mauricio Alejandro Bedoya Jiménez

©Fundación Universitaria Luis Amigó

Vol. 1, N° 2, julio - diciembre de 2016

ISSN: 2463-1779

Rector

Pbro. José Wilmar Sánchez Duque

Vicerrectora de Investigaciones

Isabel Cristina Puerta Lopera

Decana de Psicología y Ciencias Sociales

Luz Marina Arango Gómez

Director de la Escuela de Posgrados

Carlos Mario Ayala Jiménez

Jefa Departamento de Fondo Editorial

Carolina Orrego Moscoso

Diagramación

Arbey David Zuluaga Yarce

Corrector de estilo

Rodrigo Gómez Rojas

Traductores

Julieth Nataly Gil Ardila

Lina María Londoño Metaute

Diana Marcela Jaramillo

Contacto editorial

Fundación Universitaria Luis Amigó

Transversal 51A N°. 67B - 90. Medellín, Antioquia, Colombia
Tel: (574) 448 76 66 (Ext. 9711. Departamento de Fondo Editorial)
www.funlam.edu.co – fondoeditorial@funlam.edu.co

Órgano de divulgación de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales
y de la Escuela de Posgrados de la Fundación Universitaria Luis Amigó.

Hecho en Medellín - Colombia / Made in Medellín - Colombia
Financiación realizada por la Fundación Universitaria Luis Amigó

Drugs^{and} Addictive Behavior



Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin
Derivar 4.0 Internacional.



Directora de la revista

Sandra Milena Restrepo Escobar

Comité Científico

Ph. D. Guillermo Castaño Pérez.
Universidad CES. Colombia
Ph. D. Juan Vicente Beneit Montesinos.
Universidad Complutense de Madrid. España.
Ph. D. Luis Flórez Alarcón.
Universidad Nacional de Colombia. Colombia.
Ph. D. José Antonio García del Castillo.
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)
Universidad Miguel Hernández. España.
Ph. D. Efram Milanese.
Cáritas Alemania. Italia.
Ph. D. Mario Waldo Sandoval Manríquez.
Universidad Católica Silva Henríquez. Chile.
Ph. D. Francisco Lopez Segrera.
Universidad Politécnica de Cataluña e
Instituto de Relaciones Internacionales. Cuba.
Ph. D. Arturo Byron Rojas Yanguas.
Profesional Independiente. Bolivia

Comité Editorial

Ph. D. Efrén Martínez Ortiz.
Fundación Colectivo Aquí y Ahora. Colombia.
Ph. D. Rafael Orlando Navarro Rueda.
Universidad Mayor de San Marcos. Perú.
Mg. Daniel Lloret Irlés.
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)
Universidad Miguel Hernández. España.
Mg. Dedsy Yajaira Berbesy Fernández.
Universidad CES. Colombia.
Mg. Francisco Javier Arias Zapata.
Universidad de San Buenaventura. Colombia.
Mg. Gustavo Adolfo Calderón Vallejo.
Fundación Universitaria Luis Amigó. Colombia.

Árbitros

Mg. Magda Victoria Díaz Alzate
Fundación Universitaria Luis Amigó – Colombia
Mg. (c) Marcela Arroyave Hincapié
Secretaría de Educación de Antioquia– Colombia
Ph. D (c) Solanyer López
Tecnológico de Antioquia- Colombia
Mg. (c) César Augusto Correa Hernández
Metrosalud- Colombia
Mg. Ángela María Parra Bastidas
Profesional Independiente- Colombia



Esp. María Adelaida Storti Calderón
Secretaría de Inclusión Social y Familia- Colombia
Mg. Luz Dary Salazar
Alcaldía de Envigado- Colombia
Esp. Marly Echavarría Henao
Secretaría de Educación- Colombia
Mg. César Augusto Jaramillo Jaramillo
Institución Universitaria de Envigado- Colombia
Mg. Rodrigo Osorio
Fundación Universitaria Luis Amigó – Colombia
Mg (c). Lucas Arias Vélez
Secretaría de Inclusión Social- Colombia
Mg (c). Mónica María Villa Gil
Tecnológico de Antioquia- Colombia

Edición

Fundación Universitaria Luis Amigó

Solicitud de canje

Biblioteca Vicente Serer Vicens
Fundación Universitaria Luis Amigó
Medellín, Antioquia, Colombia

Para sus contribuciones

drugsaddictivebeh@funlam.edu.co
Facultad Psicología y Ciencias Sociales. Fundación Universitaria
Luis Amigó.
Transversal 51A N° 67B - 90. Medellín, Antioquia, Colombia

ISSN: 2463-1779

Vol. 1, N° . 2, julio - diciembre, 2016

La revista Drugs and Addictive Behavior es una publicación de carácter científico, semestral, de divulgación de artículos de alta calidad en los temas del consumo de sustancias psicoactivas y de las adicciones que son el resultado de investigaciones o producto de una reflexión juiciosa y de relevancia teórica, profesional y disciplinar en campos como la psicología, la pedagogía, el trabajo social, la medicina y otras áreas. De este modo, espera contribuir al desarrollo de procesos de intervención, prevención y promoción de estilos de vida saludable y salud integral de las personas; en los entornos local, nacional e internacional.

Los autores son moral y legalmente responsables del contenido de sus artículos, así como del respeto de los derechos de autor. Por lo tanto, éstos no comprometen en ningún sentido a la Fundación Universitaria Luis Amigó.

Se permite la reproducción parcial de los artículos y se registrá conforme a lo descrito en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Contenido

Presentación Introduction

147

Editorial

El quehacer de las Instituciones de Educación Superior ante el panorama mundial del consumo de drogas

Xóchitl De San Jorge

151

Editorial

What Higher Education Institutions ought to do before the drug consumption panorama

Xóchitl De San Jorge

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN RESEARCH ARTICLES

156

Estrategias comunitarias de prevención en salud en la cárcel de Villahermosa

Community resources for health prevention strategies in Villahermosa Jail

Omar Alejandro Bravo

171

Estudio sobre consumo de drogas y acoso escolar entre cursantes de la enseñanza primaria de Costa Rica

Study on drug use and bullying among primary students in Costa Rica

Sandra Fonseca Chaves

María Auxiliadora Ortega Bonilla

Freddy Cubillo Otárola

Julio Bejarano Orozco

191

Cultura e identidad sobre el consumo de drogas en los habitantes de la calle del municipio de Medellín

Culture and identity on drug consumption in homeless people in Medellín

Adriana Valderrama Restrepo

Laura María Sánchez Gómez

Mary Luz Cárcamo Marengo

Ana Ximena Mazo Beltrán

ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA
THEORETICAL REVIEW ARTICLES

201

La ludopatía: revisión y análisis hacia un modelo integral
Ludopathy: revision and analysis towards an integral model
Yein Alexandra Muñoz Londoño

220

La modificabilidad estructural cognitiva en la familia de un enfermo alcohólico
The cognitive structural modification in a family with an alcoholic member
Lizzy Alpízar Jiménez

237

La lucha contra las drogas: fracaso de una guerra comienzo de una nueva política
The war on drugs: Failure and the beginning of a new policy
Mauricio Alejandro Bedoya Jiménez

Presentación

En su labor de profundización en el tema de las adicciones, los artículos de este segundo número, del primer volumen, de la revista *Drugs and Addictive Behavior*, se refieren a las poblaciones vulnerables en diferentes contextos. Inicialmente, en el Editorial, la Doctora Xóchitl De San Jorge invita a reflexionar sobre el papel de las universidades ante el consumo de sustancias psicoactivas y el paso hacia las adicciones y la actuación de las Instituciones de Educación Superior frente a la responsabilidad de formar nuevos profesionales en el tema.

El bloque siguiente presenta tres (3) artículos de investigación y tres (3) de revisión teórica. El primero de los artículos de investigación es desarrollado por el Posdoctor Omar Alejandro Bravo, quien analiza los resultados de una intervención realizada en la cárcel de Villahermosa, Cali, dirigida a establecer estrategias de prevención entre los internos de esa Institución.

La segunda investigación es un estudio sobre consumo de drogas y acoso escolar entre cursantes de la enseñanza primaria de Costa Rica, realizado por Sandra Fonseca Chaves, María Auxiliadora Ortega Bonilla, Freddy Cubillo Otárola y Julio Bejarano Orozco, Psicólogos del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia de San José de Costa Rica y del Ministerio de Educación Pública. El artículo evidencia un inicio temprano en el consumo de alcohol, así como su relación con las TIC, la existencia de situaciones como el cyberbullying y problemas relacionados con el acoso escolar.

El tercer estudio, realizado con habitantes de la calle de la ciudad de Medellín (Colombia), indaga sobre la cultura e identidad de esta población y fue escrito por Adriana Valderrama Restrepo, Laura María Sánchez Gómez, Mary Luz Cárcamo Marengo y Ana Ximena Mazo Beltrán. Los factores relevantes para desencadenar la vida en calle, de acuerdo con las conclusiones de las articulistas, fueron los problemas familiares, las carencias afectivas, el desplazamiento forzado, la pérdida de la familia y, además, los sentimientos de soledad, abandono y baja autoestima.

Por cuanto se refiere a los artículos de revisión teórica, Yein Alexandra Muñoz Londoño, Psicóloga con Maestría en Adicciones, expone los aspectos de un modelo integral para la intervención de la ludopatía, con lo que permite la comprensión de las falencias en los factores de protección para tratarla, la necesidad de abordar al ser humano de manera íntegra, el respeto por las diferencias de género y el establecimiento de objetivos terapéuticos acordes con la complejidad de la adicción.

La segunda revisión es desarrollada por Lizzy Alpízar Jiménez. Ella, Magíster en Psicopedagogía, plantea la propuesta de la Modificabilidad Estructural Cognitiva, explicando los criterios de mediación para la Experiencia de Aprendizaje y el Programa de Enriquecimiento Instrumental como elementos de gran utilidad para que la familia de un enfermo alcohólico pueda desarrollar estrategias de ayuda y acompañamiento.

Por último, el Magíster Mauricio Alejandro Bedoya desarrolló su artículo en torno a comprender el fracaso de la lucha contra las drogas y las implicaciones de una nueva política; a partir de allí plantea cambios que contemplan la salud y el ser humano como principales objetivos de la nueva política de drogas.

Estamos seguros de que este análisis de las adicciones desde diversos contextos no es solo un aporte para los profesionales de las instituciones de educación, los centros de prevención, las penitenciarías, sino además para toda la comunidad, pues esta temática nos convoca a ser corresponsables en los procesos sociales de los cuales hacemos parte.

Mg. Sandra Milena Restrepo Escobar

Directora / Editora

Introduction

In order to continue the work of going deeply into the topic of addictions. The articles of the second number, of the first volume the journal *Drugs and Addictive Behavior*, refers to vulnerable population in different contexts. Initially; in the editorial, Doctor Xóchitl from San Jorge invites us to reflect about the role of the universities in the use of psychoactive substances. As well as, the step towards additions and the performance of the institutions of high education facing the responsibility of training new professionals in this field.

In the following section there are three (3) research articles and three (3) theoretical reviews. The first research article is developed by Postdoctoral Omar Alejandro Bravo, who analyzes the results of an intervention carried out in a jail in Villahermosa, Cali, conducted in order to establish prevention strategies for prisoners from this institution.

The second research is a study about the use of drugs and bullying carried out with students in elementary school in Costa Rica, it was developed by Sandra Fonseca Chaves, Maria Auxiliadora Ortega Bonilla, Freddy Cubillo Otálora, and Julio Bejarano Orozco, psychologists from the Alcoholism and Drug Dependency Institute in San José in Costa Rica and the Ministry of Public Education. This article shows the early beginning in the use of alcohol, as well as, its relationship with ICT and situations such as cyberbullying and problems related to bullying.

The third study was developed with homeless people on the streets of Medellín, Colombia, it looks into the culture and the identity of this population. Besides, it talks about the relevant factors that trigger homeless. According to article writers, the main conclusions were that family problems, lack of affection, forced displacement, and loss of family, as well as, feelings of loneliness, abandonment, and low self-esteem led to choosing life on the streets. The authors of this paper are Adriana Valderrama Restrepo, Laura Maria Sanchez Gomez, Mary Luz Carcamo Marengo, and Ana Ximena Maxo Beltran.

Regarding the theoretical review of the articles, Yein Alexandra Muñoz Londoño Psychologist with a Master Degree in addictions, presents aspects of an integrated model for intervention of pathological gambling, that bring about the understanding of the weaknesses in protection factors to treat it, the necessity to address human beings in an integral fashion, respecting gender differences and the establishment of therapeutic goals along with the complexity of addiction.

The second review developed by Lizzy Alpizar Jimenez, Master in psycho-pedagogy presents the proposal of Cognitive Structural Modifiability explaining the mediation criteria for the Learning Experience and Instrumental Enrichment Program as useful elements for a family, of an alcoholic patient, to develop strategies in order to help and support them.

Finally, Mauricio Alejandro Bedoya, MA develops his article about the understanding of the failure of the war on drugs and the implications of a new policy that brings changes that include health and human being as the main objective of the new drug policy.

Finally, we are sure that this analysis about addictions from different contexts is not only a contribution for professionals in schools, prevention centers, and prisons but also for the whole community because this kind of issue calls us to be responsible in social processes in which we take part.

Sandra Milena Restrepo Escobar

Directora/ Editora.

Editorial

El quehacer de las Instituciones de Educación Superior ante el Panorama mundial del consumo de drogas

Xóchitl De San Jorge¹

Forma de citar este artículo en APA:

De San Jorge, X. (2016). El quehacer de las Instituciones de Educación Superior ante el panorama mundial del consumo de drogas. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(2), 147-150.

Existen evidencias que documentan el uso ritual, religioso, médico y hedonista de distintas drogas desde los tiempos más remotos. Asimismo, sabemos que en la antigüedad existía una percepción de riesgo del libre consumo de drogas que derivó en la prohibición o restricción -para cierto sector de la población y para determinadas ocasiones- como en el caso del alcohol en el imperio azteca o del tabaco en la Europa del siglo XVI.

La expansión del sistema capitalista en los últimos 150 años modificó la relación entre los seres humanos y las drogas y hoy enfrentamos un consumo masivo que es percibido como problema; pero si esta percepción es relativamente reciente, lo es más la idea de que atenderlo requiere de una respuesta pública. Desde la Conferencia de Shanghái en 1909 y a lo largo del siglo XX, dicha contestación se inclinó por políticas y programas que privilegiaron el combate a la oferta de drogas, prohibiendo cada vez más sustancias que son calificadas como de uso ilegal; se trata, según algunos investigadores, de una respuesta que deriva de los avances científicos que demuestran el daño que provocan las drogas en los seres humanos y, según otros, de intereses económicos y políticos de los países hegemónicos, como Estados Unidos de Norteamérica, considerado uno de los principales consumidores de drogas en el mundo.

La división de las sustancias adictivas en legales e ilegales, ha creado la falsa percepción de que drogas como el alcohol y el tabaco -por ser legales- son menos peligrosas y causan menos adicción que las drogas ilegales; en el lenguaje común la nicotina, el alcohol y la cafeína ni siquiera son consideradas como drogas y sus consumidores no se ven a sí mismo como adictos. Solo las consideraciones de orden cultural permiten comprender cómo drogas como el alcohol y el tabaco son mantenidas dentro de la legalidad a pesar de las toxicomanías asociadas al alcoholismo y al tabaquismo, de gran impacto médico-social. Dado que se trata de

¹ Investigadora del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana (campus Xalapa) en México y Coordinadora del Cuerpo Académico "Drogas y Adicciones: en Enfoque Multidisciplinario y de la Red Veracruzana de Investigación en Adicciones". correo electrónico: xdesanjorge@hotmail.com

una construcción social, la inclusión de las drogas en una u otra categoría –o en otras como de uso lúdico o medicinal- puede cambiar, como de hecho está sucediendo en países como Estados Unidos, Uruguay y México con el caso de la marihuana, lo que seguramente impactará en el incremento del consumo y en la percepción del daño que provoca en el organismo.

De acuerdo con el Informe Mundial de las Drogas de 2015, entender el panorama actual del consumo de estas sustancias en el mundo, obliga a analizar las dos caras de este fenómeno: la oferta y la demanda de drogas. En lo que toca a la oferta, el informe establece que no hay evidencias sobre grandes cambios en las regiones donde se cultivan y fabrican drogas ilícitas, pero que los mercados y las rutas que se utilizan para introducirlas de contrabando varían constantemente; asimismo reporta que los grupos ilegales organizados se están diversificando para producir distintas drogas y para realizar otras actividades delictivas como el tráfico de armas y la trata de personas, por lo que se expresan cada vez con mayor violencia. Parece claro que, a pesar de los esfuerzos de colaboración entre los países firmantes de las distintas convenciones de la ONU sobre el tráfico de estupefacientes, no existen datos que permitan suponer que la oferta de drogas ha disminuido; por el contrario, en el ámbito mundial se observa la aparición frecuente de nuevas drogas en el mercado –con efectos en la salud que aún no han sido estudiados- cuya oferta se dirige a una población cada día más joven. Esta situación ha obligado a los países miembros de la ONU a cuestionar la efectividad y conveniencia de la política prohibicionista, tal y como se ha impulsado, y a reflexionar sobre otras posibles soluciones que aún no están bien delineadas.

Respecto de la demanda, el informe 2015 estima que se mantiene estable en términos porcentuales debido al crecimiento de la población mundial y reporta que 246 millones de personas en el mundo –una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años- consumieron drogas ilícitas en 2013. La magnitud del problema se aprecia mejor cuando sabemos que 1 de cada 10 consumidores de drogas sufre algún trastorno. En otras palabras, poco más de 27 millones de personas son consumidores problemáticos de drogas ilícitas y casi la mitad de ellos consume drogas inyectables, lo que se asocia al VIH en 1,65 millones de los consumidores de sustancias ilícitas.

Aunque el informe no incluye un reporte sobre las drogas legales, sabemos que a las cifras anteriores debemos sumar las que resultan del examen del consumo nocivo de alcohol que –de acuerdo con la Nota descriptiva N°349 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015a)- está asociado a más de 200 enfermedades y trastornos; es responsable de la muerte de poco más de 3 millones de personas (5,9% de defunciones en el mundo) y del 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones, que afecta sobre todo a hombres entre 20 y 39 años, independientemente de las pérdidas sociales y económicas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2007) ha señalado que el problema es particularmente grave en las Américas, ya que en los últimos

cinco años el porcentaje de bebedores hombres que tienen consumos episódicos fuertes de alcohol casi se duplicó mientras que en mujeres, se triplicó. En lo que corresponde al tabaco, la Nota descriptiva N°339 de la OMS (2015b) establece que esta sustancia es responsable de la muerte de 6 millones de personas cada año (el 80% en países de ingresos bajos o medios), de los cuales más de 600 000 mil eran no fumadores, expuestos al humo de tabaco ajeno.

Los trastornos por el consumo de drogas son un problema de salud crónico que convierte a las personas afectadas en vulnerables durante toda su vida, por lo que necesitaran tratamiento de forma prolongada y continua. Sin embargo, como lo expresó Shekhar Saxena, director del departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS (ONUSIDA, 2015), los sistemas nacionales de atención sanitaria con frecuencia carecen de la capacidad de proporcionar un tratamiento y una atención eficaces a los consumidores de drogas, sobre todo cuando se trata de mujeres y de personas con carencias económicas.

Conocer el panorama mundial del consumo de drogas en el marco de una revista como *Drugs and Addictive Behavior* -auspiciada por una Institución de Educación Superior (IES) como la Fundación Universitaria Luis Amigó- brinda oportunidad para reflexionar sobre cuál debe ser el papel de las universidades ante este problema y empezar a actuar desde su campo y responsabilidad: la educación o docencia para la formación de nuevos profesionales; la investigación para la generación de nuevos conocimientos y la evaluación de intervenciones basadas en evidencias; la extensión para la transferencia de conocimientos, cultura y servicios; y la promoción de la salud integral dentro y fuera de sus muros.

Para las Instituciones de Educación Superior, entender el problema del consumo de drogas como un asunto de Salud Pública y asumir el compromiso de contribuir a su atención, obliga a modificar los planes de estudio para formar profesionales de la salud capaces de prevenir, detectar, ofrecer consejería, canalizar y brindar tratamiento a los consumidores de drogas, desde una perspectiva integral y multidisciplinaria. Asimismo, deberán desarrollar intervenciones preventivas y formar a profesionales que, independientemente de su disciplina, promuevan el bienestar físico, mental y emocional de los miembros de su comunidad, generando una conciencia de la responsabilidad que cada quien tiene en el cuidado de su propia salud.

Es indispensable apoyar las investigaciones dirigidas a conocer las expresiones sociales y sanitarias del problema del consumo de drogas desde la investigación básica y aplicada en los campos de la biomedicina, los sistemas de salud, la medicina traslacional, así como en la prevención y el tratamiento de las adicciones, y también estimular iniciativas como la de la revista *Drugs and Addictive Behavior* que nos permiten conocer y divulgar la producción científica que sobre este tema se realiza en países como Colombia y México, tan necesitados de entender y atender el problema de la oferta y la demanda de drogas.

Referencias

Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC). (2015). *Informe Mundial de Drogas*. Viena: Naciones Unidas.

ONUSIDA. (2015). Conclusiones de la mesa redonda sobre las repercusiones del problema mundial de las drogas en el ejercicio de los derechos humanos. Asamblea General de Naciones Unidas. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Human_Rights_Council/Panel_Drugs_HRC_31_45_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015a). Nota descriptiva N° 349 Alcohol. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015b). Nota descriptiva N° 339 Tabaco. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). *Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final del estudio multicéntrico OPS*. Washington, D.C: OPS. Recuperado de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/02/Alcohol-genero-cultura-y-danos-en-las-americas.pdf>

Editorial

What Higher Education Institutions ought to do before the drug consumption panorama

There are evidences from remote times that document the ritual, religious, medical and hedonist use of different drugs. We also know that in old times there was a risk perception of the consumption of drugs that ended up in the prohibition or restriction for a specific part of the population and for certain situations, such as the case of alcohol in the Aztec Empire or tobacco in Europe during the XVI century.

The expansion of the capitalist system in the last 150 years modified the relationship between human beings and drugs and today we face massive consumption that is seen as a problem; however, if this perception is quite recent so is the idea of responding to it as a public response. Since the Shanghai Conference in 1909 and throughout the XX century such response leaned toward policies and programs which privileged fighting drug supply by prohibiting substances that are considered illegal, some experts have classified this response as one based on scientific advances which shows the damages that drugs cause to the human body and according to other experts on economic and politic interests of the hegemonic countries such as the United States, considered one of the most important drug consumers of the world.

The division of addictive substances into legal and illegal has created a false perception that alcohol and tobacco are less dangerous, because they are legal, and therefore less addictive; in every language nicotine, alcohol or caffeine are not labeled as drugs nor are consumers addicts. Only cultural considerations allow the comprehension of how drugs like alcohol and tobacco are labeled as legal regardless of the social and medical toxic manias associated to alcoholism or smoking. Since including drugs in one or other category is a social creation, it can be changed as it is currently happening with marihuana in countries like the United States, Uruguay and Mexico which will impact the level of consumption and the perception of damage that it can cause to the body.

According to the 2015 World Drug Report the current consumption panorama of these substances in the world brings about the analysis of two sides of this phenomenon: drug supply and demand. The report establishes that there are no evidences of great changes in supply in the regions where these illicit drugs are produced

but that the markets and routes used to smuggle them are constantly changing. Also, that drug organization are starting to produce different drugs and carry out other criminal activities such as arms dealing and human trafficking, and they are becoming more violent. It is a fact that even with the growing cooperation efforts of the different countries that have signed the UN agreements on drug trafficking the supply has not decreased; on the contrary, there are constant new drugs on the market, the effects are yet to be studied, directed to younger people. This situation has influenced UN members to question the effectiveness and convenience of the prohibition policy that is currently in place and to reflect on other possible solutions that are not yet established.

Regarding demand, the 2015 Report estimates that the percentage remains stable due to the growth of the human population and establishes that 246 million people, one in every 20 between the ages of 15 and 64, consumed illegal drugs in 2013. The magnitude of the problem can be better analyzed when we are aware that 1 in every 10 consumers suffer a disorder. In other words, little of 27 million people are problematic consumers of illicit drugs and almost half of them consume injectable substances, which is associated to HIV in 1.65 million of illegal drug consumers.

Even though the report does not include legal drugs, we know that to the previous numbers we must add the results of the alcohol consumption exam that according to descriptive note 349 of the World Health Organization (WHO, 2015a) is associated to more than 200 illnesses and disorders, it is responsible for the death of over 3 million people (5.9% of the deaths of the world) and of 5.1% of injuries and morbidity in the world in men between 20 and 39 years, as well as social and economic losses. The Pan-American Health Organization (2007) has pointed out that this is a serious problem in America, since the percentage sporadic high alcohol consumption has doubled in males and tripled in females. Regarding smoking, descriptive note 349 WHO (2015b) establishes that this substance is responsible for more than 6 million deaths a year (80% in countries with low and middle income per capita) in which more than 600,000 people were non-smokers exposed to second hand smoke.

Drug related disorders are a chronic health problem that make people vulnerable all their lives, needing therefore a long term treatment. However, as Shekhar Saxena Director of the Department of the Mental Health and Abuse of the World Health Organization established that the national health systems frequently lack the capacity to provide such treatments and effective attention to drug consumers especially when it comes to women and people with low income.

To know the drug consumption world panorama through a journal such as *Drugs and Addictive Behavior* sponsored by Fundación Universitaria Luis Amigó provides the opportunity to reflect upon which ought to be the role of universities regarding this problem and start exercising their responsibility: education of new professionals, research to generate new knowledge and to assess intervention based on evidences; extension to transfer knowledge, cultures and services as well as promoting healthy habits inside and outside its campus.

For higher education institutions to understand the problem of drug consumption as an issue of public health and to assume the commitment to contribute to its solution, requires a transformation of academic programs to educate health related professionals to prevent, detect, counsel and provide an integral and multi-disciplinary treatment to drug consumers. Likewise, they also need to provide preventive interventions and educate professionals, regardless of the field, that promote physical, mental and emotional health in their community, creating awareness of the responsibility each person has with their own health.

It is necessary to direct research towards social and sanitary expressions of the problem of drug consumption from an applied research perspective in the field of biomedicine, health systems and translational medicine as well as addiction prevention and treatment, also to stimulate initiatives such as that of this journal that create awareness and share academic and scientific products on this topic from countries that need to understand and deal with the problem of supply and demand of drugs, such as Colombia and Mexico

References

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2015). World Drug Report. Vienna: United Nations.

UNAIDS. (2015). Conclusions of the round table on the impact of the global problem of drugs in the exercise of human rights. United Nations General Assembly. Recovered from: https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/Human_Rights_Council/Panel_Drugs_HRC_31_45_Spanish.pdf

World Health Organization (WHO). (2015a). Note No. 349 descriptive Alcohol. Recovered from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

World Health Organization (WHO). (2015b). Note No. 339 descriptive Snuff. Recovered from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

Pan American Health Organization (PAHO). (2007). Alcohol, Gender, Culture and Harms in the Americas: Final report of the multicenter study OPS. Washington, D.C.: OPS. Recovered from: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/02/Alcohol-genero-cultura-y-danos-en-las-americas.pdf>

The background of the entire page is a dense, repeating pattern of abstract molecular or network structures. These structures consist of small circles (nodes) in shades of yellow and grey, connected by thin, light-colored lines (edges). The overall effect is a complex, interconnected web of shapes that fills the entire space.

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
RESEARCH ARTICLES

Estrategias comunitarias de prevención en salud en la cárcel de Villahermosa

Community resources for health prevention strategies in Villahermosa Jail

Enviado: 1 de diciembre de 2015 / Aceptado: 5 de febrero de 2016

Omar Alejandro Bravo*

Forma de citar este artículo en APA:

Bravo, O. A. (2016). Estrategias comunitarias de prevención en salud en la cárcel de Villahermosa. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(2), 156-170.

Resumen

La situación de la salud en las cárceles de Colombia es muy grave, dadas las condiciones de hacinamiento de la población privada de libertad y la falta de servicios de atención y prevención adecuados. En particular, el consumo de drogas muestra una alta incidencia, situación que está favorecida por las formas de relación social que se producen en estos espacios.

Este artículo analiza los resultados de una intervención realizada en la cárcel de Villahermosa, Cali, dirigida a establecer estrategias de prevención entre los internos de esa Institución. Se partió de un diagnóstico previo, basado en la realización de entrevistas y grupos focales. A partir de esta información, se establecieron acciones preventivas en cada patio, de acuerdo con las características de cada sector.

Estas acciones resultan insuficientes en relación con la magnitud de los problemas de salud que se presentan, pero permiten disminuir los daños y riesgos que la institución carcelaria provoca. El recurso comunitario se presenta como una herramienta efectiva para estos objetivos.

Palabras clave:

Salud, Prisión, Estrategias comunitarias, Educación y Prevención.

* Posdoctor en psicología por la Universidad Estadual de Río de Janeiro. Profesor tiempo completo, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Icesi, Cali, Colombia. Grupo de investigación: Nexos. Correo: oabravo@icesi.edu.co.

Abstract

Health conditions in Colombian prisons are affecting prisoners alarmingly due to problems like overcrowding and lack of appropriate care and prevention services. This situation is favored by forms of social relationships that occur in these places, in particular, in issues of great impact over this population such as drug use.

This article analyses the results of an intervention carried out in the prison of Villahermosa, Cali. It sought to establish strategies of prevention among the inmates of said institution, starting from a previous diagnosis, based on interviews and focal groups. Based on this data, preventive actions were established in the different prison yards according to the characteristics of each sector.

These actions are still insufficient in relation to the magnitude of the problem but they help to decrease the damages and risks caused by the institution. Thus, appealing to the community of inmates directly has shown to be an effective tool for these purposes.

Keywords:

Health, jail, community, drugs education and prevention.

Introducción

La población carcelaria mundial ha aumentado exponencialmente en los últimos años, varios factores confluieron para esta situación: por un lado, la implementación de políticas neoliberales, que dejaron detrás de sí un alto número de desempleados y excluidos; por otro, el endurecimiento de las políticas penales, que en el caso particular de los crímenes vinculados a drogas (sea a nivel de consumo, producción y/o comercialización) llevó al encarcelamiento de un gran número de personas, en muchos casos merecedoras de condenas extensas.

La Washington Office on Latin America (WOLA, 2010) destaca que las personas que han sido encarceladas por delitos vinculados a drogas “proviene por lo general de los sectores más vulnerables de la sociedad, aquellos con poca educación formal, bajos ingresos, y limitadas oportunidades de empleo” (p. 98).

De esta forma, los sistemas carcelarios latinoamericanos se ampliaron, tanto en lo que a sus estructuras se refiere, como en lo relativo a la composición de la población penal. Los altos grados de hacinamiento son una consecuencia lógica de esta situación descrita, que la construcción de nuevos establecimientos penitenciarios no consigue solucionar, dado el alto número de ingresos al sistema.

En Colombia, esta realidad se repite, quizás potenciada por la presencia de un conflicto armado que se arrastra desde hace más de cincuenta años y la incidencia del narcotráfico, que involucra a amplios sectores de la población y ofrece bases económicas y culturales para la reproducción de prácticas violentas de resolución de conflictos.

Según datos del Instituto Nacional Penitenciario de Colombia (INPEC, 2012), a fines del 2011 la cantidad de sujetos privados de libertad era de 115.626. Solo en el año 2011, 23.160 personas ingresaron al sistema penitenciario; en el mismo período, 7.371 recuperaron su libertad, lo que indica una diferencia significativa, productora de la situación de hacinamiento (de alrededor del 41%) y deterioro de las condiciones de existencia de la población carcelaria.

Alrededor de la tercera parte de la población penitenciaria aguarda condena. Con respecto a la cuestión de género, las mujeres ocupan el 6% del total de personas privadas de libertad. El 17% de la población carcelaria masculina cumple pena o aguarda sentencia por delitos vinculados a drogas. Este porcentaje aumenta entre la población femenina, llegando al 44% del total (INPEC, 2015).

Esta realidad contradice las exigencias planteadas por numerosos organismos y tratados internacionales. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Organización de Naciones Unidas ONU, 1996) indica, en el artículo 10, que toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano. Se expresan en el mismo sentido el Pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales y la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, así como la Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura y las reglas mínimas dispuestas por la ONU (1985) para el tratamiento de los reclusos.

Por los motivos ya destacados, esto en la práctica no sucede. Por ello, el Grupo de Derecho e Interés Público destacó que el trato recibido por los internos de las cárceles colombianas “bajo las condiciones que se han probado, les genera un sufrimiento físico y mental intenso y severo, que resulta violatorio de la dignidad humana y de derechos como la vida, la salud y la integridad física y psicológica” (Universidad de los Andes. Grupo de Derecho e Interés Público y Carlos Costa Immigration and Human Rights Clinic, 2010, p. 91).

En relación a la salud en particular, la cárcel opera como un concentrador de enfermedades y riesgos. Como forma de dar respuesta a esta situación, la Ley 1122 de 2007 permitió afiliar al sistema de salud a la población colombiana reclusa, dentro del régimen subsidiado (Congreso de la Republica de Colombia, 2007). Esto se materializó a través del Contrato de Aseguramiento Número 1172 de junio de 2009 con la entidad CAPRECOM, única que cumplía con las exigencias establecidas en el Decreto 1141 (República de Colombia, 2009).

No obstante, la calidad y cobertura en salud en los establecimientos penitenciarios está muy lejos de cubrir las necesidades y demandas de esta población. La falta de políticas de prevención y el déficit en la atención, tanto a nivel básico como de mediana y alta complejidad, lleva a que exista un alto índice de enfermedades y riesgos entre los internos (El Tiempo, 2012).

De esta forma, el encarcelamiento reproduce y aumenta las condiciones de vulnerabilidad de los sectores sociales e individuos que lo sufren. Esta condición de vulnerabilidad tiene muchas facetas, abarcando aquí aspectos vinculados a clase social, etnia y género, principalmente. Breilh (2003) entiende esto como una triple inequidad, que se manifiesta en dimensiones sociales, culturales e institucionales. Esta vulnerabilidad se expresa también en la exposición frente a la acción penal de determinados sujetos y grupos. La cuestión de las drogas, tanto en lo que hace a su consumo como a su comercialización y producción, permite mostrar de forma adecuada esta situación.

En relación al consumo de drogas, en las cárceles colombianas existe un elevado uso de sustancias psicoactivas (UPIU, 2011). En los establecimientos carcelarios se accede con facilidad a varios tipos de drogas, tanto legales como ilegales. Su consumo opera como un paliativo a las condiciones de existencia que la cárcel plantea, siendo funcional en alguna medida a la tranquilidad y el orden que se pretende mantener en estos establecimientos.

Estas prácticas de consumo plantean varios riesgos, entre ellos, los problemas de salud derivados directamente de las mismas (como sobredosis o síndrome de abstinencia, por ejemplo) o indirectamente (como la posibilidad de contagio del virus del VIH a través del uso compartido de jeringas). Así mismo, los hechos de violencia generados por la comercialización o el consumo aumentan los factores de riesgo de los consumidores. La deficiente atención en salud en general y de políticas de prevención al uso de drogas en particular, empeora este cuadro descrito.

Contextualización

La prisión de Villahermosa, Cali, tiene una población cercana a los 6200 internos, considerando a condenados y procesados. Su construcción data del año 1958, y fue originalmente prevista para alojar a aproximadamente 900 reclusos. El predio en general está en una situación de notorio abandono y decadencia lo que, junto al hacinamiento, empeora las condiciones de existencia de la población allí recluida. Como forma de descomprimir esta situación, se inauguró en el año 2009 la cárcel de Jamundí, en un municipio vecino a Cali. No obstante, la cantidad de sujetos que ingresan al sistema penitenciario diariamente hizo que ambas instituciones se encuentren congestionadas (El País, 2013).

El penal posee once patios, donde se alojan poblaciones diferenciadas por el tipo de delito cometido, la edad y/o sus recursos económicos, lo que indica la presencia de prácticas discriminatorias al interior del establecimiento.

Existe también un sector dedicado a la educación, donde se imparten cursos de nivel primario y bachillerato. En lo relativo a la salud, se cuenta con un reducido sector para la atención elemental de los internos, administrado por CAPRECOM.

Este establecimiento posee también un anexo de salud mental donde se alojan alrededor de cuarenta internos que presentan problemas mentales permanentes o pasajeros, siendo sometidos a un régimen regular y prolongado de administración de drogas psiquiátricas. Los técnicos del área psicosocial son muy escasos, sobre todo si es considerada la enorme demanda que deben enfrentar.

A comienzos del año 2012 se presentó a las autoridades del establecimiento un proyecto de intervención e investigación¹, dirigido a la capacitación de internos para el desarrollo de actividades de prevención entre sus pares.

A partir de la convocatoria realizada en los distintos patios, se presentaron a la primera reunión cuarenta y ocho sujetos, representando a nueve de los patios de la institución. Con ellos se hizo una presentación del proyecto y la definición del cronograma y metas a cumplir. Cabe destacar que este número fue ampliándose, ya que otros internos se fueron sumando a este espacio, producto de la difusión de las actividades y de la llegada de nuevos presos al establecimiento. Otros abandonaron las actividades, por traslados a otras cárceles o desinterés en la propuesta.

En este espacio se conformó la propuesta específica de investigación dirigida a indagar sobre las condiciones de vulnerabilidad de esta población carcelaria frente al consumo de drogas y sus consecuencias, y a establecer formas de prevención adecuadas, a ser definidas y ejecutadas por los propios sujetos.

El análisis institucional (Guilhon de Albuquerque, 1980; Lapassade, 1977; Lourau, 1975) constituyó una de las herramientas teórico-metodológicas que guió la investigación, que ofreció insumos para la posterior intervención. Este análisis permite detectar las formas de funcionamiento de instituciones y organizaciones y su relación con los modos de construcción de determinados lazos sociales que cada grupo y sujeto producen a partir de ese contexto institucional.

Aspectos metodológicos

Las instituciones se interpenetran y se articulan entre sí para cumplir una función de reproducción de determinadas prácticas y discursos. Al naturalizarse, estas formas de funcionamiento son entendidas como normales, propias de esos contextos. Estos mecanismos representan la dimensión de lo instituido, teniendo un carácter

¹ Este proyecto, financiado por la Universidad Icesi, se tituló Prevención al uso abusivo de drogas y el VIH entre internos de la cárcel de Villahermosa.

conservador que obstaculiza la aparición de cambios. La modificación de esa forma de funcionamiento, la aparición de maneras de relación y prácticas diferenciadas a las anteriores, tiene que ver con una dimensión instituyente, de carácter más dinámico y transformador.

El análisis institucional tiene como propósito vehicular procesos de transformación que incluyen necesariamente a la población a la cual se dirigen en lo relativo a la organización y ejecución de las actividades. Por este motivo, y considerando las demandas que surgían en el proceso de vínculo con la población carcelaria, esta investigación tomó el carácter de investigación-acción, incorporando así un propósito de alterar, subvertir esa dimensión de lo instituido a través de acciones elaboradas y llevadas adelante por los propios internos.

Según Thiollent (2000), la investigación-acción es un tipo de investigación social con base empírica que es concebida y realizada “en estrecha asociación con una acción o la resolución de un problema colectivo y en la cual los investigadores y los participantes representativos de la situación o del problema están involucrados de modo cooperativo o participativo” (p. 14). Esto supone un desplazamiento en las relaciones de saber y poder que se establecen en las investigaciones tradicionales y un compromiso con la transformación de la realidad en análisis.

La psicología comunitaria, según Montero (2004), se enmarca en estos presupuestos, al otorgar a los grupos y comunidades un papel protagónico en la elaboración e implementación de acciones de prevención y resolución de los problemas que padecen, entre ellos, los relativos a la salud y la salud mental.

Por este motivo, una intervención enmarcada en el campo de la investigación-acción debe partir de un diagnóstico apropiado de la realidad sobre la que se propone intervenir, para poder después definir, junto a los interesados, propuestas y mecanismos de transformación que permitan formas de relación grupal de carácter solidario.

Análisis y discusión de la experiencia institucional

Fueron entrevistados 112 internos, pertenecientes a nueve patios de la institución y del sector educativo, que se prestaron de forma voluntaria a estas entrevistas, firmando previamente un consentimiento informado donde se explicaban los objetivos de esas entrevistas y se garantizaba el sigilo necesario en torno a su identidad. Entre estos internos, fueron seleccionados los 62 sujetos que participaron posteriormente de los grupos focales previamente dispuestos.

Se realizaron 112 entrevistas semi-estructuradas entre la población mencionada. A partir de la información surgida de las entrevistas y encuestas, se desarrollaron 11 grupos focales. A esta información, se suma la obtenida en las observaciones generales realizadas en las visitas al establecimiento, con frecuencia semanal por un período de nueve meses.

Las entrevistas y grupos focales se realizaron en un sector del establecimiento que permitió garantizar la discreción e intimidad necesarias.

Posteriormente, en la perspectiva de la investigación – acción mencionada, se elaboraron e implementaron estrategias de prevención decididas de manera colectiva a partir de la información surgida de las entrevistas y grupos focales.

En el análisis de los resultados de las 112 entrevistas, surgen algunos indicadores de interés que permiten tener una visión general de la vulnerabilidad en salud y en relación con el consumo de drogas entre los presos de la cárcel de Villahermosa.

Con respecto al perfil general de la población, el 45% de los entrevistados presenta edades inferiores a los 30 años; el 38% entre 30 y 50 años y el 17% más de 50 años. Apenas el 8% de los entrevistados supera los 50 años. El 67% de los sujetos era originario de Cali; el 33% restante de otras regiones del Departamento o del País.

Considerando el nivel educativo, el 33% tenía estudios primarios, completos o incompletos; el 29% cursó estudios secundarios y el 38% estudios terciarios o universitarios. Los propios entrevistados manifestaron que este porcentaje no refleja las reales proporciones existentes en la cárcel, pero que en convocatorias como las realizadas en este proyecto suelen interesarse más los sujetos con un mayor nivel de instrucción. Por cuanto se refiere a los antecedentes laborales, el 48% trabajaba en empleos informales en el momento de su detención; el 52% restante en empleos formales, con predominio del cuentapropismo.

Todos los entrevistados mantienen contacto con sus familias; entre ellos, el 86% recibe visitas regulares. En lo que hace a las relaciones cotidianas con sus compañeros de detención, la totalidad de los sujetos manifestó tener relaciones buenas o aceptables, donde raramente se producen escenas de violencia o tensión.

Considerando la cuestión del consumo de drogas, el uso de marihuana en los patios fue indicado por el 98% de los entrevistados; el de cocaína fue mencionado por el 71%, el consumo de alcohol casero (denominado “chámber” y elaborado en general por la mezcla de frutas fermentadas y alcohol) fue referido por el 64%. También se mencionó el consumo de medicación psiquiátrica, en el 38% de los casos, de basuco en el 19% y

de heroína por el 12% de los sujetos. El tabaco fue mencionado apenas por el 7% de los entrevistados, probablemente por no suponer que este producto es una droga, término en general asimilado solo a las drogas consideradas ilegales.

Consultados por las formas de consumo que se registran en los patios, el 93% destacó la vía fumada, el consumo por inhalación fue mencionado por el 71% y la vía inyectada por el 12%. En lo que se refiere a las prácticas de consumo, las formas grupales e individuales fueron mencionadas casi en la misma proporción (62 y 64%, respectivamente). A este respecto, el 24% de los entrevistados prefirió no manifestarse.

En lo relativo a las consecuencias negativas derivadas del consumo de drogas, el 50% indicó problemas de salud, el 74% situaciones de violencia derivadas del uso o comercialización de sustancias, el 21% apuntó a los problemas disciplinarios con la institución, 5% de los entrevistados incluyó problemas económicos, derivados de las deudas provocadas por la compra de drogas.

Los usuarios de drogas no tienen acceso a salud por problemas vinculados al consumo en el 76% de los casos; el 24% de los entrevistados, en cambio, consideró que la atención era satisfactoria.

La institución ha realizado campañas de prevención al uso abusivo de drogas, según el 57% de los entrevistados, pero que deberían ser más frecuentes para poder surtir algún efecto, en la opinión del 95% de los sujetos.

Por último, al ser consultados sobre otros tipos de problemas de salud y las respuestas institucionales frente a los mismos, las enfermedades virales (81% de los casos) y las de piel (21%) fueron los malestares y síntomas más mencionados. La tuberculosis fue incluida por el 9,5% de los sujetos.

La atención en salud, tanto en prevención como en atención, se consideró mala por el 45% de las opiniones, o regular por otro 45%; apenas el 10% mencionó que la oferta sanitaria le parecía apropiada.

La totalidad de los entrevistados estuvo de acuerdo en implementar más acciones de prevención en salud, sea a la manera de charlas (88%), afiches (33%), talleres (57%), u otras formas de interacción, como el teatro o la música (47%).

En los grupos focales realizados fue posible, en general, constatar las informaciones surgidas de las entrevistas. Allí se evidenciaron diferencias en torno a la existencia de uso de drogas por vía inyectable: algunos patios refirieron su existencia y visibilidad, otros la negaron categóricamente. Nuevamente se insistió aquí sobre

la precariedad de los servicios de salud, mencionándose inclusive formas organizadas por los propios internos para resolver las crisis de abstinencia en usuarios de drogas, principalmente en las personas recién ingresadas al sistema.

Se mencionó también la dificultad de lidiar con la vida en la cárcel, lo sofocante de las rutinas abusivas que la institución dispone y el excesivo tiempo libre, que llevan al consumo de drogas como forma de paliativo. Otro momento de crisis en relación con el consumo se produce, según los participantes, en los días domingo, una vez que las visitas familiares abandonan la institución, siendo el uso de drogas la forma de evadir la angustia que esto provoca. Esta situación no es igual en todos los patios: en el sector de la tercera edad, el consumo de drogas es bajo, limitado en general al consumo de medicamentos psiquiátricos.

Sobre las acciones de prevención a implementar, los participantes de los grupos focales indicaron la necesidad de que las mismas fuesen de carácter interactivo, sin limitarse a la mera transmisión vertical de información.

Párrafo aparte merece la situación de los internos del ala psiquiátrica de la institución carcelaria. Aquí la droga de abuso es la medicación psiquiátrica, recetada por un psiquiatra en visitas esporádicas, y administrada de forma burocrática por la enfermera del sector. Esto lleva a que los internos de este sector presenten un aspecto manicomial, con severas dificultades de locomoción y expresión y síntomas de impregnación medicamentosa. El interno representante del sector solicitó un vademécum para conocer los efectos adversos de los medicamentos psiquiátricos, lo que fue negado por la enfermera bajo el argumento de que si supiesen esos efectos se negarían a tomar la medicación.

Este mismo tipo de prácticas, donde el saber y la opinión del paciente privado de libertad es considerado una fuente potencial de malestar y rebeldía, fue identificado en una investigación realizada con personas consideradas inimputables y recluidas en un manicomio judicial de la ciudad de Brasilia, Brasil (Bravo, 2010).

En función de organizar formas de prevención vinculadas a estos riesgos y daños mencionados, los internos destacaron la necesidad de apelar a formas de comunicación posibles de ser entendidas y aceptadas por sus pares, evitando la modalidad de charlas extensas de información sobre prevención o el uso de folletos, por ejemplo. En el mismo sentido, Morales Calatayud (1999) advierte sobre la necesidad de que las acciones preventivas en salud se organicen respetando la idiosincrasia y formas de comunicación del público al que se dirigen.

En los grupos de trabajo que se conformaron para organizar estrategias de prevención fueron surgiendo diversas propuestas, ajustadas a los recursos disponibles y la diversidad de la población de cada patio. Establecer esta dinámica de trabajo, que supone reconocer en los sujetos a los que la intervención se dirige sabe-

res y capacidades propios y legítimos a este respecto, no fue una tarea fácil, dada la representación de saber existente alrededor de la universidad y la infantilización a la que son sometidos los presos en particular y las poblaciones institucionalizadas en general (Goffman, 1961).

Esto llevó a que el trabajo enfrentase momentos de una cierta tensión, en donde se demandaban soluciones a los interventores o su legitimación final de los trabajos que cada grupo venía realizando. En este tipo de demandas se expresan relaciones de saber y poder que, como ya fue dicho, resultan difíciles de modificar, dada la potencia y tradición histórica en las que se asientan y las representaciones sociales que constituyen (Inchaurreaga, 2003).

Finalmente, y después de un arduo trabajo grupal que permitió superar ese obstáculo mencionado, se pudieron diseñar estrategias de prevención surgidas de las propias realidades de cada sector y grupo. Por esto, como propuesta de intervención, cada patio decidió definir estrategias preventivas adecuadas a sus características. En algunos, la modalidad elegida fue la presentación de materiales gráficos, en donde se hacía un equilibrio adecuado entre la cantidad de información vehiculizada y las imágenes que le daban respaldo a la misma; otros prefirieron elaborar canciones con letras alusivas a los riesgos y daños asociados al consumo de drogas, en varias modalidades (salsa y rap, principalmente). En uno de los patios se diseñó una obra de teatro que mostraba la fragilidad y la angustia del interno en su ingreso a la prisión, teniendo una canción de salsa elaborada por los propios presos como fondo.

Estos trabajos enfrentaron dificultades y resistencias, que iban desde el desinterés de un sector de los internos en cada patio hasta la acción de algunos agentes penitenciarios, que destruían los materiales de trabajo en las requisas. A pesar de estos obstáculos, estas estrategias de prevención pudieron ser reproducidas en cada patio del establecimiento, teniendo buena acogida en general.

Conclusiones

La serie de preconceptos, imaginarios y representaciones sociales que dificultan la posibilidad de desarrollar estrategias preventivas en torno a las problemáticas mencionadas, se articulan a prácticas institucionales represivas y burocráticas, en el marco de un sistema de relaciones caracterizado por la tensión y la agresión. Esto conforma una compleja dimensión de lo instituido, donde determinadas prácticas y discursos permiten repro-

ducir condiciones de existencia y formas de lazo social perjudiciales y agresivas para ciertos sujetos y grupos. Entre los propios internos, existen diferentes niveles de vulnerabilidad, relacionados con su edad, condición económica, el patio donde se encuentre recluso y sus propias características subjetivas.

En este contexto, la posibilidad de poner en funcionamiento una dimensión instituyente que permita que se generen prácticas de autocuidado entre esta población, se enfrenta a numerosas dificultades, tanto en lo que hace a su implementación inicial como a su consolidación.

Las políticas preventivas conocidas como reducción de daños para usuarios de drogas representan una estrategia adecuada a este contexto, dado que no parte de la mera suposición y exigencia de abstinencia en el consumo como presupuesto de mejor salud, considerando condiciones y metas realistas. En este sentido, se trabajó en los grupos la posibilidad de que, entre aquellos sujetos que no podían o no deseaban parar de consumir, se pudiesen establecer acciones preventivas que permitiesen disminuir los daños y riesgos asociados a ese consumo, como el no compartir jeringas en el caso de los usuarios de drogas inyectables, o la sustitución de drogas más agresivas por otras de menor potencial. Este tipo de abordaje resulta pertinente también por la presencia del uso de heroína por vía inyectable mencionado en varias ocasiones, lo que sugiere un riesgo posible en relación con la infección por el virus del VIH y la hepatitis C, principalmente.

Las condiciones carcelarias y las carencias de la atención en salud obligan a encontrar en los recursos comunitarios disponibles en los propios patios la forma de disminuir los riesgos y daños para la salud de los internos. Estos vínculos comunitarios no se producen por la mera convivencia forzada de las personas ni por su sujeción a formas de relación y rutinas comunes. Por el contrario, como bien lo indica Baumann (2003), las condiciones de existencia que instituciones como la carcelaria presentan dificultan este tipo de vínculos, por lo que los lazos sociales de carácter comunitario deben establecerse en estos contextos a partir de un trabajo paciente y delicado de articulación colectiva en torno a propósitos e intereses comunes.

Por este motivo, Carballeda (2005) considera que la intervención en espacios microsociales debe:

No sólo apuntar a reparar lo que las crisis sociales e individuales fragmentan, sino también lo que las mismas constituyen, en términos de condiciones de sociabilidad, identidades e imaginarios. En este sentido, la apropiación por parte de grupos y sujetos de determinados rótulos asociados a procesos sociales de estigmatización (más claro en el caso de los usuarios de drogas) constituyen un obstáculo para formas reparadoras de intervención que debe ser considerado (p. 121).

Esta dimensión comunitaria es la que permite la continuidad y el impacto de este tipo de intervenciones, ya que el primer momento de discusión de objetivos y estrategias, organizado e impulsado desde fuera de la institución, como fue este caso, debe operar apenas como catalizador que permita la autonomía posterior de los grupos y sujetos involucrados.

Este tipo de intervenciones no intenta aportar al repetido objetivo de encontrar modelos carcelarios que funcionen adecuadamente en relación con sus propósitos declarados de resocialización y reinserción social de los infractores a la ley. Los establecimientos carcelarios, así como los manicomiales, por el tipo de prácticas, rutinas y formas de relación que promueven, son patologizantes y perjudiciales para la población a la cual se dirigen. Siendo así, se deben pensar formas de intervención que permitan mitigar esos efectos, al mismo tiempo que contribuyan a hacer visibles y colocar en discusión al propio modelo institucional que los genera.

Desmontar estas estructuras no es tarea sencilla, máxime si se considera la idea de que no existen opciones claras de reemplazo a estas instituciones. Pueden destacarse en este sentido los modelos de penas alternativas, originadas en Europa en los años setenta, que incluyen desde trabajo en instituciones hasta prisión domiciliaria, multas y otro tipo de penalidades que no incluyen penas de prisión. El límite en estos casos lo representa el alcance de estas medidas, ya que solo se aplican a crímenes de menor envergadura (en Brasil, por ejemplo, solo pueden cumplir penas alternativas los sujetos condenados por delitos que merezcan hasta tres años de pena). En este tipo de penas, el índice de reincidencia es mucho menor que el que se registra entre sujetos encarcelados. Por otra parte, el cumplimiento de la pena promueve, en el caso de los servicios laborales en instituciones, formas de socialización particulares y la capacitación del sujeto en la tarea que le fue asignada. La ampliación de la aplicación de este tipo de medidas contribuiría, en lo inmediato, a descomprimir los abarrotados sistemas penales y permitiría implicar a la sociedad en estos procesos institucionales.

Al mismo tiempo, las dificultades asociadas al cumplimiento de estas penas revelan aspectos de vulnerabilidad de los sujetos involucrados, que enfatizan la necesidad de entender este fenómeno a la luz de una lectura más amplia (Bravo y Castrillón, 2010).

De esta manera, las condiciones de inequidad y vulnerabilidad destacadas en relación con el contexto carcelario reflejan, de forma aumentada, la desigualdad e injusticia que sufren amplios sectores sociales, dimensión abarcadora que obliga a pensar el problema y sus posibles soluciones en una perspectiva más amplia.

Referencias

- Bauman, Z. (2003). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Madrid: Siglo XXI.
- Bravo, O. (2010). La construcción institucional del loco peligroso. *Universitas Psychologica*, 9(1), 263-275.
- Bravo, O. A., y Castrillón, M. d. C. (2010). Vulnerabilidad en sujetos en situación de prisión domiciliaria en el distrito federal, Brasil. *Psicología desde el Caribe*, (25), 108-127. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106006>
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Carballeda, A. (2005). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1122 del 2007. *Por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- El País. (noviembre de 2013). Situación de hacinamiento en la cárcel de Villahermosa parece no tener fin. Recuperado de <http://www.elpais.com.co/elpais/judicial/noticias/situacion-hacinamiento-carcel-villahermosa-parece-tener-fin>
- El Tiempo. (septiembre de 2012). Al hacinamiento se sumó la crisis de salud en 110 cárceles del país. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12191842>
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Ed. Perspectiva.
- Guilhon de Albuquerque, J. (1980). *Instituição e poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Inchaurraga, S. (Comp.). (2003). *Las drogas: entre el fracaso y los daños de la prohibición*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Instituto Nacional Penitenciario de Colombia, INPEC. (2012). *Rendición de cuentas 2011*. Bogotá: Oficina Asesora de Planeación. Recuperado de: <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/InformesDeGestion/RendicionDeCuentas/RendicionCuentas2011/Rendiciondectas5sep2011.pdf>

- Instituto Nacional Penitenciario de Colombia, INPEC. (2015). *Rendición de cuentas 2015*. Bogotá: Oficina Asesora de Planeación. Recuperado de: [http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/InformesDeGestion/INFORME%20DE%20GESTI%D3N%20\(PUBLICAR\).pdf](http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/InformesDeGestion/INFORME%20DE%20GESTI%D3N%20(PUBLICAR).pdf)
- Lapassade, G. (1977). *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro: Sindicato Nacional de Editores de Livros.
- Lourau, R. (1975). *A análise institucional*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Morales Calatayud, F. (1999) *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización de Naciones Unidas (ONU). (1985). *Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura*. Recuperado de <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-51.html>
- Organización de Naciones Unidas. (1996). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI). Washington: Oficina del Alto comisionado.
- República de Colombia. (2009). *Decreto 1141 de 2009. Por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Universidad de los Andes. Grupo de derecho e interés público y Carlos Costa Immigration and Human Rights Clinic. (2010). *Situación carcelaria en Colombia*. Informe presentado al CIDH de las Naciones Unidas. Recuperado de: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/COL/INT_CCPR_NGO_COL_99_8442_S.pdf
- UPIU. (2011). *Vivir en el infierno: las cárceles en Colombia*. Recuperado de: <http://espanol.upiu.com/view/post/1305909987803/>
- Thiollent, M. (2000). *Metodología da pesquisa-acao*. Sao Paulo: Cortez.
- WOLA, Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos. (2010). *Sistemas sobrecargados: leyes de drogas y cárceles en América Latina*. Recuperado de: <http://www.bancodeinjusticias.org.br/wp-content/uploads/2011/11/TNI-e-WOLA-Sistemas-Sobrecargados-Leyes-de-Drogas-y-C%C3%A1rceles-en-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>

Estudio sobre consumo de drogas y acoso escolar entre cursantes de la enseñanza primaria en Costa Rica

Study on drug use and bullying among primary students in Costa Rica

Enviado: 29 de enero de 2016 / Aceptado: 1 de abril de 2016

Sandra Fonseca Chaves^{*}
María Auxiliadora Ortega Bonilla^{**}
Freddy Cubillo Otárola^{***}
Julio Bejarano Orozco^{****}

Forma de citar este artículo en APA:

Fonseca Chaves, S., Ortega Bonilla, M. A., Cubillo Otárola, F. y Bejarano Orozco, J. (2016). Estudio sobre consumo de drogas y acoso escolar entre cursantes de la enseñanza primaria en Costa Rica. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(2), 171-190.

Resumen

En este estudio se analiza la problemática del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como aspectos relacionados con el uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC), intimidación o *bullying* en población escolarizada del segundo ciclo de educación primaria (4^o, 5^o y 6^o grado) de cuatro escuelas urbanas y cuatro de atención prioritaria de las provincias de Alajuela, Cartago, Heredia y San José. Para tal propósito, se realizó una encuesta entre los meses de junio a noviembre del 2013, en una muestra de 537 estudiantes. Los resultados evidencian un inicio temprano en el consumo de alcohol, así como una utilización importante de las TIC y la existencia de situaciones conocidas como *cyberbullying*, y problemas relacionados con el *bullying*, lo que evidencia la necesidad de continuar realizando esfuerzos en el nivel interinstitucional en favor de prevenir determinadas conductas de riesgo presentes en la infancia.

Palabras clave

Alcohol, Bullying, Estudiantes de Primaria, Tabaco, Tecnologías de Información y Comunicación (TIC).

^{*} Psicóloga. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, Costa Rica. Correo electrónico: sfonseca@iafa.go.cr

^{**} Psicóloga. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, Costa Rica. Correo electrónico: mortega@iafa.go.cr

^{***} Psicólogo. Ministerio de Educación Pública. San José, Costa Rica. Correo electrónico: fcub1@hotmail.com

^{****} Psicólogo. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Red Latinoamericana de Investigadores en Drogas (REDLA). San José, Costa Rica. Correo electrónico: julio.bejarano@gmail.com

Abstract

In this study the authors analyzed the situation of alcohol and other drug use in 4th, 5th and 6th grade students, as well as issues related to the use of Information and Communication Technologies (ICT), intimidation and bullying in school population from four urban schools and four priority attention schools in the provinces of Alajuela, Cartago, Heredia and San José. The survey was carried out between June and November 2013 in a sample of 537 students. The outcomes show an early onset of alcohol consumption, a significant use of ICT and the existence of situations known as cyber bullying and related problems such as bullying, which demonstrates the need for continuing efforts in the inter-agency level in order to preventing certain risk behaviors present in childhood.

Keywords

Alcohol, Bulling, Primary Students, Tobacco, Information and Communication Technologies. (ICT).

Introducción

El consumo de drogas, la violencia y el uso de tecnologías (TIC) en niños y adolescentes, se han extendido notablemente en los últimos años a nivel mundial, provocando cambios constantes en la sociedad.

De acuerdo con el Informe Mundial sobre Violencia y Salud (OMS, 2003), las lesiones entre los niños y adolescentes son una de las mayores causas de muerte e invalidez. En el año 2000, por ejemplo, se produjeron en el mundo unos 199.000 homicidios de jóvenes, es decir, un promedio diario de 565 niños, adolescentes y adultos jóvenes de 10 a 29 años de edad, que murieron cada día como resultado de la violencia interpersonal. Más recientemente (OMS, 2014), y en particular para adolescentes de las Américas con edades entre 10 y 19 años, se ha establecido una tasa de mortalidad de 77.5 x 100 mil en 2012 (en comparación con el valor de 81.9 x 100 mil del año 2000), donde las tres primeras causas fueron la violencia interpersonal, las heridas por accidentes viales y los suicidios. Acerca del acoso escolar en el ámbito mundial, se acepta que alrededor de un 15% de los estudiantes se ven involucrados, sea como víctimas o como perpetradores regulares del mismo (Rigby, 2007; Olweus, 2005). El acoso se presenta más en hombres que en mujeres y factores tales como el tamaño del centro educativo, la etnia y distribución por zona (urbana/rural/marginal) de la escuela no parecen ser factores predictivos de su ocurrencia. El *cyberbullying* o ciberacoso parece tener una incidencia más elevada al ser referido hasta por 45% del alumnado, de acuerdo con diversos estudios realizados (Ortega, Calmaestra & Mora, 2008; Shoenholz, Weitzenkamp, Nixon, 2009).

Por otra parte las TIC, según Fernández (2009), son entendidas como un conjunto de técnicas, desarrollos y dispositivos avanzados derivados de las nuevas herramientas, soportes de la información y canales de comunicación que integran funcionalidades de almacenamiento, procesamiento y transmisión digitalizados de la información. Si bien la utilización de las TIC bajo esquemas y propuestas basadas en evidencia presenta un potencial de alto interés dentro del ámbito de la educación (Sunkel, 2012), su uso inapropiado encierra riesgos que hoy suelen ser impredecibles. Por una parte, Fernández (2009) describe las ventajas que se asocian con la motivación, la cooperación y la creatividad, así como comunicación, autonomía y continua actividad intelectual. Por otra, también es clara la existencia de menores que se exponen a situaciones de peligro al utilizar la Internet: un 40% y más, según el estudio de García de Diego (2012).

Los niños asumen con total normalidad la presencia de las tecnologías en la sociedad actual; conviven con ellas y las adoptan sin dificultad en su vida cotidiana.

Uno de los retos más importantes de los profesionales de la educación y la salud, es profundizar en el estudio de la relación que los estudiantes establecen con las TIC. En América Latina se han realizado pocas investigaciones que permitan determinar la naturaleza y características de la interacción de los niños con las TIC, sus hábitos, métodos y frecuencia, así como sus percepciones en torno a los riesgos inherentes y la manera de enfrentarlos.

Por ello, esta investigación, trasciende la temática de las drogas y su propósito fue mejorar la base de conocimiento sobre algunas características de las personas jóvenes escolarizadas en relación con aspectos de vida cotidiana, sus opiniones, percepciones, patrones de consumo, así como su vinculación con la violencia y las tecnologías de información; con el objetivo de constituirse en un insumo para la toma de decisiones en materia de las diferentes intervenciones que operan en el país.

En este estudio, la temática del *bullying* o acoso escolar asociado a la demanda de sustancias se explora en el ámbito de la enseñanza primaria costarricense y busca aproximarse a un fenómeno social complejo que se caracteriza por la confluencia de tres actores: el victimario, al cual suele conocerse también como agresor o acosador, la víctima y el espectador, que es aquel que presencia el acto (Arellano, 2008). A ese tercer agente involucrado, el espectador, Gálvez-Sobral (2011) se caracteriza como una víctima indirecta, en tanto puede sufrir ansiedad por el temor de poder ser él/ella la víctima directa del acoso o agresión. Estos elementos, no obstante, son el resultado de condiciones sociales particulares que no pueden ignorarse y que deben tenerse en consideración para lograr un acercamiento eficiente para poder generar las transformaciones que sean necesarias.

Los actos de violencia y acoso suceden regularmente en las instituciones educativas y, en ocasiones, sus autoridades no saben cómo actuar, sea porque no cuentan con las herramientas necesarias para su intervención o porque minimizan los hechos, lo cual agudiza la situación y da cabida a que el ciclo continúe. La naturaleza y extensión del fenómeno exige que las intervenciones no solo se dirijan hacia quien lo sufre, sino también hacia quien lo ocasiona.

De acuerdo con Arellano (2008), se concibe el acoso escolar como una de las agresiones realizadas por sujetos en edad escolar, sin una motivación aparente y que persigue dominar a la víctima mediante el ejercicio de un poder que intenta controlar al más débil, desarrollando prácticas de hostigamiento, intimidación y violencia física, verbal o psicológica, que producen daños a la integridad corporal o menoscabo de la autoestima y autonomía, afectándose así las relaciones interpersonales con sus pares. Olweus (2001, como se citó en Gálvez-Sobral, 2011), afirma que las situaciones de acoso escolar suceden de manera repetida y con la característica de que a la víctima le es difícil defenderse solo.

Metodología

Este estudio se realizó en ocho escuelas del Gran Área Metropolitana, cuatro correspondientes a Escuelas Urbanas y cuatro de Atención Prioritaria. La selección de las escuelas se hizo de manera intencional para facilitar la recolección de los datos.

La población la constituyeron estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado de primaria; de ellos, el 54.4% pertenecen a escuelas urbanas, mientras que el 45.3% a escuelas de atención prioritaria cuya población está compuesta por niños de condición socioeconómica baja o media baja. La recolección de los datos se realizó entre los meses de junio a noviembre del 2013. Cabe indicar que durante el desarrollo del trabajo de campo, se registró el caso de un estudiante de 5º grado de una escuela de atención prioritaria que mencionó haber consumido crack. Evaluada la situación, se generó duda con respecto a la confiabilidad de la información otorgada por dicho estudiante, razón por la cual se decidió excluirlo de los casos positivos y manejarlo por separado.

El objetivo del estudio fue recolectar y analizar datos sobre intimidación, abuso entre pares, acoso escolar o *bullying*, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en población escolarizada de segundo ciclo, para un mejor entendimiento y comprensión del fenómeno del acoso y su relación con el consumo de sustancias y las tecnologías de información y comunicación (TIC), en pro del desarrollo de medidas de prevención y constituirse además, en un insumo para la toma de decisiones. Con ese fin, se aplicó un cuestionario guiado de 48 preguntas, que permitió una aplicación ítem por ítem; es decir, un investigador formuló en voz alta las preguntas para que los estudiantes respondieran sin quedarse rezagados y asegurando una comprensión razonable del sentido de las preguntas.

Resultados

En esta investigación se contó con la participación de 537 estudiantes, de los cuales 51% eran hombres y 49% mujeres, el 70.7% tenía once años o menos, el 25.3% entre 12 y 13 años y el 4% entre 14 y 16 años ($=10.91$; D.E.=1.283).

Entre los aspectos evaluados se encuentra el grado de motivación por el estudio, la calidad de la relación con los profesores, el comportamiento/disciplina y los años de repitencia.

En ese sentido, cabe resaltar que la proporción de estudiantes que manifestaron presentar una favorable o muy favorable relación con los docentes fue de 86%; el resto la citó como regular o mala. Dos terceras partes indicó asistir muy contento a la escuela; y entre quienes mencionaron esa condición, un 4.8% manifestó haber sido, al menos una vez, víctima de agresión física en los últimos doce meses.

De acuerdo con las edades de los entrevistados, hay consistencia en relación con los años de repitencia, en tanto mayor la edad, mayor grado de repitencia, tomando en cuenta que en condiciones normales un niño o niña al llegar a sexto grado tiene entre 11 y 12 años. El promedio de edad de los estudiantes que indicaron haber repetido dos veces es de 13.17 años, mientras que en quienes lo hicieron tres o más veces, éste fue de 14.75 años.

Ver la televisión, así como escuchar música y hacer deporte, constituyen las actividades más frecuentes durante el tiempo libre, al agrupar a más de la mitad de la muestra estudiada en cada una de ellas. Esto guarda relación con los hallazgos que se han efectuado en estudios con jóvenes de la educación secundaria (Fonseca et al., 2013), en los cuales ver televisión y escuchar música, son actividades dominantes en el tiempo libre.

Del total de estudiantes de la muestra, 51.5% vive con ambos padres, 39% solamente con la madre, 4.0% solo con el padre y 5.5% con otros familiares. Las actividades laborales que estos desempeñan están relacionadas con el comercio y la oferta de servicios (57.5%), mientras que un 48% de las madres concentran su rol en el hogar, como amas de casa; seguido por labores en empresas de sector terciario (44.1%). En cuanto al estado civil de los padres, el 48.4% los identifica como casados, en tanto un 42.1% señaló que se encontraban en libre convivencia.

Una proporción significativa del alumnado (70%) mencionó la tenencia de al menos una computadora en la casa y de este total, dos terceras partes contaban con acceso a Internet. Esto contrasta con la realidad a inicios del decenio cuando solo el 29% de los hogares urbanos contaban con una computadora y únicamente 13% tenía acceso a la Internet (Monge y Hewitt, 2004).

Por otra parte, la tenencia de televisión por cable o digital fue referida por un 72% de la muestra, en tanto la de videojuegos por un 60.7%. Estos datos confirman los hallazgos de estudios locales y en otros países (Cuevas y Álvarez, 2009; United Nations E-Government Survey, 2012) que han determinado un mayor acceso a la Internet, así como una mayor tenencia de dispositivos tecnológicos, desde computadores personales hasta videojuegos.

En esta investigación también se inquirió acerca de los tipos de consola para video juegos más utilizadas. Más de una tercera parte mencionó los aparatos del tipo Nintendo DS y Nintendo Wii (37.7% y 33.2%); mientras que más de la mitad indicó Playstation 2 (55.7%).

Con respecto a la utilización del teléfono celular, un 87.7% dijo contar con uno, no existiendo diferencias por sexo; y de estos, un 65% tienen servicio de Internet. En la mayoría se trata de servicios prepago (84.2%). Los sitios más frecuentados mediante el celular son Facebook (44.6%), YouTube y Google (24.3%) y Twitter u otros sitios de chat (14%).

La obtención del celular se efectúa por conducto de los padres o de algún otro familiar, fundamentalmente, y las razones principales con las que se explican esta donación son: la necesidad de estar en contacto con la casa (6.7%), como previsión ante una emergencia (19.5%), o por una combinación de estas dos razones (58.7%) u otras circunstancias (15.1%).

Del total de miembros en los hogares que cuentan con telefonía celular, solo el 16.5% tienen acceso a Internet vía este dispositivo, mientras que de los hogares con computadora, el 65.4% cuenta con ella. El interés por contar con ese acceso proviene de la necesidad de mantenerse al día con la tecnología, obtener información y buscar mejores opciones laborales.

Las conductas violentas y el acoso, más que elementos aislados, forman parte de un entramado que puede estar influenciado incluso por ciertas situaciones en el ámbito familiar, como la violencia intrafamiliar, el consumo de drogas, un mal manejo de límites y, fuera del entorno familiar, aspectos como una supervisión deficiente en el ámbito escolar, así como reglas poco claras y un entorno comunitario conflictivo, que puede convertirse en marco para el desarrollo de la violencia. Es por ello que para poder ahondar en el tema, es importante contemplar varios factores de influencia: familiares, ambientales, educativos y personales.

En este trabajo, las situaciones de intimidación que pudieron experimentar los y las estudiantes en los últimos 30 días fueron referidas por un 20.6% de los niños, sin diferencias estadísticas según el sexo (18.9% de los hombres; 22.3% de las mujeres). Estos datos concuerdan con lo que el Ministerio de Educación Pública ha detectado en el ámbito nacional para estudiantes de I y II Ciclo. Encontraron que más de un 20% de esta población ha sido objeto de actos violentos en cada uno de los niveles analizados, además de que no hay diferencias importantes según el nivel educativo (Ministerio de Educación, 2012a). De la misma manera, en un estudio realizado con alumnos de sexto grado de Guatemala, se evidenció que aproximadamente un 18% de los estudiantes manifestaron ser víctimas de acoso escolar (Gálvez-Sobral, 2011).

En el ámbito latinoamericano, se desarrolló un estudio en 16 países del área con estudiantes de sexto grado (Román y Murillo, 2011), cuyo eje central giró en torno a determinar la relación entre violencia escolar y desempeño académico de los estudiantes de primaria, así como estimar y analizar la magnitud de la violencia entre pares en las escuelas de esos 16 países. Como parte de los resultados, el 51.1% de los estudiantes sufrieron robos, fueron insultados, amenazados o golpeados por sus compañeros en la escuela durante el mes anterior a la recogida de los datos. El tipo de agresión más frecuente fue el robo (39.4%), seguido por la violencia verbal (26.6%) y la violencia física en tercer lugar (16.5%). Cabe resaltar entre los hallazgos más sobresalientes que, si bien este orden se mantiene en todos los países estudiados, de uno a otro las cifras son muy diferentes; por ejemplo, mientras que en Colombia un 63% de los estudiantes reportan haber sido víctimas de *bullying*, en Cuba solo lo hizo un 13%; en tanto que en Costa Rica, República Dominicana y Chile, se refirieron tasas de 60.2%, 60% y 43%, respectivamente.

En otra investigación realizada por Paredes et al. (2011), en la cual se compararon dos estudios sobre *bullying* realizados en Colombia y Costa Rica con jóvenes de secundaria, los resultados evidenciaron que el alumnado, tanto en uno como en otro país, había experimentado algún tipo de agresión en algún momento de la vida escolar, y que una proporción importante de hombres y mujeres indicaba ser agredida por lo menos una vez al mes.

La Tabla 1 muestra las formas de intimidación y agresión sufridas en los últimos 30 días, por los estudiantes de segundo ciclo encuestados para esta investigación.

Tabla 1. Forma de intimidación/agresión más frecuente recibida en los últimos 30 días. Costa Rica, 2013.

Formas de intimidación	Hombres		Mujeres		Total	
	Absolutos	%	Absolutos	%	Absolutos	%
Burlas por el físico o chistes de índole sexual	30	10.9	31	11.7	61	11.3
Burlas por el color de la piel o la religión	12	4.3	13	4.9	25	4.6
Burlas por no entender algo	16	5.8	27	10.2	43	8.0
Fue excluido o ignorado	8	2.9	11	4.2	19	3.5
Agresión física (empujones, patadas)	6	2.1	4	1.5	10	1.8
Otro tipo de agresión	7	2.5	13	4.9	20	3.7
Ninguna	195	71.2	164	62.2	359	66.8

Elaboración propia

Tal como se observa en la tabla anterior, las burlas con respecto a atributos físicos como el cuerpo y la cara son las maneras de intimidación/agresión que se informan con mayor frecuencia por parte de los hombres (8.4%), mientras que para las mujeres, el mayor porcentaje se ubica en las burlas por participar o por no entender algo en clase (10.4%).

En el estudio de Román y Murillo (2011), los datos mostraron que hay una relación estadísticamente significativa entre el género de los estudiantes y el haber sufrido algún tipo de robo, insulto, amenaza o maltrato físico; sin embargo, en el caso del presente estudio no se hallaron diferencias significativas con respecto al género, para el conjunto de variables. En el estudio de Paredes et al. (2011), se hallaron diferencias por sexo en cuanto a ciertas manifestaciones de violencia. Así, por ejemplo, se determinó que los hombres costarricenses utilizan más el contacto físico con la víctima, además de palabras fuertes y amenazas, mientras que los colombianos utilizan más las amenazas, los apodos, las ridiculizaciones y los golpes; por su parte las jóvenes costarricenses justifican sus acciones en relación con características de las víctimas y las formas de agresión son más bien solapadas por medio del chantaje y la intimidación.

De la misma forma, se determinó que las mujeres hacen menor uso del contacto físico; sin embargo, el empleo de palabras fuertes y grotescas es común entre ellas, tanto como en los hombres. Igualmente, se estableció en los jóvenes costarricenses que los aspectos subjetivos o razones para actuar así, se concentran en características de la víctima que bien pueden ser reales o pueden no serlo. Con base en la Tabla 1, es evidente que hay un número importante de acciones que se concentran precisamente en violencia y acoso en torno a atributos personales: nacionalidad, etnia, forma de hablar, nombre, características físicas. Cabe resaltar que entre las teorías sobre las causas del acoso escolar, Stan Davis y Julia Davis (2008) afirman que cuando el agresor/acosador identifica la vulnerabilidad en la víctima, buscará los atributos para poder justificar sus acciones. Si no los haya, puede llegar a inventarlos.

En el presente estudio, entre quienes reportaron haber incurrido en alguna conducta indebida, el mayor porcentaje correspondió a poner apodos (80%). Haber hecho amenazas o intimidado a alguien presenta el menor porcentaje (5.4%). Ahora bien, hay que tomar en cuenta que este estudio se realizó en población escolar, mientras que el otro (Paredes et al., 2011) correspondió a estudiantes de secundaria, por lo que las variaciones en la edad pueden explicar las diferencias en el razonamiento y juicio crítico y, consecuentemente, en el modo de actuar.

Consumo de sustancias

El consumo de sustancias en los sujetos encuestados es bajo, lo cual es coherente con su promedio de edad (10.91 años) y como cursantes de 4º, 5º y 6º grado de enseñanza primaria. Se registró un nivel de consumo de nicotina, alguna vez en la vida, igual a 3% en tanto que el consumo anual y mensual registró valores de 0.9 y 0.6%. Una exploración semejante, empero, en una muestra de escolares con una edad promedio de 12.22 años, cursantes de 6º grado de la educación primaria (Fonseca y Cortés, 2005), arrojó un consumo de tabaco

alguna vez igual 10.3%, lo cual podría estar evidenciando, preliminarmente, un descenso importante en la prevalencia al considerar únicamente al grupo de 6º grado de la primera muestra, en cuyo caso la proporción fue 3.9%.

En la Tabla 2 se presentan las proporciones de prevalencia de consumo alguna vez en la vida correspondientes a hombres y mujeres para tres tipos de drogas.

Tabla 2. *Proporciones de prevalencia de vida de consumo de drogas en los escolares encuestados. Costa Rica, 2013.*

Droga	Hombres		Mujeres		Total	
	Absolutos	%	Absolutos	%	Absolutos	%
Alcohol	54	19.7	33	12.5	87	16.2
Tabaco	10	3.7	6	2.2	16	2.9
Marihuana	3	1.1	3	1.1	6	1.1
Total	67	24.5	42	15.9	109	20.2

N: 537

Elaboración Propia

Un nivel de prevalencia general de consumo de alcohol, del orden de 16.20%, en niños con una edad promedio de 11.33 años, llama la atención ante el hecho que la edad de iniciación entre los jóvenes que cursaban la enseñanza secundaria en 2012, en el nivel nacional, fue de 13.29 años. En otras palabras, casi dos de cada diez niños estarían empezando el consumo de alcohol a una edad más temprana, que la ya precoz edad de inicio que exhiben los estudiantes de la educación secundaria.

El consumo de alcohol en los últimos doce meses agrupa a 37 estudiantes (24 hombres, 13 mujeres), lo cual da como resultado un nivel de prevalencia que si bien es relativamente bajo (7%) corresponde a un grupo que tiene una probabilidad aumentada de llegar a presentar una práctica regular de consumo. De este grupo, cerca de una cuarta parte (6 hombres, 3 mujeres) había fumado alguna vez, en tanto que solo dos acusaron haber experimentado con marihuana. Con respecto al consumo reciente (en el último año) de alcohol, no se hallaron diferencias por el hecho de asistir a una escuela urbana o a una de atención prioritaria; tampoco con respecto a tener una determinada edad o por haber repetido algún año. Resultó más probable la existencia de una buena relación profesores-alumnos entre aquellos educandos que no habían consumido bebidas alcohólicas recientemente ($p=0,000$).

El consumo excesivo de alcohol en el padre fue referido por 70 estudiantes (13%), mientras que en la madre por 20 (3.7%), en un hermano por 24 (4.5%) y en otro familiar por 132 (25%). Por sexo, sin embargo, sí se hallaron diferencias en el sentido que las mujeres acusaron más madres consumidoras excesivas que los hombres. Con respecto a sus padres, niños indicaron la misma cantidad de consumidores excesivos. Esto es interesante

y pudiera guardar relación con una tendencia en los hombres por negar dicha condición en sus madres, en contraposición con una visión más realista por parte de las mujeres. Al comparar estos datos con lo encontrado en el estudiante de educación secundaria (Fonseca et al., 2013), se observa que la proporción de niños en este estudio que informaron la presencia de algún padre tomador excesivo de alcohol, es superior a la hallada en 2012 en población adolescente (14.5% vs 5.6%). El consumo de sustancias ilícitas en el padre fue destacado por nueve estudiantes (1.7%); en la madre por dos (0.4%). Pese a que se trata de un bajo número de casos, proporcionalmente resultó más elevado que lo que se encontró en el estudio con estudiantes de educación secundaria, antes citado. Un 8.8% informó este tipo de consumo en otros parientes, valor también superior a lo hallado en la otra población estudiantil citada.

Entre los niños que mencionaron haber sido intimidados en los últimos treinta días (n: 109), el nivel de experimentación con alcohol, tabaco y marihuana era superior a los valores de consumo de la muestra total. El consumo reciente de tabaco también fue significativamente mayor ($p < 0,007$) en este grupo (2.8% vs 0.2%), no así el de bebidas alcohólicas u otra droga. También se encontraron diferencias entre los estudiantes cuyos padres vivían juntos y aquellos en los cuales esto no era así, de manera que el acoso fue más referido por los segundos ($p < 0,003$).

Manifestaciones de violencia

Un 18% de los niños participantes en el estudio indicó haber sido objeto de al menos una agresión física en los últimos 12 meses. Este valor es superior a la proporción de estudiantes de secundaria (cerca al 8,5%) que hizo una afirmación semejante (Fonseca, et al., 2013). A diferencia de este último grupo, en el cual no se hallaron diferencias por sexo, en los estudiantes de primaria fue mayor la proporción de hombres (22.3%) que indicó haber sido agredido en contraste de un 13.7% de las mujeres ($p < 0.008$).

La probabilidad de verse involucrado en dos o más peleas durante el último año es mayor en aquellos niños que fueron objeto de episodios de agresión física, dos o más veces en el mismo período ($p < 0,05$). No se hallaron diferencias por sexo. Por otro lado, un 20.5% indicó haber sido intimidado durante los últimos 30 días. No se hallaron diferencias por sexo, nivel académico, centro educativo o por la tenencia de aparatos electrónicos. Llama la atención que este valor supere el hallado en un estudio realizado con estudiantes de enseñanza secundaria (Fonseca, et al., 2013), grupo en el cual un 15% indicó este tipo de experiencias. Igualmente interesante que en este grupo de niños que mencionaron haber sido acosados en el último mes, el grado de entusiasmo con que iban a la escuela diariamente o la calidad de la relación con los docentes no difería de quienes no lo fueron.

Regresión logística

Para establecer relaciones entre el consumo de drogas y las diversas manifestaciones de intimidación, se procedió a recolectar datos sobre acoso escolar, abuso entre pares, matonismo, consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas, entre estudiantes de 4º, 5º y 6º grado de la enseñanza primaria. Una vez recolectados los datos, se procedió a establecer relaciones entre las respuestas dadas a las preguntas sobre la intimidación y consumo de drogas por parte de los informantes.

Los datos sobre intimidación se obtuvieron de un conjunto de preguntas que se referían a la exposición a esta situación ya sea por Internet o por teléfono celular, a la frecuencia de exposición a la agresión física, a la frecuencia de participación en riñas o peleas, a las prácticas intimidatorias tanto fuera como dentro del ámbito familiar.

Por otra parte, los datos sobre consumo de sustancias se obtuvieron de preguntas en que se pedía informar sobre algún consumo en distintos períodos de referencia. Al relacionar la existencia de formas de intimidación o agresión con el consumo de drogas se controló el efecto del sexo, el tipo de centro educativo, el nivel académico, el acceso a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), el tipo de convivencia entre los padres, los antecedentes de consumo de los padres y la preocupación de los padres por el quehacer de los estudiantes.

Se desarrollaron tres modelos de regresión (uno para cada nivel de prevalencia de consumo: alguna vez, último año, último mes) para el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas.

Las variables explicativas se asignaron a dos bloques. El primero consideró las variables que operaron bajo criterios de control (sexo, nivel, edad, relación de los padres, tenencia de determinados bienes). El segundo, contempló las variables sobre intimidación antes citadas.

Ecuaciones de los modelos

En general, tanto para el tabaco como para las bebidas alcohólicas se consideraron como variables dependientes el consumo a lo largo de la vida, el consumo en los 12 meses anteriores y el consumo en los últimos 30 días. Para el conjunto de drogas ilícitas, solamente se tomó en cuenta el consumo a lo largo de la vida.

El modelo de regresión logística correspondiente al consumo a lo largo de la vida fue:

$$\text{logit}(p) = \alpha + \sum_{i=1}^k \beta_i x_i + \varepsilon$$

con,

$$\text{logit}(p) = \ln \frac{p}{1-p}$$

donde,

p es la probabilidad de consumo de la sustancia psicoactiva de interés,

k indica el total de variables explicativas x consideradas,

ε es un componente aleatorio del modelo.

Para fines interpretativos, el modelo se puede manipular algebraicamente para obtener:

$$\begin{aligned} \frac{p}{1-p} &= e^{\alpha + \sum_{i=1}^p \beta_i x_i + \varepsilon} \\ &= e^{\alpha} \cdot e^{\sum_{i=1}^p \beta_i x_i} \cdot e^{\varepsilon} \\ &= e^{\alpha} \cdot \prod_{i=1}^p e^{\beta_i x_i} \cdot e^{\varepsilon} \end{aligned}$$

De manera, que si una variable x_i afecta significativamente la probabilidad de la variable dependiente y, haber consumido la droga en cuestión, el aporte de la variable explicativa viene dado por la aplicación del factor e^{β_i} sobre los momios de consumo $p / (1 - p)$.

Consumo de cigarrillo

Como se muestra en la Tabla 3, con respecto al consumo de tabaco alguna vez, se logró identificar un conjunto de cinco variables que constituyen factores de incremento de la probabilidad de haberlo hecho. Por su parte, hay dos variables de intimidación que reducen la probabilidad de que el informante haya fumado tabaco alguna vez: el tener una opinión desfavorable sobre la escuela como lugar en el cual se aprenden ciertas prácticas que afectan la convivencia entre personas y experimentar molestia tras haber atestiguado episodios de intimidación.

Tabla 3. Variables significativas que afectan la probabilidad de haber fumado. Costa Rica, 2013.

Variables	Factor	Significancia
Edad	1.795	0.009
Hermano que abusa del alcohol	7.931	0.027
Cantidad de familiares que consumen drogas ilegales	4.184	< 0.009
Haber sido víctima de agresión física en últimos 12 meses 10 o más veces respecto a no haberlo sido	27.447	< 0.001
Haberse burlado de otros por su aspecto físico	6.410	0.004
Opinar que en la escuela la gente aprende a burlarse, a poner apodos y a intimidar a otros.*	0.171	0.046
Haber sido testigo de amenazas, burlas o agresiones a terceros*.	0.161	0.039

* Nota: las variables con factores menores a 1 reducen la probabilidad.

Haber fumado alguna vez se relaciona fuertemente con la existencia de alguna de las siguientes condiciones: haber sido víctima de agresión física en los últimos doce meses, tener un hermano que abusa del alcohol o haberse burlado de otros por su aspecto físico. Haber fumado en los últimos doce meses también se asocia de manera muy importante con el hecho de haber sido víctima de burlas y pudo contribuir al incremento de la probabilidad de haberlo hecho en los últimos 30 días.

Consumo de bebidas alcohólicas

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas alguna vez, se estableció un total de nueve variables o categorías asociadas, cada una de ellas, al incremento de la probabilidad de tal situación (ver Tabla 4). Solamente se encontró una variable que se asociaba a una reducción de la probabilidad de haber consumido alguna vez bebidas alcohólicas, respecto a la categoría de referencia.

Tabla 4. Variables significativas que afectan la probabilidad de haber ingerido bebidas alcohólicas. Costa Rica, 2013.

Variable	Factor	Significancia
Estar en sexto grado, respecto a estar en cuarto	2.637	0.006
Tener Internet en el celular	2.547	0.004
Conteo de familiares que abusan del alcohol	1.866	0.001
Haber participado 1 vez de riñas o peleas en últimos 12 meses, respecto a no haberlo hecho.	3.243	0.001
Haber participado 4 o 5 veces de riñas o peleas en últimos 12 meses, respecto a no haberlo hecho.	8.806	0.000
Haber participado 6 a 9 veces de riñas o peleas en últimos 12 meses, respecto a no haberlo hecho.	14.708	0.002
Haber participado 10 o más veces de riñas o peleas en últimos 12 meses, respecto a no haberlo hecho.	10.232	0.001
Haber recibido burlas, apodos o amenazas por algún abuelo.	8.867	0.018
Haberse burlado del atuendo de otras personas.	2.579	0.003
Opina que la gente aprende a burlarse de otros, a ponerles apodos o a intimidarlos en la calle.*	0.401	0.002

* Nota: Las variables con factores menores a 1 reducen la probabilidad.

La participación en riñas o peleas es un factor relevante que se asocia con el consumo de alcohol alguna vez, así como haber sido objeto de burlas. Ser mujer apareció inicialmente como un factor protector, sin embargo, tal condición, en la muestra investigada, está asociada en gran medida con el hecho de no haber participado en riñas o peleas.

Consumir bebidas alcohólicas alguna vez, así como haberse burlado de otras personas por su aspecto físico son dos variables que ayudan a explicar el comportamiento o la variabilidad del consumo reciente de bebidas alcohólicas. La presencia de cualquiera de ellas contribuye a elevar la probabilidad de encontrar algún consumo de alcohol a lo largo del año anterior.

Acerca del consumo de bebidas alcohólicas en los 30 días anteriores al momento de la entrevista, se hallaron tres variables que contribuyeron a explicar el incremento en la probabilidad de haberlo hecho: el consumo en los últimos 12 meses, haber sido intimidado 10 o más días en los últimos 30 respecto a no haberlo sido del todo y haber hecho amenazas o intimidaciones a otras personas, así como haber sido objeto de ellas de una a tres veces en los últimos 30.

Consumo de drogas ilegales alguna vez

Aunque el consumo de drogas ilícitas fue muy reducido, tres variables contribuyeron independientemente a incrementar la probabilidad de ocurrencia: haber sido intimidado por el aspecto físico en últimos 30 días, haberse burlado de otras personas por su atuendo y la edad.

Debe aclararse que las variables que contribuyen a aumentar la probabilidad de consumo de cualquier sustancia en los niveles de prevalencia considerados, también favorecen para disminuirla cuando se regresa desde la categoría señalada a la categoría de referencia. Esto en virtud de que en la regresión logística la variable modelada es la llamada razón de disparidad de la variable dependiente; es decir, $p/(1-p)$. En otras palabras, si ser objeto de intimidación aumenta la probabilidad de consumo en un informante, no serlo del todo supone una disminución.

Conclusiones

Las ventajas que ofrecen las tecnologías de la información son innegables. Hoy se conoce, por ejemplo, que los preescolares de 3 a 5 años de edad (Neumann, 2014) que tienen acceso a tabletas obtienen ventajas en lectura y escritura posteriormente y aunque no se han hallado relaciones entre el tiempo de exposición y las posibilidades de alfabetización, la calidad de las experiencias parece relevante, especialmente cuando se la mira dentro de un contexto socio-cultural. También se ha demostrado que disponer de habilidades en el manejo de las TIC es un factor que puede incrementar la probabilidad de mejores opciones académicas y laborales para los menores de hoy (Lazarus & Lipper, 2008).

A pesar de dichas bondades, existen riesgos que han sido destacados en la investigación tanto local como foránea, especialmente aquellos asociados con la posibilidad de ser victimizado y, más recientemente, con ideación suicida e intentos de autoeliminación en niños y adolescentes. En comparación con el acoso tradicional, el *cyberbullying* aparece más fuertemente relacionado con la ideación suicida si se le compara con el acoso tradicional (Centers for Disease Control and Prevention CDC, 2014; Gini & Espelage, 2014). En Costa Rica, Fonseca (2013) ha atribuido a esta figura de intimidación, agresiones relacionadas con la usurpación de la identidad, amenazas, calumnias e injurias que suceden a edades tempranas. Al respecto, esta investigación encontró un porcentaje relativamente bajo de estudiantes que manifestaron haber recibido en su celular o computadora ofensas, amenazas o agresiones, tanto de parte de personas conocidas como desconocidas. No obstante, esta proporción puede crecer debido al incremento de la tenencia de aparatos de comunicación y del crecimiento de las posibilidades para que ocurra (la penetración de la Internet continúa aumentando en Costa Rica, y Latinoamérica es la región del mundo en la cual el crecimiento de la Red fue más elevado). A esto se agrega un aumento y generalización de los canales de más frecuente uso en el ámbito mundial, los cuales en este estudio han mostrado su potencial para efectos intimidatorios. Así, se pudo establecer que los conductos más frecuentes mediante los cuales se reciben amenazas fueron la mensajería de texto (48.3%), la red Facebook (6.2%) y por sitios de chat (3.4%) o, específicamente, WhatsApp (3.4%). Pese al marco de anonimato y confidencialidad bajo el cual se recolectaron los datos de este estudio, no puede descartarse que la relativamente baja mención de episodios de ciberacoso pudiera estar relacionada, precisamente, con temores de las víctimas que las mueve a callar, como protección ante el riesgo de ser nuevamente agredidos o a que el acoso se prolongue, entre otros factores. En este sentido, algunos informes indican que entre un 40 y un 50% de los incidentes de acoso escolar no son reportados (A world of difference Institute–ADL, 2014; Education Development Center–EDC, 2014).

La relación entre consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos y la probabilidad de ser agredido o agredir a otros ha sido bien establecida en esta investigación. Cabe, por tanto, destacar la importancia de integrar conceptualmente y diseñar alternativas de acción que no tengan como único propósito la intervención sobre un solo fenómeno, sino que abran opciones que incidan sobre los determinantes que los explican.

En el país, el Ministerio de Educación Pública (2012b) ha tomado medidas relevantes que, aunque generales, se han traducido en una visibilización del problema y en la creación de un protocolo para enfrentar las situaciones de acoso y ciberacoso. Cabe recordar que los eventos de intimidación ocurren independientemente de si el niño o la niña disponen de artefactos electrónicos o de si frecuenta determinados sitios para comunicación a través de la Internet y en Costa Rica han resultado de niveles significativos (Fonseca, et al., 2013). El establecimiento de normas claras, junto con un liderazgo fuerte y un ambiente afectuoso, son elementos que pueden disminuir la incidencia de la violencia en el contexto escolar; sin embargo, es posible que en muchas ocasiones se ignore el problema o se apliquen soluciones rápidas, como la expulsión del victimario, con lo cual se traslada el problema a otro centro educativo o a la comunidad, y las medidas informativas de poco alcance y profundidad que no logran obtener el nivel de una estrategia preventiva de impacto.

La reducción de la brecha digital es una aspiración de primer orden para el país. Un objetivo cuya consecución es de gran relevancia, como lo demuestra la reciente firma de un convenio entre algunas partes interesadas del ámbito gubernamental y privado orientado a adolescentes de 12 a 16 años con el objetivo de reducir la deserción escolar, especialmente durante la transición de la educación primaria a la secundaria. No obstante, debería acompañarse de claras acciones que reduzcan sustantivamente las posibilidades de afectación de las personas menores y sus implicaciones en el largo plazo. Tampoco debe ignorarse la necesidad de enmarcar las posibles intervenciones dentro de los planteamientos que cada vez con mayor frecuencia se desarrollan en el orden internacional (Srabsteina & Leventhal, 2010) y reconociendo la importancia e impacto de las acciones de prevención (Olweus, 2005).

Referencias

- Arellano, N. (2008). Violencia entre pares escolares (bullying) y su abordaje a través de la mediación escolar y los sistemas de convivencia. *Revista Informe de Investigaciones Educativas*, 22(2), 211-230. Recuperado de: <http://biblo.una.edu.ve/ojs/index.php/IIE/article/viewFile/890/855>.
- A World of Difference Institute (ADL). (2014). *Statistics on Bullying*. Recuperado de: <http://www.adl.org/assets/pdf/education-outreach/Bullying-Cyberbullying-Statistics-Overview-One-Sheet.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention, CDC. (2014). *The Relationship Between Bullying and Suicide: What We Know and What it Means for Schools*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/bullying-suicide-translation-final-a.pdf>
- Cuevas, F. y Álvarez, V. (2009). *Brecha digital en la educación secundaria. El caso de los estudiantes costarricenses*. San José: Programa de la Sociedad del Conocimiento y la Información.
- Davis, S., y Davis, J. (2008). *Crecer Sin Miedo. Estrategias positivas para controlar el acoso escolar o bullying*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Education Development Center (EDC) (2014). *Study Finds Most Bullying Not Reported; Reporting More Likely When Physical Harm Involved*. Recuperado de: http://www.edc.org/newsroom/press_releases/study_finds_most_bullying_not_reported_reporting_more_likely_when_physical
- Fernández, I. (2009). Las TICS en el ámbito educativo. *Revista Virtual Educrea*, 3, 1-6. Recuperado de: http://www.educrea.cl/documentacion/articulos/tics/50_las_tics_en_el_ambito_educativo.html
- Fonseca, H. (2013). Cyberlullying. *La Nación Digital* (en línea). Recuperado de: http://www.nacion.com/opinion/foros/emCyberbullyingem_0_1341065978.html.
- Fonseca, S., Cortés, E., Chacón, W., Madrigal, S., Ortega, M., Salas, C., y Bejarano, J. (2013). *Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria*. San José de Costa Rica: I.A.F.A.
- Fonseca, S., y Cortés, E. (2005). *Aprendo a valerme por mí mismo, 2003-2005*. San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

- Gálvez-Sobral, J. A. (2011). *Bullying. La percepción de los futuros docentes en Guatemala*. Guatemala: Dirección General de Evaluación e Investigación Educativa. Ministerio de Educación.
- García de Diego, S. (2012). *Comprensión del uso de las TIC por niños/as y adolescentes. Riesgos y vulnerabilidad en línea relacionados con la explotación sexual – Un estudio dirigido por jóvenes en Latinoamérica*. Bangkok: ECPAT Internacional.
- Gini, G. & Espelage, D. (2014). Peer Victimization, Cyberbullying, and Suicide Risk in Children and Adolescents. *JAMA*; 312(5), 545-546. doi:10.1001/jama.2014.3212.
- Lazarus, W., & Lipper, L. (2008). Information Technology Making a Difference in Children's Lives: An Issue Brief for Leaders for Children. *The Children's Partnership*, 4, 1-12. Recuperado de: <http://www.childrenspartnership.org/storage/documents/Publications/TCP-ChildTechBrief1.pdf>
- Ministerio de Educación Pública (2012a). *Boletín 10-12. Departamento de Análisis Estadístico*. San José de Costa Rica: Departamento de Planificación.
- Ministerio de Educación Pública (MEP) (2012b). *Protocolo específico para el acoso, matonismo o bullying y el cyberbullying*. San José: MEP/UNESCO.
- Monge, R. y Hewitt, J. (2004). *Tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs) y el futuro desarrollo de Costa Rica. El desafío de la exclusión*. San José de Costa Rica: Academia de Centro América.
- Neumann, M. (2014). An examination of touch screen tablets and emergent literacy in Australian pre-school children. *Australian Journal of Education*, 58(2), 109-122.
- Olweus, D. (2005). A useful evaluation design, and effects of the Olweus Bullying Prevention Program. *Psychology, Crime & Law*, 11, 389-402.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh_sheer.htm
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade*. Recuperado de: www.who.int/adolescent/second-decade
- Ortega, R., Calmaestra, J., & Mora, J. (2008). Cyberbullying. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 183-192.

- Paredes, M. A., Lega, L. I., Cabezas, H., Ortega, M. E., Medina, Y., y Vega C. (2011). Diferencias Transculturales en la Manifestación del Bullying en Estudiantes de Escuela Secundaria. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9(2), 761-768. Recuperado de: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/471/263>
- Rigby, K. (2007). *Bullying in Schools: and what to do about it*. Australia: ACER Press.
- Román, M., y Murillo, F. J. (2011). América Latina: violencia entre estudiantes y desempeño escolar. *Revista Cepal*, 104, 37-54. Recuperado de: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/44073/rve104romanmurillo.pdf>
- Shoenholz, P., Weitzenkamp, D., & Nixon, J. (2009). *Cyberbullying*. Recuperado de: <http://ianrpubs.unl.edu/live/g1903/build/g1903.pdf>
- Srabsteina, J., & Leventhal, B. (2010). Prevention of bullying-related morbidity and mortality: a call for public health policies. *Bull World Health Organ*, 88(6), 403 doi:10.2471/BLT.10.077123.
- Sunkel, O. (2012). Buenas prácticas de TIC para una educación inclusiva en América Latina. En O. Sunkel, y D. Trucco (Eds.). *Las tecnologías digitales frente a los desafíos de una educación inclusiva en América Latina. Algunos casos de buenas prácticas*. Santiago: Comisión Económica para la América Latina.
- United Nations E-Government Survey. (2012). *Government for the People*. New York: United Nations. Recuperado de: <http://unpan3.un.org/egovkb/Portals/egovkb/Documents/un/2012-Survey/unpan048065.pdf>

Cultura e identidad sobre el consumo de drogas en los habitantes de la calle del municipio de Medellín

Culture and identity on drug consumption in homeless people in Medellín

Enviado: 4 de diciembre de 2015 / Aceptado: 26 de febrero de 2016

Adriana Valderrama Restrepo^{*}
Laura María Sánchez Gómez^{**}
Mary Luz Cárcamo Marengo^{***}
Ana Ximena Mazo Beltrán^{****}

Forma de citar este artículo en APA:

Valderrama Restrepo, A., Sánchez Gómez, L. M., Cárcamo Marengo, M. L. y Mazo Beltrán, A. X. (2016). Cultura e identidad sobre el consumo de drogas en los habitantes de la calle del municipio de Medellín. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(2), 191-199

Resumen

Una de las problemáticas sociales más sentidas que enfrenta la ciudad de Medellín es el fenómeno del habitante “de calle” y consumidor de todo tipo de sustancias, tanto químicas como comportamentales y/o psicológicas; dicha situación altera su evolución biopsicosocial, convirtiéndose en un obstáculo para el alcance de logros y objetivos familiares, sociales, económicos y laborales.

El fenómeno del habitante “de calle” es multicausal y por su alta vulnerabilidad y complejidad, requiere urgentemente de propuestas a nivel local, regional y nacional para que haya un cambio social y que éstas redunden en pro de estas personas que lo han perdido todo y que se encuentran habitando la calle, porque no tienen recursos para subsistir.

La investigación busca la comprensión e interpretación de las motivaciones del habitante de calle para estar en esas condiciones en la ciudad de Medellín, lo que lo lleva a construir su identidad, teniendo en cuenta los escenarios en los cuales se desarrolla. Asimismo, brindar algunas respuestas a una necesidad tan sentida que vive la ciudad proporcionando información fidedigna y actualizada que permita a los entes gubernamentales legislar al respecto, debido a que el problema se

^{*} Psicóloga. Universidad de Medellín. Correo: adriavalderrama@gmail.com

^{**} Trabajadora social. Profesional Universitaria del Hospital Mental de Antioquia. Correo: sanchezlaura812@gmail.com

^{***} Médica. Samein. Salud Mental Integral. S.A.S. Correo: maryluna112009@hotmail.com

^{****} Psicóloga. Corporación Renovación y Vida. Correo: anaximenamazo@hotmail.com

agudiza cada día más por factores sociales que atraviesan la ciudad y el país como son: el conflicto armado y por ende, el desplazamiento forzado, desempleo, migración, exclusión e incremento del consumo y distribución de sustancias psicoactivas (SPA) y microtráfico.

El método que se utilizó para dar respuestas a la propuesta investigativa fue del orden cualitativo, con el apoyo del Centro de Opinión Pública de la Universidad de Medellín, con diseño de historias de vida, utilizando como metodología la entrevista individual a profundidad, basada en el diálogo, la comprensión y la interpretación de ese ambiente vulnerado y de exclusión, en el cual se encuentran inmersas estas personas. La entrevista se realizó a cincuenta (50) "habitantes de calle" mayores de 25 años, entre hombres y mujeres, presentando la mayoría de los entrevistados comorbilidad, por consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales del orden químico; pero algunos de ellos con adicción también a las comportamentales y/o psicológicas.

Las conclusiones de la investigación sobre las razones de habitabilidad en la calle y consumo de sustancias psicoactivas (SPA), de acuerdo con lo mencionado por los entrevistados, fueron: problemas familiares, carencias afectivas, desplazamiento forzado y pérdida de la familia, incentivando a los sujetos a la consecución de una identidad rápida para aliviar sus carencias (afectivas, tenencia, pertenencia) a un determinado grupo social y, así, superar sentimientos de soledad, abandono y estima.

Palabras clave

Habitante de calle, Sustancias psicoactivas (SPA), Problemática social, Cultura, Identidad, Representaciones sociales, Vulnerabilidad.

Abstract

One of the most heartfelt social issues in Medellín is the homelessness phenomenon and the consumer of all types of substances, both chemical and behavioral or psychological which alter their biopsychosocial evolution turning it into an obstacle to reach family, social, economic and career goals.

The homelessness phenomenon is the result of many causes and due to its high vulnerability and complexity it urgently requires local, regional and national projects for there to be a social change that favors these people who have lost everything and are currently living on the streets because they have no way to survive.

This research projects focuses on understanding and interpreting the reasons that the homeless in Medellín have to be under such conditions, how they create their identity taking into account the scenarios in which it is developed. Likewise, there is an effort to provide some answers to such situation by bringing about trustworthy and updated information to allow the government to legislate on the issue because it is a growing problem in the city and throughout the country due to social situations such as: the armed conflict and forced displacement, unemployment, migrations, exclusion and an increase of consumption and distribution of psychoactive substances and trafficking.

The method that was used to answer the research proposal was qualitative with the support of the public opinion center at Universidad de Medellín with a design of life stories, using the individual interview as methodology, based on dialog, comprehension and interpretation in that environment of vulnerability and exclusion in which they live. The interview was carried out with 50 homeless men and women over the age of 25 with comorbidity due to psychoactive chemical substances both legal and illegal and some of them with behavioral and psychological addictions.

The conclusions of this research on homelessness and psychoactive drug consumption among the participants is that the causes are family problems, affective deficiencies, forced displacement, loss of a family member bringing them to find an identity to relieve their affective, social and economic shortages with a specific social group and be able to overcome the feelings of solitude and abandonment.

Keywords

Homeless, psychoactive substances, social problems, culture, identity, social representations, vulnerability.

Introducción

Una de las problemáticas sociales más actuales que enfrenta el municipio de Medellín es el fenómeno del “habitante de calle” y consumidor de todo tipo de sustancias psicoactivas (SPA); alterando su evolución biopsicosocial y obstaculizando el logro de sus metas.

La investigación se desarrolló partiendo del objetivo de describir las representaciones mentales que manejan los habitantes de la calle de la ciudad de Medellín, al respecto de su condición de consumidor y habitante de la calle. Para cumplirlo, se tomaron sectores de la ciudad de Medellín como son: La Minorista (plaza de mercado), Avenida de Greiff y Avenida Oriental, permitiendo trazarse algunos interrogantes acerca de ellos, sus condiciones de vida, sus representaciones sociales y sus significantes. El planteamiento que se expone, intenta ilustrar algunas particularidades esenciales de los habitantes de calle como resultado de su reciprocidad con el consumo de drogas y busca, además, indagar sobre las formas de configuración de su identidad y la construcción de su realidad, en medio de una sociedad que lo excluye y margina.

Durante el desarrollo de este estudio, se tomó como base, los resultados arrojados en el Censo realizado en 2009 por la Alcaldía de Medellín y la Universidad de Antioquia, donde se indica que Medellín contaba con 3.381 habitantes de calle de todas las edades (p. 47). Según el Secretario de Inclusión Social y Familia, Héctor Fabián Betancur, el 98% de los habitantes de la calle son consumidores de droga y en altas cantidades (El Mundo, 2013). Lo anterior se suma a la precariedad de sus condiciones de vida, donde no existe la posibilidad de suplir las necesidades básicas de alimentación, salud, educación y vivienda, y se asocia a una población con enfermedades físicas y mentales graves, que se convierten en víctimas o victimarios a causa de la exclusión social y el rechazo.

Metodología

La investigación se realizó con una metodología de enfoque: cualitativo de tipo fenomenológico. Desde el enfoque cualitativo, la búsqueda de una mirada holística de las realidades hace necesario el diálogo de los métodos, con el que se posibilite el acercamiento a los hechos y fenómenos de la realidad (Galeano, 2004).

Se realizaron entrevistas que permitieron abordar algunas condiciones de habitantes de calle, factores psicosociales que incidieron en el consumo de sustancias psicoactivas y ruptura de vínculos; además, la información obtenida fue validada mediante grupos focales para poder describir las representaciones mentales de dichas personas sobre su condición de consumidor y habitante de la calle.

Igualmente, el método fenomenológico se ocupa por la comprensión de los actores sociales y por ello de la realidad subjetiva, “comprende los fenómenos a partir del sentido que adquieren las cosas para los actores sociales en el marco de su proyecto del mundo” (Martínez Rodríguez, 2011, p. 17).

Para esta investigación se realizaron encuentros con las personas objeto de este trabajo, sectorizados en los puntos de más afluencia de la ciudad de Medellín: La Minorista, Prado Centro, Parque San Antonio, y Avenida de Greiff. Para este acercamiento se tuvo en cuenta la edad y sexo, realizando el trabajo con personas entre los 25 y 64 años aproximadamente; la muestra fue de 50 personas de ambos sexos. Para la recolección de información se respetó la voluntariedad y anonimato sobre sus datos personales e identificación; el perfil para dicha población fue de tiempo y permanencia en la calle, consumo de sustancias psicoactivas, percepción, tipos de consumo y representación de la sustancia en su vida cotidiana.

En cuanto a las técnicas e instrumentos utilizados de recolección de información, se implementó: observación participante, entrevista semi-estructurada, diario de campo, guías de observación y fotografías.

Resultados

En la descripción que hacen los habitantes en situación de calle sobre sus prácticas cotidianas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y sus condiciones mentales, se encuentra que el 70% de ellos tienen problemas de Patología Dual, aproximadamente la mitad aducen haber estado hospitalizados e internos en centros de salud mental. Y son los habitantes de la calle que han estado hospitalizados los que tienen conciencia de enfermedad e incluso, continúan recibiendo tratamiento.

En cambio, para los habitantes de la calle que por su condición no reconocen que tienen una problemática mental y su percepción sobre consumo y sus consecuencias las han normalizado, es común presentar ciertos síntomas mentales como son: alucinaciones, esquizofrenia, psicosis, delirios de persecución y comportamientos agresivos.

En cuanto a sus percepciones sobre el consumo de sustancias psicoactivas, cuando se les preguntó si ellos creían que su problemática era causada por el consumo de estas sustancias, se encontró que el 100% -a pesar de la condición de comorbilidad- reconoce que las sustancias psicoactivas son las generadoras de sus problemas: mentales, biológicos, sociales, familiares y psicológicos; y dando respuesta al estado de su salud actual, y el 80% consideran estar físicamente normales y con una salud entre excelente y buena. La percepción que tiene el equipo de investigación es todo lo contrario, observando que la mayoría de ellos presentan problemas biopsicosociales como desnutrición, bajo peso, pérdida de algunas de sus piezas dentales, problemas respiratorios y de salud. Del mismo modo, presentaban algunas enfermedades mentales como: esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, depresión, cleptomanía, ludopatías, demencia, entre otras. Igualmente, los tipos de sustancias psicoactivas más consumidas por ellos son múltiples, pero la prevalencia está entre la marihuana con el 27.6%, el bazuco con el 26.8%, seguidas de la cocaína y otras sustancias en menores porcentajes.

Dentro del análisis se puede afirmar que para el habitante de calle no hay un lugar configurado físicamente como hogar, sino que a los espacios se llega por algún tipo de ruptura con el hábitat anterior, por los pares asociados al momento, o en búsqueda de nuevas oportunidades. Aunque se logran encontrar diversos discursos que hacen referencia al abandono y/o las dificultades familiares, con el 38%; también existe un alto porcentaje que lo hace para poder consumir con el 18.0%; el 10.0% para evadir su realidad; el 8.0% tuvo como razón la violencia y el abandono; otro 8.0% porque no se sentía cómodo en la casa, y el 6.0% lo hizo por problemas en el trabajo.

Así mismo, se logra observar que las representaciones discursivas que surgen se vinculan a verbos de movimiento: “irse”, “venir”, “andar”, encontrando expresiones como: “no tengo a dónde ir”, “mi familia no me quiere recibir”, “nadie me quiere”, “soy una porquería,” entre otras. Sin embargo, se observa una particularidad y es que las personas no se identifican ausentes de un núcleo familiar y no han perdido en su gran mayoría el sentido de pertenencia a una sociedad, aunque sí existe un claro rasgo de exclusión hacia los habitantes de calle, porque otros ciudadanos los nombran como: ladrones, delincuentes, desechables, indeseables, además, les huyen porque les temen.

Otro aspecto que se pudo evidenciar, es que no hay una expresión de posesión, porque ellos afirman la mayor parte del tiempo “no tengo nada”; no hay sentido de comunidad, de amistad, de familiaridad; pero sí se encontraron expresiones -o intentos- de elementos de valía personal: “yo soy pobre, pero honrado”, “estoy luchando por salir de esto”, “la vida aquí es muy dura para mí”.

Igualmente, entre las preguntas orientadoras hacia el objetivo estuvo ¿cuál fue el principal acontecimiento que los llevó a consumir drogas? y las respuestas en un porcentaje de casi el 90% se relacionaron con verse influenciados por compañeros y amigos. Asimismo, se les indagó ¿cuáles fueron sus razones para vivir en la

calle? y las respuestas no fueron concluyentes, sino individualizadas, porque cada uno tenía su propia historia y sus razones para vivir en ésta; entre ellas se tienen: separarme de mis hijas y vivir en la calle; mi hija de 14 años es consumidora; la separación de mi familia, me iba a suicidar por una pelea intrafamiliar; violación, muerte violenta de mi padre; la muerte de un hermano que ocurrió en el derrumbe de una mina; recibí maltrato físico por parte de mis hermanos; la muerte de mi esposa y los problemas con mi hijastra; la muerte de mi mujer y mi hija frente a mí; cuando pertenecía a las AUC¹, violaron, golpearon, torturaron y descuartizaron y me obligaron a verlo; entre muchas otras situaciones, para habitar la calle.

En cuanto a los aspectos positivos y negativos dentro de las representaciones sociales como es habitar en la calle, ellos responden que lo mejor es el consumo que hacen libremente y que nadie se los prohíbe; también aducen que les gusta la calle porque pueden hacer lo que quieran. Dentro de los aspectos negativos lo que más les disgusta de la calle son los enfrentamientos con la policía, que continuamente los están sacando de todos los lugares donde habitan y son maltratados y humillados.

Después de analizar la sistematización de la encuesta, sobre la descripción de las prácticas cotidianas de los adultos que se encuentran en situación de calle asociadas al consumo de SPA, y las conversaciones sostenidas con algunos de los participantes, ellos aducen que inician el día llegando a Centro Día², lugar que presta servicios de alimentación, vestido, higiene y dormida durante el día; es de aclarar que en este sitio a los habitantes de calle no les permiten consumir, después de las 17:00 horas deben salir nuevamente para la calle. Otros lugares que los habitantes de calle dicen visitar con frecuencia -y en algunos de ellos dormir- son Prado Centro (27%), seguido de Avenida del Río, Avenida de Greiff y espacios de ubicación dentro del centro de Medellín.

Es de aclarar que no todas las personas encuestadas van a Centro Día, una tercera parte pasa el transcurso de la jornada diurna pidiendo limosna en los semáforos; casi el 15% en las salidas de los restaurantes; y el 60% aducen que lo menos importante para ellos es la alimentación porque la consiguen fácilmente en La Minorista (una de las plazas de mercado de Medellín), que para ellos es primordial conseguir para el consumo de sustancias psicoactivas del día y parte de la noche y así evitar las molestias físicas y psicológicas producidas por el síndrome de abstinencia.

Los habitantes de calle, no tienen un sitio fijo donde pasar el día, sus pocas pertenencias siempre van con ellos, siendo su equipaje una talega donde llevan reciclaje, plástico para la lluvia, pipa y papel aluminio y la candela para sus preparados de sustancias psicoactivas. Igualmente, muchos de ellos ya ni siquiera se asean, perdiendo el autocuidado; su único anhelo es la consecución de las mencionadas sustancias, las cuales los alejan de esa realidad tan difícil, como es vivir en la calle.

¹ AUC: Autodefensas Unidas de Colombia.

² Centro Día, Componente del Sistema de Atención al Habitante de Calle de Medellín. Programa de reducción del daño, auspiciado por la Alcaldía de Medellín.

Otro de los aspectos por los que se indagó fue el acceso a las ayudas que brinda el gobierno y ellos, en un porcentaje del 65%, aducen pertenecer al sistema general de salud (Sisben)³ de Medellín (con un 66%), y señalan que otras ayudas las brindan ciertas instituciones como la Alcaldía de Medellín, con su programa de Centro Día, el hospital mental del municipio de Bello y la casa de acogida para ancianos.

El 70% de los participantes de este estudio coinciden en que el municipio de Medellín les brinda apoyo para minimizar el riesgo y el daño, pero todo este trabajo que se hace con ellos no es contundente y 60% de estas personas no tienen motivación alguna para el cambio y retomar nuevamente su vida.

Discusión

Se encuentra frente a esta investigación un panorama de enorme complejidad, ya que el fenómeno de la calle presenta muchos intentos de respuesta, y aunque quizá este llegue a convertirse en solo un intento más, buscará encontrar elementos de análisis desde los cuales se puedan comprender los malabares de sobrevivencia y los procesos psicosociológicos que se ponen en juego dentro de la construcción de sentidos y significados de la identidad de quienes habitan en las calles, que quizá no hayan logrado conjugarse adecuadamente en otros estudios de este tipo. En este sentido, el presente estudio invita a comprender la situación de calle no como un problema de “los de la calle” sino como un problema social, y a observar cómo los personajes la interpretan, la narran y la explican, para entender la forma en que la situación de calle se construye, significa y se vive.

De esta forma se evidencia, tal como pasa en el estudio de Correa (2007a), que el habitante de calle es la persona que asume su vida en el espacio público de cualquier ciudad como un lugar que le posibilita ser, pero que a su vez está cargado de incertidumbre, de riesgos y amenazas, en línea con los planteamientos de la Cámara de Comercio (1997), Domínguez y Di Santi (2011). Por su parte, Mellizo, Castro y Morales (2006) aluden que habitar la calle configura un espacio al cual se pertenece y también donde se instauran mecanismos de defensa para interactuar con los demás, siendo la agresión una forma de expresión.

Cuando se indaga por los motivos que llevan a vivir en la calle, son múltiples los que se reconocen; Mellizo et al. (2006) resaltan los factores familiares, entre ellos la violencia, la desintegración, la agresión y el maltrato y la falta de roles claros, como aspectos primordiales que llevan a la vida en calle. Por su parte, Fernández (2004) señala que vivir en la calle está asociado con una causa inmediata que se constituye como el desencadenante

³ Sisben es una herramienta conformada por un conjunto de reglas, normas y procedimientos para obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos en todos los departamentos, distritos y municipios del país. Para focalizar el gasto público garantizado que el gasto social le sea asignado a los grupos de población más pobres y vulnerables.

para iniciar el proceso en calle. Esto se puede interpretar desde la teoría de Frankl (1988, 1991), quién plantea que si una persona pierde su sentido de vida empieza a originarse una frustración que se puede asociar con desesperanza y que puede detonar acciones radicales como vivir en la calle.

En este sentido, quién habita la calle es una persona que se caracteriza por su nomadismo al interior de la ciudad en la que se encuentra (Navarro y Gaviria, 2009). En esta lógica se pueden establecer pequeños grupos -o como ellos lo denominan, “parches”- (Correa, 2007b), que les facilitan la supervivencia en estas condiciones, y de esta forma se integran a actividades informales tanto legales como ilegales que sostienen su estilo de vida (Galeano y Vélez, 1999).

Con este panorama, es importante centrar la reflexión en la vulnerabilidad y en el sentido de vida de estas personas, para que desde las acciones estatales y de comunidad se hagan intervenciones más efectivas que no respondan solo a suplir las necesidades básicas, sino a la superación de esta condición, por medio de procesos permanentes que respondan al tratamiento de patologías físicas y mentales asociadas, además de la restitución de lazos sociales y redes de apoyo.

Referencias

- Alcaldía de Medellín y Universidad de Antioquia. (2009). *Censo de habitantes de Calle*. Medellín: Centro de Estudios de Opinión.
- Cámara de comercio. (1997). *Habitantes de la calle: un estudio sobre la calle de El Cartucho en Santa fe de Bogotá*. Bogotá: Departamento de Publicaciones de la Cámara de Comercio de Bogotá.
- Correa A., M. E. (2007a). La otra ciudad—otros sujetos: los habitantes de la calle. *Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional*, (9), 37-56.
- Correa A., M. E. (2007b). Para una nueva comprensión de las características y la atención. *Rev. Eleuthera*, 1, 91-102.
- Domínguez, A., y Di Santi, J. (2011). *Investigación Diagnóstica de Personas en situación de calle*. Córdoba: Defensoría del Pueblo.

- El Mundo. (Septiembre de 2013). *Ser habitante de calle no es un delito, es una postura*. Recuperado de: http://www.elmundo.com/portal/noticias/derechos_humanos/ser_habitante_de_calle_no_es_un_delito_es_una_postura.php#.Vwf79PnhCM8
- Fernández, P. (2004). *El espíritu de la calle, psicología política de la cultura cotidiana*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Frankl, V. (1988). *La voluntad de sentido, conferencias escogidas sobre Logoterapia*. Barcelona: Ed. Herder.
- Frankl, V. (1991). *El hombre en búsqueda de sentido*. Barcelona: Ed. Herder.
- Galeano, E., y Vélez, O. (1999). *La calle como forma de sobrevivencia: gaminismo, prostitución infantil y menor trabajador en el centro de Medellín*. Medellín: Cámara de Comercio.
- Galeano, M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Martínez Rodríguez, J. (2011). Métodos de Investigación cualitativa. *Silogismos de Investigación*, 8(1), 1-43. Recuperado de: <http://cide.edu.co/ojs/index.php/silogismo/article/viewFile/64/53>
- Mellizo, R., Castro, S., y Morales, M. (2006). *Habitantes de la calle en Bogotá: representaciones sociales sobre espacio público y ciudadanía*. Bogotá: Fundación Universitaria Luis Amigó y Centro de Formación de Promotores Juveniles.
- Navarro, O., y Gaviria, M. (2009). Representaciones sociales del habitante de la calle. *Univ. Psychol.*, 9(2), 345-355.



ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA
THEORETICAL REVIEW ARTICLES

La ludopatía: revisión y análisis hacia un modelo integral¹

Ludopathy: revision and analysis towards an integral model

Enviado: 9 de octubre de 2015 / Aceptado: 10 de diciembre de 2015

Yein Alexandra Muñoz Londoño*

Forma de citar este artículo en APA:

Muñoz Londoño, Y. A. (2016). La Ludopatía: revisión y análisis hacia un modelo integral. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(2), 201-219.

Resumen

En el artículo se describe la Ludopatía, partiendo de la premisa de la Organización Mundial de la Salud, donde se considera como una enfermedad; además se generan interrogantes sobre las formas de abordar e intervenir esta adicción comportamental, realizando un acercamiento a los modelos cognitivo conductual, farmacológico y prevención de recaídas; se realizó una búsqueda exhaustiva del fenómeno en diferentes bases de datos científicas, electrónicas y también en documentos físicos como libros y revistas, citando entre otros autores expertos en el tema como Domínguez, Villoria, Bisso, Echeburúa. Esto permitió: una mejor comprensión de la ludopatía, la evidencia de falencias en los factores de protección para tratarla, la necesidad de abordar al ser humano de manera integral, el respeto por las diferencias de género y el establecimiento de objetivos terapéuticos acordes con la complejidad de la adicción.

Palabras clave

Ludopatía, Juego patológico, Adicción comportamental, Modelos de intervención.

¹ Este artículo es producto de la Investigación Las Representaciones sociales sobre las adicciones comportamentales en los profesionales de las Ciencias Sociales Humanas y de la Salud, que les corresponde intervenir en los municipios pertenecientes al Valle de Aburrá. Realizada en 2014 y financiada por la Fundación Universitaria Luis Amigó y la Institución Universitaria de Envigado.

* Yein Alexandra Muñoz Londoño, Psicóloga, Universidad de San Buenaventura. Maestría en Adicciones, Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín – Colombia. Correo: yalex1819@hotmail.com

Abstract

Based on the premise of the World Health Organization, where it is considered as a disease; it is also different scientific databases, electronic and in physical documents such as books and magazines, citing among other authors experts in the topic as Domínguez, Villoria, Bisso, Echeburúa, among others. Generate questions about the forms of address and speak this behavioral addiction, making an approach to the cognitive-behavioral models, pharmacological and relapse prevention; conducted an exhaustive search of the phenomenon in this allowed: a better understanding of pathological gambling, the evidence of flaws in the

protective factors to deal with it, the need to address the human being in a comprehensive manner, the respect for gender differences and the establishment of therapeutic targets commensurate with the complexity of the addiction.

Keywords

Compulsive gambling, pathological gambling, behavioral addiction, intervention models.

Antecedentes

El juego ha sido visto como una actividad lúdica de gran importancia y socialmente aceptado, significativo en el desarrollo evolutivo en la infancia; sin embargo, en la adolescencia o adultez con la frecuencia en la práctica y realizado de forma impulsiva se convierte en problemático, generando dificultades y disfunción en el individuo al interactuar en su cotidianidad.

El juego patológico antes no era reconocido como tal; según Bisso- Andrade (2007), los juegos de azar fueron practicados en las civilizaciones egipcias, romanas y griegas, donde se conoció la adicción de emperadores como Augusto y Claudio, y se consideraba una de las actividades predilectas en las clases más altas.

La ludopatía se clasificó inicialmente como una entidad nosológica propia y con criterios diagnósticos específicos en el DSM-III (American Psychiatric Association. APA, 1980) siendo un trastorno de conducta y posteriormente, reaparece en consecutivas ediciones del DSM-IV (APA, 1994), en el que la ludopatía se incorpora también, como mencionan Echeburúa, Amor y Yuste (2000), en el apartado de los trastornos del control de los impulsos clasificados, donde de igual manera se encuentran la cleptomanía, la piromanía, entre otros.

Estas clasificaciones son relevantes para un dictamen diagnóstico de esta adicción. Las versiones más actualizadas del DSM, como es el recién publicado DSM-5 (APA, 2014), la clasifican en el apartado de los trastornos relacionados con sustancias, llamándola juego patológico (Código 312.31 F63.0), y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10); no obstante, comienza a considerarse como un problema en el año 1992, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) coincide con la CIE 10 en cuanto a los criterios para considerar su existencia como una adicción.

En la actualidad, el juego patológico no solo está presente en las personas adultas tanto de género masculino como femenino, sino que también se manifiesta en la infancia y adolescencia -no tiene una edad específica para desarrollarse-. La APA (1990) manifiesta que la exposición al juego durante la etapa de la infancia, es un factor fuertemente predisponente a la ludopatía, por esta razón se hace necesario ampliar el tema y profundizar algunos aspectos.

Materiales y método

Para la revisión de la literatura y construcción del artículo se empleó como herramienta para la obtención de la información, la internet, donde se realizó búsqueda en las diversas bases de datos de carácter científico, es decir: revistas e investigaciones indexadas como lo son Redalyc, Latindex, Scielo, Google Academic, Dialnet, además de las bibliotecas de la Fundación Universitaria Luis Amigó y Universidad San Buenaventura, utilizando como palabras clave: juego patológico, ludopatía, conceptualización, evaluación factores de riesgo y protección, evaluación y tratamiento desde los diferentes modelos. Las referencias sobre el tema se han centrado en los últimos 35 años, haciendo énfasis en las investigaciones más actualizadas.

Génesis y características

La iniciación se enmarca en la infancia, etapa en la que el juego se realiza por diversión y en los hogares o en lugares cercanos a donde estudian o viven los infantes; después de un tiempo de la práctica del mismo, estas actividades de entretenimiento evolucionan (Carbonell, Talarn, Beranuy, Oberst, y Graner, 2009) en la adolescencia hacia la apuesta de poco dinero en juegos de azar, como podría ser en cartas, el parqués y dados. En la juventud, puede aumentarse su hábito con la posibilidad de frecuentar los casinos o sitios donde se cuenta con máquinas de juegos que han sido conocidas como “tragamonedas”; la visita a estos lugares incrementa la compulsión, el gasto de grandes sumas de dinero, y la capacidad de endeudamiento reboza y se comienza a incumplir en las obligaciones, y en su estilo de vida aparecen disfuncionalidades que afectan los ámbitos relacionales. Según Astoray Cáceres (2014), en estos casos la ludopatía se complica al aparecer problemas familiares, bajo rendimiento académico, incumplimiento de los compromisos educativos y, como resultado de estos actos, posiblemente falla o abandono de la formación profesional, dificultades en la relación con los amigos, inasistencia laboral -que contribuye a la aparición de dificultades en la vida de pareja, desgastando los vínculos afectivos y llevando al fracaso de la renta familiar-. Estas problemáticas son signos de la conducta adictiva.

Esta conducta adictiva no distingue entre clases socioeconómicas, sencillamente se adueña de las rutinas de los individuos que presentan una deficiencia en el sistema de control de impulsos, pues según Bisso-Andrade (2007), la ludopatía hace que quien la padece presente una atracción que no puede controlar y que

lo lleva a actuar de manera impulsiva, conduciéndole a la apuesta de juegos y pérdidas enormes de dinero; también que por el deseo insaciable de jugar se ve obligado a endeudarse para obtener dinero y es así como se inicia un circuito que se compone de adeudos, noches jugando y decaimiento del cual no es fácil recuperarse.

Algunas de las investigaciones sobre este tipo de ludopatías² relacionadas con los juegos de azar, mencionan que aquellos que juegan tienen una idea equívoca acerca de su interacción con el juego. Por su parte, Villoria (2003) considera como una conducta normal al juego de azar, el cual cuando acarrea duelos económicos, pueden desarrollar características patológicas con consecuencias importantes para el sujeto y su contexto. La transformación del juego inofensivo a la adicción es inapreciable e inimaginable, se presenta más en la juventud y su transición depende de las características subjetivas y del contexto.

En esta instancia, es conveniente destacar las características del ludópata abordadas por Palacios (2006), en ellas se halla la obsesión por jugar y obtener dinero para seguir practicando su juego, para sentir el placer que desea; la intranquilidad que le produce el no poder jugar, acompañada de irritabilidad, la pérdida continua de dinero y los intentos fallidos por recuperarlo jugando; el sacrificar actividades familiares, sociales, laborales o recreativas para poder jugar; malestar al no poder jugar, tratar de esconder las dificultades mintiendo y comenzar a presentar problemas en su vida cotidiana, tanto en el trabajo como en la familia.

Con respecto a las ludopatías, también existen otros tipos de jugadores conocidos como “jugadores problema”, que sin presentar cuadros de ludopatía estricta, tienen una implicación tan desproporcionada en los juegos de azar que evidencian un alto riesgo de caer en la adicción, “es aquél que juega en exceso pero mantiene cierto control, como lo sería una persona que va al casino dispuesto a jugar un límite de dinero que, si bien es elevado y merma su economía personal, respeta” (Goffard, 2008, p. 2).

Según Zapata, Torres, y Montoya (2011), la ludopatía se considera una problemática difícil de salud pública; ésta presenta unos factores que desencadenan y mantienen la adicción y se ven inmersos también en el entorno social (Johansson, Grant, Kim, Odlung, & Götestam, 2009; Welte, Wiczorek, Barnes, & Tidwell, 2006).

² Se pluraliza el concepto debido a que la adicción se da a diferentes tipos de juego, en casino, electrónicos o por la web.

Factores de riesgo y protección

En la ludopatía se presentan algunos factores de riesgo que son los responsables del desarrollo de esta adicción, la causa es multifactorial -del mismo modo que en las adicciones químicas-, por ello se asocian las siguientes particularidades: características de personalidad impulsiva, insuficiente tolerancia a la frustración y ansiedad de recompensa *ipso facto*; en relación con esto, Parke, Griffiths, & Irwing (2004) investigaron sobre variables de la personalidad comprobando su asociación.

Según Castaños y Montesinos (2007), existen también variables que predisponen a una persona para ser ludópata y se clasifican en tres grupos, como las sociodemográficas, que se refieren a la edad de inicio temprana, al género masculino principalmente, la juventud, ser hijo de jugadores patológicos, el estado civil soltero y los estilos de vida caracterizados por la costumbre de jugar; las psicológicas, que están relacionadas con la deficiencia en el autocontrol y afrontamiento de estrés, la regulación de la activación fisiológica modificada mientras juega, las distorsiones cognitivas, las conductas de ansiedad y presentar depresión u otros trastornos; las ambientales: son aquellas como la carga adictiva de los diversos juegos, el porcentaje de participación y manipulación, la inmediatez del resultado, la rapidez de las respuestas, los estímulos asociados al juego, qué tan asequible y disponible esté, los anteriores también han sido mencionados por Domínguez Álvarez (2009) como los factores sociales y culturales o socioambientales, así como el ser socialmente aceptado, lo que aumenta la presencia del juego patológico en la población, como lo propone Allcock (1986); otro de ellos es el refuerzo que media entre la razón variable así como la economía de la apuesta, también es mencionado en Domínguez Álvarez, Pérez Pérez, Salcedo, Villahoz González, y Fernández Alepuz (2007).

Domínguez Álvarez (2009) retoma otros factores de riesgo que favorecen que se genere esta adicción, entre ellos están los familiares -como las normas familiares inapropiadas-, la gran permisividad, la práctica del juego en la adolescencia, la disfuncionalidad familiar del hogar, además de la escasa proyección y apoyo, donde el modelamiento es la base del aprendizaje; también los medios de comunicación contribuyen a la persuasión sobre la población, debido al poder que ejercen.

Sistemáticamente, los sujetos consolidan las adicciones comportamentales mediante la repetición de sus conductas, que aunque producen unas consecuencias adversas, se sobreaprenden y se ejecutan espontáneamente. Según Echeburúa, Salaberría, y Cruz-Sáez (2014), la ludopatía es usada como una estrategia de afrontamiento incorrecta, empleada para enfrentar dificultades personales como la ansiedad o la tristeza.

Adicionalmente, también se encuentran de manera afortunada los factores de protección. EDIS (2003) plantea que estos ayudan a resguardar a una persona para que no se manifiesten comportamientos relacionados con la ludopatía; se mencionan: los valores, la integración familiar, el entorno comunitario, las actividades culturales, el deporte, la prevención escolar, entre otros, que en interacción recíproca con los factores que la predisponen pueden impedir o modular las conductas de juego inadecuado.

Frente a los factores de protección, es preciso explicar el predominio para fortificar a los mecanismos de afrontamiento y que un sujeto que esté afligido por este comportamiento adictivo tenga la posibilidad y la decisión de definir metas y proyectar su vida hacia lo que desea y sueña. Robles y Martínez (1999), al respecto dicen que las normas de conducta familiar y escolar, el apoyo en el entorno social, hacer parte de una religión, aceptarse a sí mismo y tener conciencia del cuidado del cuerpo y la vida a través de valores éticos.

Se puede evidenciar claramente la poca información sobre los factores protectores; sin embargo, en la literatura probada sobre esto, Martínez y Muñoz (2012) mencionan que es significativo que exista un balance entre las diferentes dimensiones, un equilibrio entre los distintos componentes, puesto que cuando los factores de riesgo sobresalen, los de protección no pueden compensarlos y es más factible que se presenten comportamientos desadaptativos.

Ludopatía y la relación con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA)

Otro aspecto que se menciona en la literatura acerca de las ludopatías es la fuerte relación con el consumo de sustancias psicoactivas como es el alcohol, agrupación de la que se conoce que es usual en los jugadores patológicos; esto fue comprobado por Gupta & Derevensky (1998) a través de diversas investigaciones, de las que afirman la evidencia de un mayor número de asociación recíproca entre el juego y el consumo de licor, drogas y las actividades ilegales o delictivas.

Estas mezclas con el consumo de SPA, además son factores que mantienen y explican por qué una persona continúa jugando sin control y llega a desarrollar una adicción, a pesar de todas las consecuencias negativas y el deterioro que le ocasiona a diferentes niveles.

Esta relación presenta tolerancia, lo que hace referencia a un rasgo propio de las adicciones, donde la dosis es necesaria aumentarla para presentar el mismo efecto que al inicio se generaban con dosis mínimas; al respecto del juego este también aumenta el riesgo económico al querer apostar cantidades mayores de dinero, la búsqueda de juego con una carga adictiva desmesurada y gastar demasiado (Goffard, 2008). Si bien no

aparece documentado el síndrome de abstinencia, también se genera una vez el sujeto pretende dejar el juego pero sus intenciones fracasan al presentarse síntomas como ansiedad intensa o craving, inquietud motora y deseo incontrolable por jugar, y eso hace que desista y retorne a la actividad adictiva.

Aspectos al momento de intervenir

A continuación se enuncian algunos elementos que se deben abordar al inicio del tratamiento de esta adicción comportamental, pero antes es indispensable evaluar el cumplimiento de los criterios del DSM-5 o del CIE-10, así mismo que la evaluación conductual, que contiene un análisis descriptivo y otro funcional del comportamiento en el juego, la afectividad del individuo, la impulsividad, el locus de control y los sucesos vitales estresantes que ha tenido que vivir el adicto (Domínguez Álvarez, et al., 2007).

Además se debe descartar la presencia de trastornos mentales comórbiles a la ludopatía. Domínguez Álvarez et al. (2007) plantean que es preciso establecer si hay síntomas de ansiedad o depresión que se presenten de manera reactiva a la problemática del juego o si son generados como un trastorno independiente y que necesitan intervenciones específicas. Igualmente, es importante tener en cuenta indagar la existencia del consumo de alcohol o u otras drogas que se puedan estar asociando. De lo anterior se realiza un análisis de las secuelas que surgen en los niveles personal, familiar, social, laboral y monetario, precisando los alcances en lo legal.

Además, se hace una evaluación de la motivación del individuo si éste busca ayuda, pues gran parte de la trascendencia de la terapia depende de este aspecto; es decir, la motivación o el poder fortalecer el espacio terapéutico permite que el tratamiento sea exitoso y, al mismo tiempo, convierte al individuo en enganche para otras personas con esta adicción, como lo señalan Hodgings, Currie y El-Guebaly (2001); cuando no existe una alta motivación intrínseca, el terapeuta debe encaminar al paciente para que la encuentre por medio del tratamiento.

Por otra parte, Madrid Salud (2011) menciona que es primordial la actitud del terapeuta en el encuentro inicial con el paciente; lo primero es realizar algunas entrevistas, bien sean estructuradas o semiestructuradas; éstas ejercen una relevante función porque a través de ellas se establece la relación de la alianza terapéutica, donde la empatía es un factor importante entre terapeuta y paciente porque beneficia el tratamiento.

Para recoger información y estipular un diagnóstico se encuentran los autorregistros, cuestionarios de exploración que son de gran utilidad para evaluar y tener un fundamento acerca de la conducta de juego y marcar las líneas de acción durante el proceso de la terapia, además de favorecer el diagnóstico diferencial. Para Ferro, Valero y López Bermúdez (2009); Kohlenberg & Tsai (1991); Velasco y Quiroga, (2001), y Jiménez

(2013), la ejecución del análisis funcional se emplea con el objetivo de recolectar la información clínicamente que sea de utilidad, permitiendo crear un análisis minucioso de la problemática y fijando cuáles son las relaciones funcionales presentes en los estímulos y respuestas del paciente.

Lo escrito en el párrafo anterior ratifica la necesidad de determinar los trastornos mentales que se asocian, al mismo tiempo de realizar un diagnóstico diferencial, pues como plantea Domínguez Álvarez (2007), probablemente surjan equívocos que lleguen a confundir un episodio maníaco o hipomaníaco, donde se emiten conductas de juego de carácter particular que simplemente podrían dar a entender que se está ante un problema de juego patológico. No obstante, estas son consecuencia de la presencia de estados de ánimos elevados y eufóricos; de igual forma, se puede presentar una autoestima desmedida que podría llegar a ser delirante en algunas ocasiones.

Estos aspectos permiten comprender la condición del paciente y facilitan la prevención de problemas mentales, si es que aquel presentó alguno en el pasado, como lo mencionan Echeburúa, Becoña, y Labrador (2010) y la Fundación Gaudium (2010); por ello debe evaluarse el progreso en el proceso terapéutico de la ludopatía, de lo contrario, tendría efectos adversos y se reinstaurarían las conductas adictivas al juego por deserción o al presentarse recaídas.

Algo infaltable debido a su importancia, es la realización del análisis funcional; Domínguez Álvarez (2007) lo propone como un aspecto relevante al obtener la información que interese, permitiendo captar detalles de la problemática, también contribuye al conocimiento del sistema de relaciones y las respuestas a los estímulos de cada persona; tiene como objetivo final aportar a una descripción minuciosa de la problemática y, por ende, facilitar el establecimiento de métodos de intervención que procuren ser más eficaces. La característica principal del análisis es mostrar de forma específica las variables que median en función de la conducta adictiva y, también, de la naturaleza y las relaciones que se tejen entre las mismas.

Existen unas fases por las que pasa una persona y que muestran la evolución en la adicción al juego, las primeras tres etapas de los ludópatas fueron mencionadas por Custer (1984) y la cuarta por Lesieur & Blume (1991). Si bien no se halla un orden transitorio que determine la duración de cada etapa, se piensa que es idiosincrásico (Goffard, 2008); entre ellas están: **la ganancia o big win**, que se refiere al acercamiento al juego básicamente, las primeras experiencias, las cuales generan excitación a raíz de los probables dividendos obtenidos; **la pérdida y “caza”**, en ésta se pretende recobrar lo que se ha invertido, aumentando la conducta de juego, y se cae en un círculo vicioso con la intención de recuperar lo que se perdió gastando mayores cantidades de dinero, se caracteriza porque se demuestran oscilaciones en el ánimo; **la desesperación**, que evidencia el inicio de una patología crónica; se llega al punto de perder el control del comportamiento y mantener la esperanza de recuperar el dinero invertido creyendo solucionarlo todo si se gana, razón por la que no se

abandona el juego, el sujeto se aísla y comienza a tener dificultades familiares y posiblemente llega a cometer actos ilegales; **el abandono**; esta etapa se trata del sentimiento de indefensión, porque si bien se renuncia a la fantasía de triunfar, no se es capaz de dejar el juego, lo que el sujeto traduce en que su conducta en inicio fue para socializar y compartir y finalmente termina en **soledad**, transformándose en un cautivo del juego.

Intervención de la ludopatía

Una vez se da claridad sobre las etapas distintivas de la ludopatía, es preciso poner en práctica al intervenir que existe una decisión difícil que deben tomar los ludópatas, es el reconocimiento del problema y la necesidad del tratamiento, pues es característico, al igual que en otras adicciones, que se niegan a buscar ayuda. Como negación, se sirven de cualquier razón para evidenciar lo que no quieren aceptar; aunque creen tener un falso control ante lo que sucede, las problemáticas continúan, a pesar de la resistencia al reconocimiento (Echeburúa, Becoña y Labrador, y Fundación Gaudium, 2010). Desde la iniciativa familiar se puede hacer frente demostrando que los problemas que sufre el ludópata requieren de una intervención profesional y que su labor como familia se vincula desde la figura de coterapeutas.

Existen algunas diferencias que se han planteado en función del género, donde se conoce que los hombres juegan por excitación y para ganar dinero, las mujeres, para hacer frente a problemas familiares y personales (soledad, depresión, entre otros); esto permite decir que es una enfermedad poligénica³ (Bahamón, 2006). Pero estas diferencias no se han tenido en cuenta a la hora de diseñar tratamientos específicos (Raylu & Oei, 2002).

Entre los tratamientos para las ludopatías están las propuestas conductuales que incluyen técnicas como: desensibilización imaginada -adaptada por McConaghy, Armstrong, Blaszczynski, y Allcock (1983)-, el control de estímulos, la relajación y la exposición in vivo previniendo la respuesta; que desde la terapia conductual se consideran para manejar el comportamiento desadaptativo del ludópata. Chóliz (2006, citado por Goffard, 2008, p. 7) dice que desde la psicología cognitivo conductual se establecen esquemas para las rehabilitaciones de toxicómanos, que consisten en la etapa de motivación, desintoxicación, cambios conductuales y la consolidación.

De acuerdo con las investigaciones, el tratamiento más efectivo es la propuesta cognitivo conductual, debido a la reestructuración de las distorsiones cognitivas (Echeburúa et al., 2014) lo que beneficia la relación del paciente con los demás que están pasando por lo mismo, expresando las dificultades con el juego, obteniendo recursos y habilidades de afrontamiento frecuentes y multiplicándolas con otras que presenten problemáticas análogas.

³ Término que se refiere al rasgo fenotípico o enfermedad causada por la interacción de varios genes, es decir, que es multifactorial.

Como en la mayoría de los casos de adicción el individuo no suele aceptar el problema y por ende, no trata de solucionarlo, estas personas requieren estrategias de intervención orientadas a superar la ambivalencia y a motivarlos al cambio, como lo expresan Lizarraga y Ayarra, (2009), y Rollnick, Masson, & Butler (1999). La decisión del compromiso con un tratamiento no es un asunto fácil, por ello, en estos casos, la intervención más adecuada es la aplicación de las líneas descritas en la entrevista motivacional.

Modelos de tratamiento

Desde la terapia cognitiva se aspira a las reestructuraciones de tipo cognitivo; procurando reformar las creencias y pensamientos incongruentes, con el manejo de métodos como pensamientos en voz alta, la verbalización de su accionar al momento de jugar, con el propósito de reconocer sus pensamientos de manera clara, y de esta forma, permitir que la conciencia y la razón estén presentes ante su deseo. Este tratamiento es uno de los que ha mostrado una mayor efectividad (Luengo, 2004).

Además, se encuentran las Terapias cognitivo-conductuales de Tercera Generación (TTG) que surgen a mediados de 1990, pero que no serían dadas a conocer ampliamente hasta el 2004 (Coutiño, 2012); dentro de estas terapias se incluyen el modelo conductual y en la terapia de conducta dialéctica, la cual tiene como objetivo principal que el sujeto aprenda a regular la emocionalidad extrema para disminuir las conductas desadaptativas que dependen del estado de ánimo, fortalecer la confianza y validar las propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos, ésta contiene elementos de la terapia cognitivo-conductual.

Así mismo, el Mindfulness, definido por Germer, Siegel, & Fulton (2005) como un proceso no-conceptual -que se describe como conciencia sin que los pensamientos interfieran o absorban y está centrado en el presente, en el aquí y ahora, no divagando en cuestiones relacionadas con el pasado o futuro-, ha sido adoptado como una aproximación para incrementar la conciencia y afrontar habilidosamente los procesos mentales que contribuyen al desequilibrio emocional y las conductas disfuncionales (Cebolla y Miró, 2007). En relación con lo anterior, se podría asemejar el término *insight* utilizado por Freud:

Para referirse a la recuperación consciente de los recuerdos reprimidos. Con la llegada de la teoría estructural, se consideró que el concepto implicaba la integración de aspectos del ello en el yo: "Donde estaba el ello, habrá de estar el yo" (Freud, 1933, p. 80, como se citó en Rosenblatt, 2004, párr. 4)

Sin embargo, el *insight* no es una técnica de intervención, y en el caso del juego patológico es más útil emplear las técnicas de Mindfulness, porque se centra en lo que está viviendo la persona sin necesidad de recurrir a su pasado o hacer una mirada retrospectiva de su vida y ayuda a que haga consciente su conducta adictiva al juego; este último aspecto permitiría que dicha técnica se combinara con la Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT, la cual se ha considerado la más completa de las TTG, y por ser la única que está íntimamente

relacionada con una moderna teoría que aborda el estudio del lenguaje y la cognición humana, ha sido útil para el abordaje de otras adicciones, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos alimenticios y demás; así que si bien no se encuentra evidencia científica para la intervención de la ludopatía, sería un elemento valioso en el tratamiento.

Dentro de las TTG también se enuncia la psicoterapia analítico-funcional, que va más allá de la convencional terapia conductual. Pretende sobrepasar los objetivos iniciales del tratamiento para encontrar mejoría; se enfatiza en la relación terapeuta-cliente con el propósito de utilizar con toda la intensidad, las oportunidades de aprendizaje que surgen en la sesión terapéutica; produce el cambio mediante contingencias de reforzamiento naturales y curativas que suceden dentro de una relación terapeuta-cliente emocional, cercana y con un alto grado de implicación (Virués-Ortega, Tsai, Kohlenberg, Fernández Parra, Valero Aguayo, y Ferro García, 2005); con respecto a ésta, se pueden inferir riesgos en la transferencia si no se le da un adecuado manejo, en este caso sería necesario tener un amplio conocimiento de la misma para su praxis.

Entrando a visualizar otros modelos, Goffard (2008) expone que la terapia multimodal es propuesta por Blaszczynski & Steel (1998) para los juegos patológicos; ésta considera los factores motrices, de la cognición y los psicofisiológicos de los sujetos, disminuyendo los efectos asociados a la ludopatía, al considerarla una enfermedad de un enfoque integrativo.

Por otra parte, en los tratamientos farmacológicos para esta adicción se ha encontrado utilidad de los estabilizadores del ánimo como son la Naltrexona, la Clomipramina, el Lito y los antidepresivos (Iancu, Lowengrub, Dembinsky, Kotler, & Danno, 2008). Respecto a esto es importante resaltar el uso de la terapia farmacológica en jugadores patológicos cuando presentan sintomatología depresiva, con riesgos o intentos de suicidio y ansiedad elevada. Así, los psicofármacos que se contemplan como aplicables al juego patológico, pueden agruparse en torno a dos grandes grupos (Bombín, 1992): los ansiolíticos y los antidepresivos, que tratan de neutralizar, respectivamente, la angustia y la depresión concomitantes con el impulso patológico al juego. No obstante, en los últimos años se comienza a estudiar la posibilidad de aplicar programas psicofarmacológicos específicos en el tratamiento del juego patológico (Blaszczynski, 1993; DeCaria, Hollander, Grossman, Wong, Mosovich y Cherkasky, 1996; Saiz, 1992; Turón et al., 1990, como se citó en Echeburúa, Fernández-Montalvo, y Báez, 1999).

Del mismo modo, los grupos de autoayuda poseen una función trascendente en el abordaje de esta adicción comportamental (Toneatto & Ladoceur, 2003). Algunos han sido llamados *Jugadores Anónimos* y siguen el patrón de los 12 pasos propuestos para los Alcohólicos Anónimos; así mismo surgió el Gam-Anon, como grupo para auxiliar a las parejas de los ludópatas (Becoña, 1998).

Para el mantenimiento en el tiempo y que sea sostenible el proceso de control del juego, además de que tenga los resultados deseados, es indispensable implementar la prevención de recaídas, puesta en práctica conforme al proceso de desintoxicación. Según Duncan, Hubble & Miller (2004), no se trata que haya un fracaso en la intervención, pero si existe una recaída al jugar, hay que contemplar las alternativas para romper el círculo adictivo.

En cuanto a la generación del objetivo terapéutico para intervenir, siempre se asume el abandono total del juego, pero no se deben descartar los propósitos intermedios como los orientados a reducir la carga adictiva, la reorganización y la reinserción responsable a su vida cotidiana y sus obligaciones; si es necesario, vigilar la probabilidad de una patología dual. Aun siendo un tema polémico, autores como Toneatto & Ladoceur (2003) afirman no parece ser tan necesario conseguir la abstinencia al juego; otros como Hodgins y El-Guebaly (2003) señalan la importancia de la adaptación de los objetivos clínicos (abstinencia total o juego controlado) y de los programas de tratamiento a las necesidades individuales.

De lo anterior, se puede aseverar que la ludopatía no es una enfermedad sin término, sino que tiene tratamiento. Más aún, al transcurrir el tiempo se ha encontrado que los síntomas se pueden estabilizar interviniéndolos de la mejor manera posible con procedimientos adecuados y sin dejar pasar mucho tiempo (Hodgins y El-Guebaly, 2003). Si bien se ha demostrado una eficiencia en el abordaje desde el modelo cognitivo conductual, no se podría afirmar que es el único que muestra resultados positivos, ni que puede ser igual de eficaz para todos los que padecen esta adicción, pues como se mencionó, algunos requieren tratamientos con fármacos, o padecen patologías concomitantes, pues en estudios con grupo control se ha encontrado que no todos son jugadores puros, sino que existe comorbilidad (Błaszczynski & Steel, 1998; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2001, 2004). Es importante resaltar que con las terapias de la tercera generación también se podría lograr un avance relevante en la intervención de esta problemática, ya que se modifican algunos conceptos ortodoxos del modelo cognitivo conductual y se integra al buscar cumplir diversos objetivos, entre ellos: abandonar el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de primer-orden; adoptar presupuestos básicos de corte más contextualizada; utilizar estrategias de cambio más experimentales en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio directas; así como ampliar y modificar de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar (Coutiño, 2012).

Finalmente, cabe plantearse si se podría proponer un objetivo de tratamiento sobre el juego controlado, e indagar ¿por qué el objetivo debe ser la abstinencia total al juego y no puede adaptarse a las necesidades del paciente?, teniendo en cuenta a los jugadores problema y no a ludópatas propiamente dicho, como lo afirman Ladouceur et al. (2003); es decir, la adaptación de los objetivos clínicos (abstinencia total o juego controlado)

y de los programas de tratamiento a las necesidades individuales, así como el papel terapéutico mismo de los manuales de autoayuda (Jiménez, 2013) serían de gran utilidad en el abordaje e intervención, puesto que la problemática es multifactorial y así mismo debería ser abordada.

Hay también algunas cuestiones a considerar y están relacionadas con las diferencias individuales. ¿Existe un modelo de tratamiento único para la intervención de la ludopatía? Las terapias psicológicas deben ser adaptadas a las necesidades específicas de cada paciente en función del tipo de juego al que son adictos, del sexo o género, a la presencia de trastornos comórbiles, porque los jugadores patológicos no constituyen un grupo uniforme y no pueden ser tratados de la misma forma, por ello se plantea: ¿La ludopatía se desarrolla de igual manera en hombres y mujeres? Hay que tener en cuenta diferencias como las emociones y sentimientos, si cuenta o no con grupo familiar o de amigos, cuáles son los juegos de preferencia, si es el póker, las carreras de caballos, o juegos online donde usan dinero electrónico, estas particularidades pueden ampliar la mirada en función de un tratamiento efectivo, pero sobre este tema todavía no se ha avanzado mucho (Echeburúa, González-Ortega, Corral & Polo-López, 2013).

Para concluir, queda mucho por hacer entorno a la intervención y aún más en la prevención de la ludopatía en instituciones educativas, universidades, en empresas y con personas de la tercera edad o jubilados, donde se vislumbra la necesidad de sensibilizar frente a la problemática, pues si bien el juego es legal y las representaciones acerca de él son inofensivas, no podemos bajar la guardia ante ciertas conductas de alarma que nos pueden estar indicando que hay una predisposición conductual al juego y una falla en el control de los impulsos.

Referencias

Allcock, C. C. (1986). Pathological gambling. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 259-265.

American Psychiatric Association. APA. (1980). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.

American Psychiatric Association. APA. (1990). *Benzodiazepine dependence, toxicity, and abuse: a task force report of the American Psychiatric Association*. Washington: American Psychiatric Pub.

- American Psychiatric Association. APA. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed.). Washington, DC: Masson.
- American Psychiatric Association. APA. (2014) *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Bogotá: Panamericana.
- Astoray Cáceres, E. L. (2014). Relación entre funcionamiento familiar y nivel de ludopatía en adolescentes de la Institución Educativa Técnica "Perú BIRF-República de Bolivia" Villa El Salvador-2012. *Cybertesis Repositorio Digital* Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3511>
- Bahamón, M. (2006). Juego patológico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(3), 380-399.
- Becoña, E. (1998). Evaluación y tratamiento del juego patológico. Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque Cádiz. Recuperado de: <http://www.juegoresponsable.org/pdf%20documentacion/Evaluacion%20y%20tratamiento%20del%20juego%20patologico.pdf>
- Bisso-Andrade, A. (2007). Ludopatía. *Rev Soc Peru Med Interna*, 20(2), 63- 67. Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/spmi/v20n2/pdf/a06v20n2.pdf>
- Blaszczynski, A., & Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14, 51-71.
- Bombín, B. (1992): *El juego de azar. Patología y Testimonios*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Carbonell, X., Talarn, A., Beranuy, M., Oberst, U., y Graner, C. (2009). Cuando jugar se convierte en un problema: el juego patológico y la adicción a los juegos de rol online. *Aloma*, 25, 201-220.
- Castaños, A. E., y Montesinos, R. (2007). Juego patológico. Un caso clínico. En: Espada, J. P., Olivares, J., y Méndez, F. X. (Coordinadores), *Terapia psicológica* (2^a ed.) (pp. 521-575). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cebolla, A., y Miró, M. T. (2007). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de psicoterapia*, 66(67), 133-157.
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17. Recuperado de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/66/63>.
- Custer, R. L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.

- Domínguez Álvarez, A. M. (2007). Epidemiología. En Moreno Mariscal, S. (Coord.), *Guía clínica. Actuar ante el juego patológico* (pp. 37-48). Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- Domínguez Álvarez, A. M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de psicología*, 27(1), 3-20. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/171/173>
- Domínguez Álvarez, A. M., Pérez Pérez, M. P., Salcedo, E. S., Villahoz González, J., y Fernández Alepuz, R. (2007). *Guía clínica. Actuar ante el juego patológico*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialopencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/GUIA_CLINICA_JUEGO/GUIA_CLINICA_JUEGO_PATOLOGICO.pdf
- Duncan, B. L., Hubble, M. A., & Miller, S. (2004). Beyond Integration: the Triumph of Outcome Over Process in Clinical Practice. *Psychotherapy in Australia*, 10(2), 2-19.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., y Báez, C. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Echeburúa, E., Amor, A., y Yuste, J. (2000). Atenuación de la responsabilidad penal en la ludopatía: Bases Psicopatológicas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 1, 59-76. Recuperado de <http://www.masterforense.com/pdf/2000/2000art4.pdf>
- Echeburúa, E., Becoña, E., Labrador, F. J., y Fundación GAUDIUM (2010). *El juego patológico: Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., González-Ortega, I., Corral, P., & Polo-López, R. (2013). Pathological gamblers and a non-psychiatric control group taking gender differences into account. *Span J Psychol*, 16, 1-9.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia Psicológica*, 32(1), 31-40. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art03.pdf>
- EDIS. (2003). *Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones 2002*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2001). Trastornos de personalidad y juego patológico: una revisión crítica. *Psicología Conductual*, 9, 527-539.

- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18, 500-505.
- Ferro, R., Valero, L., y López Bermúdez, M. A. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30, 255-264.
- Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (Eds.) (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Goffard, P. (2008). Juego patológico: Una revisión bibliográfica de la ludopatía. *Revista Psicología.com.*, 12(2). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/723/698/>
- Gupta, R., y Derevensky, J. L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14(4), 319-345.
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., & El-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50-57.
- Hodgins, D., y El-Guebaly, N. (2003). Recuperación de la ludopatía de forma natural o por asistencia a un tratamiento: comparación de ludópata activos rehabilitados. *Revista de Toxicomanías*, 37, 23-36. Recuperado de: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET37_3.pdf
- Iancu, I., Lowengrub, K., Dembinsky, Y., Kotler, M., & Danno, P. (2008). Pathological gambling. An update on neuropathophysiology pharmacotherapy. *CNS Drugs*, 22(2), 123-138.
- Jiménez, D. (2013). Conceptualización y tratamiento terapéutico de un caso de ludopatía desde el análisis funcional y la terapia de aceptación y compromiso. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(2), 443-452. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/2190/2101>
- Johansson, A., Grant, J., Kim, S., Odlaug, B., & Gøtestam, K. (2009). Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *J Gambler Stud.* 25(1), 67-92.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., & Leblon, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 587-596.

- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *Br J Addict.*, 86(8), 1017-1028.
- Lizarraga, S. D., y Ayarra, M. (2009). Entrevista motivacional. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 24, 43-53. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5896/4752>
- Luengo, A. F. A. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. *Salud y drogas*, 4(2), 79. Recuperado de <http://www.documentacion.edex.es/docs/1101INSsal2.pdf#page=86>
- Madrid Salud. (2011). Adicciones sin drogas (I). Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. Madrid, España: Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de: http://www.madridsalud.es/temas/adicciones_sindrogas_I.php
- Martínez, G. A., y Muñoz, D. M. (noviembre de 2012). Los programas de intervención en las socioadicciones o adicciones sin sustancias. *I Congreso Virtual Internacional sobre Innovación Pedagógica y Praxis Educativa*. Recuperado de <http://riemann.upo.es/congresos/index.php/innovagogia2012/linnovagogia2012/paper/viewFile/158/161>
- McConaghy, N., Armstrong, M. S., Blaszczynski, A., & Allcock, C.C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (1992). CIE 10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Palacios, J. G. (2006). La ludopatía o adicción al juego. El diván. *Contraluz. Revista de la Asociación Cultural Arturo Cerdá y Rico*, 3, 229-234. Recuperado de: [file:///C:/Users/srestrepo/Downloads/Dialnet-LaLudopatia-3099532%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/srestrepo/Downloads/Dialnet-LaLudopatia-3099532%20(2).pdf)
- Parke, A., Griffiths, M., & Irwing, P. (2004). Personality traits in pathological gambling: sensation seeking, deferment of gratification and competitiveness as risk factors. *Addiction Research and Theory*, 12(3), 201-212.
- Raylu, N., & Oei, T. (2002). Pathological gambling: a comprehensive review. *Clin Psychol Rev.*, 22, 1009-1061.
- Robles, L., y Martínez, J.M. (1999). Análisis de factores de protección y de riesgo en una muestra de sujetos en tratamiento por su adicción a las drogas y de sujetos no consumidores habituales de drogas. *IV Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*. Chiclana (Cádiz).

- Rollnick, S., Masson, P., & Butler C. (1999). *Health Behavior Change: A guide for practitioners*. Edinburgh: Churchill livingstone.
- Rosenblatt, A. (2004). Insight, elaboración y práctica: el papel del conocimiento procedimental. Aperturas psicoanalíticas: *Revista de psicoanálisis*, (18), 1. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000305&a=Insight-elaboracion-y-practica>
- Toneatto, T., & Ladoceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4), 284-292.
- Virúes-Ortega, J.; Tsai, M., Kohlenberg, R. J.; Fernández Parra, A., Valero Aguayo, L.; Ferro García, R. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349-371. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33750209>
- Velasco, J. A., y Quiroga, E. (2001). Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema*, 13, 50-56.
- Villoria, C. (2003). El juego patológico en los universitarios de la Comunidad de Madrid. *Clínica y Salud*, 14(1), 43-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617967003>
- Welte, J., Wieczorek, W., Barnes, G., & Tidwell, M. (2006). Multiple risk factors for frequent and problema gambling: individual, social and ecological. *Journal of Applied Psychology*, 6(36), 1548-1568.
- Zapata, M. A., Torres de G., Y., y Montoya, L. P. (2011). Riesgo de Juego Patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín-Colombia. *Adicciones*, 23(1), 17-25. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/163/163>

La modificabilidad estructural cognitiva en la familia de un enfermo alcohólico

The cognitive structural modification in a family with an alcoholic member

Enviado: 5 de diciembre de 2015 / Aceptado: 9 de febrero de 2016

Lizzy Alpizar Jiménez*

Forma de citar este artículo en APA:

Alpizar Jiménez, L. (2016). La modificabilidad estructural cognitiva en la familia de un enfermo alcohólico. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(2), 220-236.

Resumen

La teoría del Doctor Reuven Feuerstein, la Modificabilidad Estructural Cognitiva, sus criterios de mediación para su Experiencia de Aprendizaje y su Programa de Enriquecimiento Instrumental son elementos de gran utilidad para que la familia de un enfermo alcohólico pueda desarrollar estrategias de ayuda y acompañamiento al que bebe, y crezca de forma sana e integral como núcleo familiar con la guía del mediador, que en este caso es el especialista en adicciones.

Por medio de preguntas generadoras, grupos focales, encuentros formativos para la familia, el mediador ampliará el conocimiento sobre alcoholismo, sus características, el trato al enfermo, la codependencia de los familiares y la recuperación adecuada de la totalidad de sus miembros, para que en ese proceso, a un ritmo propio, puedan modificar ideas, reacciones, límites y aprobaciones a su familiar y a ellos mismos.

Según lo sugiere la teoría, el mediador será solo un guía y provocador de la dinámica, esto se realizará por medio de pasos, principios psicopedagógicos, parámetros y criterios de mediación que trasmite la teoría.

Palabras Clave

Reuven Feuerstein, Modificabilidad Estructural Cognitiva, Experiencia de Aprendizaje Mediado, Programa de Enriquecimiento Instrumental, Mediación, Alcohólico, Familia.

* Magíster en Psicopedagogía de la Universidad de La Salle, Costa Rica. Docente del Colegio Saint Francis y Universidad Católica de Costa Rica. Correo electrónico: lalpizar100@gmail.com

Abstract

The theory of Dr. Reuven Feuerstein, Structural Cognitive modifiability, mediation Criteria for Learning Experience and Instrumental Enrichment Program are useful elements for the family of an alcoholic patient can develop strategies to help and support drinking and grow healthy and comprehensive way household from the guidance of the mediator, which in this case is the addiction specialist.

By generating questions, focus groups, informational meetings and training for the family, the mediator will expand the knowledge on alcoholism, their characteristics, the treatment of the sick, codependency of family and proper recovery of all of its members in that process, at their own pace, they can change ideas, reactions, limits and approvals to their family and themselves.

As theory suggests, the mediator will be only a guide and provocative dynamics, through steps, educational psychology principles, parameters and criteria that transmits mediation theory.

Keywords

Reuven Feuerstein, Modifiability Structural Cognitive Mediated Learning Experience, Instrumental Enrichment Program, Mediation, alcoholic, family.

Introducción

En la actualidad se enfrentan problemas muy marcados como es el alcoholismo, esta es una enfermedad que evoluciona y tiende a ser crónica, lo que provoca alteraciones no solo personales en todas las áreas de vida (socio emocional, económico-laboral, espiritual, proyecto de vida, entre otras), sino también en las familias y hasta en la comunidad donde se convive.

Las familias en general, y en especial la comunidad como tal, desconocen el alcoholismo como enfermedad y lo que se requiere para la recuperación, a pesar de que ésta no es ajena a la realidad actual. En muchas ocasiones, la incomprensión y el sentimiento de impotencia lleva a la familia y comunidad a hundir más al alcohólico y con él, a todos los que se encuentran a su alrededor (Asociación Hogar Salvando al Alcohólico, 1988).

En el Glosario de términos de alcohol y drogas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), avalado por Alcohólicos Anónimos (A.A, 1993a), se dice que “el alcoholismo es una enfermedad física, mental y emocional que se desarrolla en el ser humano predispuesto a éste” (p.16).

El alcoholismo como enfermedad y su proclamación oficial y pública por parte de la medicina conlleva una seria responsabilidad para la sociedad, para los profesionales en el área de la salud o las ciencias sociales y aun, para aquellos que son conscientes por vivencia propia de las consecuencias psicofísicas de la adicción (Brenes, s. f.).

Hoy en día, la enfermedad del alcoholismo se ha incrementado indistintamente de las condiciones socioeconómicas, del grupo étnico y religioso al que se pertenece. Ya no es tan influyente el tipo de crianza recibida, los rangos profesionales o de formación escolar, quizás por el acelerado ritmo del mundo que lleva a presiones asfixiantes, o por secuelas de situaciones personales no resueltas a tiempo, o por la misma ignorancia de la temática del alcoholismo; simplemente ya no se oculta al “borrachito de la familia o del barrio”, debido a que es común ver la venta y consumo de droga o alcohol en cualquier lugar y en personas cada vez más jóvenes (Alcohólicos Anónimos 1993b).

Con el desarrollo de la enfermedad no solo se afecta la integralidad del alcohólico, sino del grupo familiar, entendiéndose como los miembros que conviven cotidianamente bajo un mismo techo con él o ella (Cadahía, 1977). Cada núcleo familiar, a pesar de que no se parece a otro, por su forma de regirse, tiene una característica en común con los demás (Andolfi, 2001): no saben qué hacer con el alcohólico, cómo tratarlo, y el por qué está destrozando su entorno, sus vidas.

Por esta razón, es que se detecta la necesidad de apoyar no solo al alcohólico como tal, sino a la familia para que lleven conjuntamente el paso de recuperación, entendiéndolo como un proceso que no acaba y que es integral, porque la adicción al alcohol se rehabilita pero no tiene cura.

Los programas y las técnicas que se han desarrollado para ayudar a los alcohólicos son múltiples. El tratamiento para alcoholismo (Dellhanty, s.f.) se refiere a una gran variedad de servicios, tales como, consejería, intervenciones breves, consulta externa, internamiento en hospitales generales, psiquiátricos o centros de autoayuda, Alcohólicos Anónimos, servicios psicológicos y sociales, sistema de ayuda orientados con base religiosa, entre otros.

Dada la variedad y complejidad de los mecanismos biopsicosociales involucrados en los trastornos adictivos, una combinación de varias técnicas terapéuticas ajustadas a las necesidades del individuo, deben ser el principio que guíe el tratamiento. La literatura científica señala que los tratamientos que ayudan a mejorar las relaciones sociales y familiares, tienen mayor éxito; por cuanto los factores que más predicen recuperación y no recaída, generan estabilidad familiar, cohesión y apoyo social (IAFA, 1996; San Lee, 1995). También existe buena evidencia de mejores resultados cuando se incluyen intervenciones dirigidas al autocontrol y manejo del estrés, identificación de situaciones de riesgo en cuanto a las recaídas y técnicas de enfrentamiento (Pittman, 1995).

Ante ello, se proponen pautas desde la teoría de Reuven Feuerstein -llamada "Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva"- para la atención de familias con enfermos alcohólicos que están internos en un centro de alcohólicos o adicciones o que se han incorporado a un proceso terapéutico, de manera que el mismo grupo familiar sea el que evalúe, analice, modifique y dé seguimiento a su propio sistema y roles, desde el conocimiento básico y primordial de la enfermedad, en donde se vea beneficiado el alcohólico (Ochoa, 1995).

La Modificabilidad Estructural Cognitiva

Dr. Reuven Feuerstein

Para poder comprender la teoría, primero se contextualizará su nacimiento y se darán características relevantes de su promotor. Según Gagliardi (2011), el Dr. Feuerstein nació en Botosan en Rumania el 21 de agosto de 1921, en 1944 emigró a Israel, lugar donde residía con su esposa Berta Guggenheim Feuerstein y sus cuatro hijos. Muere el 29 de abril de 2014 con 92 años.

En 1944 obtiene el grado de Psicólogo y durante los años de 1944 y 1945 atendió el Seminario para el Entrenamiento de Maestros en Jerusalén. Luego, en 1949 en Suiza asiste a conferencias impartidas por Carl Jaspers, Carl Jung, Barbel Inhelder, Marguerite Loosli y Léopold Szondi; y en 1970 obtiene su título de doctorado en Psicología del Desarrollo en la Universidad de La Sorbona, en Francia.

En 1970 trabajó como profesor de Psicología Educativa en Bar Ilan University School of Education, también impartió clases en la Universidad Vanderbilt en Nashville, Tennessee. Desde 1965 fue director del Hadaza – WIZO – Canada Research Institute. Su labor se centra en el desarrollo de su teoría de Modificabilidad Estructural Cognitiva y el Programa de Enriquecimiento Instrumental (P.E.I.), que tiene como base la Experiencia de Aprendizaje Mediado (E.A.M) (Grynspan, 2001).

Teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva

A principios del siglo XX, la psicología se debatía entre dos grandes frentes: el conductismo Pavloviano y los anarquistas que consideraban arcaicas las teorías asocionistas (Kozulin, como se citó en Grynspan, 2001, p. 6).

Vygotsky reconoce que al ser humano no le bastan sus habilidades naturales o instintivas para vivir en sociedad, y requiere de una adaptación que le permita ajustarse a la dinámica cultural e histórica de la sociedad en la que está inmersa. Para él, los procesos de adquisición de lenguaje y las destrezas de comunicación están íntimamente ligados a la sociedad, cultura y momento histórico en la que se ubica la persona (Kozulin, como se citó en Grynspan, 2001, p. 6).

Años después, Feuerstein persiste en la teoría Vygotskiana y trabaja con niños y adolescentes sobrevivientes del Holocausto Nazi para que de alguna forma puedan insertarse de nuevo en la sociedad y tener un desarrollo integral adecuado, por lo que decide aplicar la mediación y diseñar una batería de tests (Programa de Enriquecimiento Instrumental) que permita reconocer la diferencia entre la zona de desarrollo próximo y la zona de desarrollo actual, según la teoría del aprendizaje.

De acuerdo con la ponencia de David Sasson (2000), principal expositor del Primer Congreso Latinoamericano de Aprendizaje Mediado, que se desarrolló en Argentina, la teoría de Reuven Feuerstein surgió en Israel en 1948 cuando se creó el Estado. En esa fecha comenzó una migración importante de israelíes que hasta entonces se encontraban, después de huir de la guerra o de ser expulsados de su tierra u hogar, en el Norte de África, Argelia y el sur de Francia.

Es así como el gobierno Israelí le encargó a Feuerstein evaluar a los niños que llegaban y que habían perdido a sus padres, vivido en campos de concentración o experimentado la extrema pobreza. La evaluación de estos “niños de las cenizas”, como se llamó a esta pequeña población, mostró un lapidario resultado: un alto porcentaje de ellos quedó bajo la norma establecida por los sistemas tradicionales de evaluación de la inteligencia; es decir, con un Coeficiente Intelectual (C.I.) bajo. Fueron catalogados como deficientes mentales, por lo que deberían recibir lo que su condición les permitía y nada más.

Frente a estos resultados, el Doctor defendió la idea de que el ser humano puede cambiar. Según él, la causa de la “mala inteligencia” se debía a un déficit cultural. Estos niños no habían tenido un hogar donde pudieran recibir principios, tampoco tenían raíces. Para demostrarlo desarrolló su concepto de la “Experiencia de Aprendizaje Mediado” (E.A.M.) y aplicó experimentalmente en ellos el Programa de Enriquecimiento Instrumental (P.E.I.). Después de tres años de evaluación concluyó que estos niños tenían capacidad de aprendizaje, pero que ésta requiere, ante determinadas circunstancias, una intervención específica o mediada.

Paralelamente implementó el estilo de mediación en niños con problemas genéticos (especialmente con síndrome de Down), donde comprobó también, que podían aprender y que no había que asumir con ellos una posición predeterminada que les limitara el aprendizaje. “Estos resultados permitieron el perfeccionamiento de conceptos relacionados con la teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva, entre ellos, adaptación, modificabilidad y aprendizaje mediado” (Grynspar, 2001, p. 6).

Prieto (1989) definió la modificabilidad como “desarrollo de las estructuras cognitivas de los sujetos con problemas de rendimiento y el aumento del potencial de aprendizaje de los individuos con desventajas socio-culturales” (p. 55), lo cual no exonera al alcohólico y a su familia que enfrenta la presión social y disfuncionalidad en su núcleo, creando una codependencia con el enfermo y desconocimiento en el cómo actuar ante él.

Como la modificabilidad es un proceso de cambio del organismo autónomo y autocontrolado, ésta permite que la misma familia, partiendo de su estructura, mantenga parámetros por seguir y controle sus propias modificaciones, asesorada por un mediador (Fuentes, 1992).

El mediador, partiendo del diagnóstico de necesidades y el perfil de entrada del grupo familiar, corrobora por medio de entrevistas, grupos focales, observaciones y registros, lo que éste ha dicho, basándose en tres características básicas: permanencia, penetración y significado. El modelo considera la relación entre las partes y el todo, la transformación y la continuidad y auto perpetuación.

Principios psicopedagógicos de la Teoría de Feuerstein

Esta teoría considera como requisito o condición básica del ser humano la capacidad que tiene para cambiar, ya que el individuo es capaz de experimentar modificaciones significativas en sus patrones cognitivos o estructura cognitiva. A estas modificaciones significativas Feuerstein las denomina modificabilidad básica cognitiva, la cual es definida por él como un cambio de carácter estructural que se produce en las distribuciones cognitivas del individuo y por ende, del núcleo familiar.

Ante esta razón, se muestra la necesidad de modificar la estructura cognitiva de las familias inmediatas del alcohólico, para que logren comprender su enfermedad, el trato que se le debe dar y los roles o funciones que deben tomar y así, mantener una estabilidad deseable a nivel personal, emocional y familiar.

Por otro lado, para que los cambios en las estructuras cognoscitivas tengan un carácter estructural, según Feuerstein, se deben cumplir con tres características fundamentales:

1. Debe haber una relación fuerte entre el todo y las partes, ya que al producirse el cambio de una de las partes, se afectan los vínculos o relaciones existentes entre las demás, teniendo como resultado un cambio en la totalidad en proporción con la cantidad de información lo que prepara a la persona para nuevas situaciones familiares.

En este aspecto es donde se ve la relación familia-alcohólico, debido a que si el hogar tiene un miembro enfermo, probablemente la estructura familiar y proceso de vida no van a ser funcionales. Por ello es importante velar por la parte (el alcohólico) y por el todo (la familia), para que el desarrollo integral y sano sea de todas las personas que conviven.

2. Debe existir una disposición constante en el individuo a involucrarse en procesos de cambio, para que produzca un aumento en sus esquemas mentales y en las estrategias de pensamiento, así incrementa su habilidad para beneficiarse de las interacciones que tiene con el entorno, como por ejemplo, que la familia persevere en su recuperación en Alcohólicos Anónimos y Alanon.

Desde este punto de vista, hay que tener en cuenta la disposición de la familia y el mismo alcohólico a participar voluntariamente en las sesiones, sabiendo que si el alcohólico no reconoce su enfermedad o no está dispuesto a trabajar en su recuperación, no se le podrá ayudar mucho; lo mismo sucede con la familia si no está dispuesta a unirse y trabajar por el mismo fin.

3. En el individuo se debe generar una habilidad auto-reguladora de los procesos; esto significa que al producirse la intervención cognitiva, los cambios originados en el individuo se mantendrán en función y en respuesta a sus necesidades (Arroyo, 2002).

La misma familia, y en momentos el enfermo alcohólico, irán dando las normativas para el trabajo que desean realizar que aporta al proceso particular, desde su propia percepción (Alpizar, 2005).

Para Feuerstein, los cambios estructurales en el individuo se pueden lograr a través de programas de intervención, como el Programa de Enriquecimiento Instrumental (P.E.I), el cual está sustentado en la concepción de la inteligencia en función de procesos, en oposición a productos (Molina y Romero, 2001). En este Programa deben emplearse procedimientos que puedan llevar al individuo a cambios que modifiquen su estructura cognitiva e incrementen su capacidad de aprendizaje. Estos cambios son denominados por el autor como modificabilidad cognoscitiva, para los cuales se necesita de la presencia de un mediador entre la familia y el conocimiento, quien tiene como función conseguir las modificaciones de naturaleza estructural en la inteligencia del individuo, por lo cual, es responsable directo del desarrollo cognitivo del sujeto. Así se obtiene un aprendizaje denominado cognitivo mediado.

Reuven Feuerstein señala que la utilización de este tipo de programas, se hace con la finalidad de incrementar las habilidades de pensamiento del individuo durante la enseñanza formal o en cualquier otra experiencia de aprendizaje. Según Nickerson, Perkins, y Smith (1990), estos programas surgen del descontento con los métodos tradicionales, los cuales revelan lo que ha aprendido o ha dejado de aprender un individuo, pero no lo que es capaz de aprender.

En la modificabilidad cognoscitiva, las funciones cognoscitivas constituyen una herramienta para comprender, concientizar y reflexionar sobre las deficiencias cognoscitivas. Feuerstein (Puente, Poggioli y Navarro, 1989), señala que éstas se pueden detectar durante las fases denominadas de entrada, de elaboración y de salida que posee el acto mental. En la fase de entrada, son detectadas las deficiencias que están relacionadas con la cantidad y la calidad de la información del alcoholismo al inicio de una tarea, tanto por parte del alcohólico

como de sus familiares y personas allegadas. En la fase de elaboración, se revelan deficiencias que impiden la correcta elaboración de las respuestas, es decir disfuncionalidad e incompreensión acerca del tema, una de ellas puede ser la no aceptación de la enfermedad o el no desear ayuda a nivel grupal. Y en la fase de salida, las deficiencias son las relacionadas con los factores que conducen a una inadecuada comunicación de los resultados, como lo es la forma en que sobreprotegen o abandonan al alcohólico, la manera en que canalizan la tensión y las dificultades en la casa a raíz de los problemas que trae el enfermo alcohólico y las posibles actitudes o reacciones que la familia tiene o cree tener ante esta vicisitud (por ejemplo, la codependencia).

Experiencia de Aprendizaje Mediado (E.A.M)

El desarrollo de la estructura cognitiva en el ser humano, de acuerdo con el Dr. Feuerstein, es el producto de dos modalidades de interacción entre el organismo y su ambiente: la exposición directa a la fuente de estímulo y el aprendizaje mediado. En el primero hay una dinámica con el ambiente que rodea al individuo, aun cuando el ambiente se mantenga estable y constante. “Esta modalidad de aprendizaje (como una función de una exposición directa) es consistente con la fórmula ‘estímulo – organismo – respuesta’” (Grynspan, 2001, p. 19). La segunda modalidad, el aprendizaje mediado, es menos universal y es característica de la especie humana.

La E.A.M es definida como una “cualidad de interacción ser humano – entorno que resulta de los cambios introducidos en esta interacción por un mediador humano que se interpone entre el organismo receptor y las fuentes de estímulo” (Feuerstein, 2000, p. 38). Es el estímulo emitido por el medio que se transforma a través de un agente conocido como mediador, este es el mismo especialista en adicciones que participa en el proceso de rehabilitación del alcohólico y su familia. Quién selecciona los estímulos del medio, los organiza, reordena, agrupa y estructura en función de una meta específica. “Sirve como guía para modelar las interacciones que producirán modificabilidad y la flexibilidad, dos aspectos cruciales para la adaptación de las personas, y finalmente para la supervivencia” (Grynspan, 2001, p. 21).

Para ello se sugieren los siguientes pasos:

- a. La exposición directa del organismo a la estimulación: es decir, un organismo se modifica a lo largo de la vida al estar expuesto directamente a los estímulos. Estos estímulos, percibidos y registrados por el organismo, modifican la naturaleza de la interacción del mismo y, por tanto, se producen cambios evidentes. La exposición de necesidades como los estímulos, se identifica por medio de un diagnóstico y en el transcurso de la evaluación interna o introspección que hacen los familiares, además del aporte del mismo alcohólico que pertenece a esa familia.

- b. La experiencia del aprendizaje mediado: es fundamental para el desarrollo de las funciones cognitivas más elevadas del individuo y para la modificabilidad cognitiva. En este caso, el mediador selecciona los estímulos del medio, los organiza, reordena, agrupa y los estructura en función de una meta específica como lo es la comprensión de la enfermedad y el trato con el alcohólico, para mejorar la condición emocional de familia. El mediador intenta enseñar al sujeto el significado de la actividad más allá de las necesidades inmediatas, de forma que éste pueda anticipar la respuesta ante situaciones parecidas.

Por tanto, el aprendizaje mediado tiene tres características: intencionalidad (el mediador altera intencional y sustancialmente la naturaleza del estímulo -como el de mejorar la actitud de la familia ante el enfermo alcohólico-); trascendencia (la meta del aprendizaje mediado va más allá de la producción de una conducta en respuesta a una necesidad, para proyectarse a metas más elevadas y distantes) en la conceptualización del alcoholismo y el alcohólico; y significado (el suceso presentado en la interacción tiene un significado afectivo, motivacional y orientado al valor), que es la actitud modificada de la familia ante la enfermedad y su rehabilitación, el cómo lo van a poner en práctica.

Feuerstein (2000) expresa que la falta de Experiencias de Aprendizaje Mediado produce una serie de funciones cognitivas deficientes, que reflejan las limitaciones en el campo actitudinal y motivacional, a la vez que expresan una falta de hábitos de trabajo y aprendizaje. Las funciones se han clasificado en los tres niveles del acto mental: Input-Elaboración-Output:

1. Input o fase de entrada de la información: incluye todas aquellas deficiencias cualitativas y cuantitativas de la información recopilada por el individuo, dificultades que se manifiestan cuando el sujeto ha de resolver el problema. Ejemplo, percepción borrosa y confusa, falta de orientación, falta de herramientas verbales y de comunicación y demás. Etapas: en este caso, incluye el perfil de entrada y el diagnóstico de necesidades.
2. Elaboración: incluye aquellos factores que impiden al individuo hacer uso eficaz de la información disponible. Ejemplo, dificultad para percibir un problema y solucionarlo, no distinguir datos relevantes, falta de conducta comparativa espontánea, carencia de estrategias, percepción episódica de la realidad, dificultad para planificar la conducta y otras. A la cual le corresponde la comunicación, la funcionalidad familiar, la comprensión del alcoholismo, el trato con el alcohólico y la recuperación.
3. Output: en esta fase de salida se contemplan aquellas funciones cognitivas que conducen a la comunicación insuficiente. Ejemplo, comunicaciones egocéntricas, bloqueo en la comunicación de la respuesta, respuesta por ensayo-error, carencia de instrumentos verbales para comunicar

adecuadamente las respuestas, conducta impulsiva y otras. A ello le corresponde el perfil de salida o mejor aún, el perfil deseado y la puesta en práctica de la familia (modificabilidad conductual) ante la modificabilidad cognitiva.

Programa de Enriquecimiento Instrumental (P.E.I)

El Programa de Enriquecimiento Instrumental se basa en un concepto de inteligencia que consta de tres aspectos fundamentales: una lista de funciones cognitivas potencialmente deficientes, un mapa y una teoría de desarrollo cognitivo.

El mapa es un modelo de análisis del acto mental que permite conceptualizar la relación entre las características de una tarea y el rendimiento del sujeto; es un modo de pensar y resolver problemas a través del análisis reiterado de la información.

El mapa cognitivo define el acto mental a través de siete parámetros que posibilitan el análisis e interpretación del rendimiento de la persona o el grupo como tal:

1. Contenido sobre el que se centra el acto mental: la competencia de los individuos en su conocimiento de una materia específica está ligada directamente a su experiencia pasada: historia educativa, personal, familiar y cultural.
2. Modalidades o lenguajes en que se expresa el acto mental: cualquier tarea se puede mostrar de forma verbal, numérica, gráfica, simbólica, pictórica o por combinación de varias.
3. Fases del acto mental: input–elaboración – output, anteriormente expuestas. Las tres fases están vinculadas y cada una de ellas tiene sentido en la medida en que se relaciona con la otra.
4. Operaciones mentales: el acto mental se examina en función de las estrategias que emplea la familia del alcohólico para manipular, organizar, transformar, representar y producir nueva información. Estas operaciones pueden ser simples o complejas.
5. Nivel de complejidad: el acto mental se analiza según las unidades de información que contiene y según el grado de novedad o relación que tiene para el sujeto.
6. Nivel de abstracción: la distancia existente entre un acto mental y los objetos o sucesos que implica, como por ejemplo, el concebir al alcohólico como vago y no como enfermo, que es un prejuicio común.
7. Nivel de eficacia: se puede medir por la rapidez y la eficacia en la tarea.

El Programa de Enriquecimiento Cognitivo de Feuerstein está diseñado sobre la teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva y es un intento de compensar el déficit y carencias de la Experiencia de Aprendizaje Mediado, presentando al sujeto una serie de actividades, tareas, situaciones y problemas construidos para modificar su deficiente funcionamiento cognitivo.

La mediación en la familia según la teoría de Reuven Feuerstein

Feuerstein señala la mediación como el resultado de un cambio logrado por la interacción de un ser humano que se interpone entre el organismo receptor y las fuentes de estímulo, seleccionando, planificando y organizando los estímulos, variando su amplitud, frecuencia e intensidad. El autor habla del desarrollo cognitivo a través de dos modalidades: la exposición directa del organismo a la estimulación, que la misma familia expondrá y corroborará, y la de la experiencia del aprendizaje mediado, guiado por el mediador (Ripol- Mollet, 2001).

Con lo anterior se refleja la importancia de la mediación como proceso de negociación integrativa porque

genera relaciones a largo plazo, facilita el trabajo en equipo, mejora el clima motivacional al promover sensación de éxito entre las partes que negocian un acuerdo, se asocia con el propósito y el conocimiento del por qué se realizan determinados trabajos, mejora la sensación de eficacia, significado, orientación e interés (Brown y Moberg, como se citó en Grynspan, 2001, p. 4).

La mediación busca la comunicación, la participación democrática, la solución positiva de conflictos y el desarrollo de estrategias de pensamiento. En este sentido, “contribuye a desarrollar la capacidad de diálogo y la mejora de las habilidades comunicativas, sobre todo la escucha activa” (Borrego, como se citó en Grynspan, 2001, p. 10), además, favorece las relaciones interpersonales, reduce el número de conflictos y ayuda a la resolución de disputas de una forma rápida y menos costosa (Satir, 1990).

Criterios de mediación

En la Experiencia de Aprendizaje Mediado (EAM) es necesario que las interacciones que lleven a aprendizajes cualitativamente significativos, respondan a ciertos criterios con los cuales el mediador deberá actuar.

Se plantean 12 criterios o formas de interactuar que el mediador debe contemplar e integrar en su comunicación con el grupo mediado, donde puede o no estar el alcohólico, según juicio del mismo núcleo familiar. Son: intencionalidad y reciprocidad -anteriormente mencionadas-; voluntad del alcohólico y la familia para realizar el cambio estructural cognitivo; manejo del significado -en este caso la enfermedad del alcoholismo-; trascendencia en la concepción del trato al alcohólico; el manejo familiar y su recuperación; mediación del sentimiento de

competencia, regulación y control del comportamiento que pertenece a la habilidad autorreguladora de todo familiar; estimulación del acto de compartir; mediación de la individualización y diferenciación psicológica, perteneciente a las personalidades y roles dentro del núcleo familiar; acompañamiento en la búsqueda, planificación y logro de los objetivos, partiendo de la modificación de los conocimientos; mediación del ser humano como modificable; regulación del optimismo en el ambiente familiar; y revisión del sentido de pertenencia sociocultural (familiar, social como geográfico).

A continuación se exponen todos los criterios en forma exhaustiva, en la tabla N° 1. De estos, los tres primeros son indispensables para que exista una real interacción de EAM, ya que se les considera responsables de la modificabilidad estructural del ser humano y son de carácter universal.

Tabla N° 1 Criterios en la Experiencia de Aprendizaje Mediado

Criterio	Características
Intencionalidad y reciprocidad	<ul style="list-style-type: none"> Selección y organización de los estímulos. Retroalimentación constante entre el sujeto y el mediador.
Trascendencia	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de generalizar lo aprendido en otras circunstancias. Utilizar lo previamente adquirido en la resolución de problemas. Presentar situaciones de aprendizaje en forma interesante y relevante.
Significado	<ul style="list-style-type: none"> El sujeto debe ser capaz de identificar la funcionalidad, la importancia y la aplicabilidad de la tarea.
Competencia	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar en el mediado un sentimiento de capacidad. Hacer consciente su proceso y éxito.
Regulación y control de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> Regular la impulsividad del mediado o el grupo y cambiar la misma por una actitud reflexiva. La persona debe lograr auto regulación.
Participación activa y conducta compartida	<ul style="list-style-type: none"> El mediador se incluye como un participante más del grupo que también es aprendiz. Estimular discusiones reflexivas.
Individualización y diferenciación psicológica	<ul style="list-style-type: none"> Respetar el ritmo y el estilo de aprendizaje de cada uno. No pretender la uniformidad.
Mediación de la búsqueda, planificación y logro de los objetivos de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> Crear una necesidad de actuar y trabajar respondiendo a un objetivo, utilizando una estrategia o plan para alcanzarlo. El mediador enseña a discriminar las metas reales de las irreales, estableciendo metas a corto, mediano y largo plazo y haciendo una revisión a lo largo del proceso.

Tomada de D. Prieto (1989).

Los 12 criterios de mediación enunciados permiten llevar al sujeto a “aprender a aprender”, entendiendo esto como aprender a adaptarse al mañana y a desarrollar su capacidad de pensar en forma más eficaz y efectiva.

Feuerstein (2000) comenta: “La mayor parte de los rasgos que consideramos constitutivos de la mente humana no están presentes a menos que los pongamos ahí, a través de un contacto comunicativo con otras personas” (p. 15).

Consideraciones finales

Una persona alcohólica y su familia -que a raíz de esta enfermedad ha desarrollado codependencia y está en situación de crisis- desconocen la temática y su recuperación, no saben cómo reaccionar, se enferman cada vez más y entran en desesperación (Slaikeu,1998), quizás porque han visto a su familiar ingresar y egresar de muchos centros de ayuda, de internamientos y aun así se da recaída tras recaída; sin lugar a dudas, los familiares desean ayuda y casi que una “receta mágica” para mejorar su entorno y cada una de sus vidas.

Para que un proceso de recuperación sea efectivo, el alcohólico y sus familiares deben estar anuentes a incorporarse al proceso de rehabilitación y mantener la mayor apertura posible tanto cognitiva como emocionalmente, dos áreas que han sido sumamente afectadas a razón del dolor, la desilusión, la impotencia e inclusive del desconocimiento y apego.

El mediador, como se ha concebido desde la teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva (T.M.E.C), debe reconocer los factores de debilidad que se pueden convertir en fortalezas a raíz de estas crisis, e iniciar la Experiencia del Aprendizaje Mediado bajo los doce criterios sugeridos.

Para que sea posible llevar a cabo esta serie de pasos se debe tener en cuenta la exposición directa del organismo a la estimulación y la experiencia del aprendizaje mediado, fundamental para el desarrollo de las funciones cognitivas en el acto mental más elevadas del individuo (Input-Elaboración-Output) y para la modificabilidad cognitiva, porque se aumenta la capacidad del organismo del mediado, cuyos objetivos son: adquirir conceptos básicos, vocabulario y operaciones mentales, corregir las funciones cognitivas deficientes, desarrollar una motivación intrínseca en la formación de hábitos, crear una motivación hacia la tarea: significado y disfrute, desarrollar un nivel de pensamiento reflexivo “insight”.

En definitiva, son una necesidad primordial para la familia la información, la formación y el acompañamiento, además de reuniones de expresión de sentimientos y confrontación con el alcohólico, que los mismos familiares conducen por medio de la guía del mediador.

Para la ejecución del programa se recomienda realizar preguntas generadoras, por medio de un grupo focal con una temática muy específica; además de desarrollar y fomentar la autopercepción del individuo por medio de las funciones cognitivas: 1- **Entrada:** obtener y recopilar información, percepción clara, exploración, etiquetar, referencia temporo-espaciales, conservación. 2- **Elaboración:** utilizar la información almacenada, relevancia, planificación, proyección, categorización, pensamiento hipotético, conducta comparativa, interiorizar. 3- **Salida u output:** sobreponer comunicación egocéntrica, ensayo-error, restricción de la conducta impulsiva y sobreponer el bloqueo.

Otras herramientas útiles son: el genograma, para que la familia comprenda las diversas situaciones familiares que en ocasiones llevan a fomentar el alcoholismo o diversas disfuncionalidades; el manejo de la tabla de alcoholomanía (fases del alcohólico) del Dr. Jellinek (s.f.), para el conocimiento de la enfermedad del alcoholismo y su progreso; y el sensibilizar al interno ante la situación familiar, así como se trabaja con la familia para que acompañe al mismo.

Según la fase propia de la familia y de mediación, así se ven los resultados tanto del núcleo familiar como del mismo alcohólico involucrado. Este es un proceso largo, por lo que sus efectos no son a corto plazo.

La propuesta es una herramienta valiosa para el profesional en adicciones, dado que incentiva la búsqueda de identidad, el trabajo cooperativo y el análisis de soluciones en conjunto con el establecimiento de normas, estrategias básicas para el bienestar personal y familiar, por medio de la mediación y la modificabilidad estructural cognitiva.

Referencias

Alcohólicos Anónimos. (A.A.). (1993a). *Doce Pasos y Doce Tradiciones*. New York, Estados Unidos: Alcoholics Anonymous y A.A.

Alcohólicos Anónimos. (A.A.). (1993b). *Tres Charlas a Sociedades Médicas por Bill W. Cofundador de Alcohólicos Anónimos*. New York, Estados Unidos: Alcoholics Anonymous World Services.

Alpízar, L. (2005). *Los principios psicopedagógicos de Reuven Feuerstein para la atención en crisis de familias con enfermos alcohólicos: un estudio de caso* (Tesis de Maestría). Universidad de La Salle, San José, Costa Rica.

- Andolfi, M. (2001). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Arroyo, Y. (2002). *Antología: Intervención en crisis para víctimas de desastres*. San José, Costa Rica: Universidad Fidélitas.
- Asociación Hogar Salvando al Alcohólico. (1988). *Asociación Hogar Salvando al Alcohólico "Roberto Soto Gatjen"* San José, Costa Rica: H.S.A.
- Brenes, R. (s.f.). *Alcoholismo, adicción, alcohólica: problema familiar y su tratamiento integral*. San José, Costa Rica: C.C.S.S.
- Cadahía, J. (1977). *La familia: matrimonio, hogar, hijos*. España: Palabra.
- Dellhanty, E. (s.f.). *El valor terapéutico de los doce pasos*. Reproducción de una conferencia dada en UTAH. Estados Unidos: UTA School of Alcohol Studies.
- Feuerstein, R. (2000). *La teoría de la Modificabilidad Cognitiva*. España: Mira Editores.
- Fuentes, S. (1992). *Teoría de la Modificabilidad Cognitiva Estructural. Programas PEI y LPAD de Dr. Feuerstein*. Santiago, Chile: Facultad de Educación Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Gagliardi, P. (2001). *Psicología y Educación*. Recuperado de: <http://patriciagagliardi.blogspot.com.co/2011/09/reuven-feuerstein.html>
- Grynspan, R. (2001). *Efecto de Programa de Enriquecimiento Instrumental sobre las estrategias de comunicación verbal en el departamento de enfermería en el Hospital de Niños*. San José, Costa Rica: Universidad de La Salle.
- IAFA. (1996). *Manual de Normas y Tratamiento del Alcoholismo y Farmacodependencia*. San José, Costa Rica: IAFA.
- Jellinek, M. (s. f.). *Nueva versión de la alcoholomanía*. Nueva York: Alcohólicos Anónimos.
- Molina, M. L. y Romero, M. C. (2001). *Modelos de intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en trabajo social*. San José, Costa Rica: EUCR.
- Nickerson, R., Perkins, D. y Smith, E. (1990). *Enseñar a pensar. Aspectos de la aptitud intelectual*. Barcelona, España: Temas de Educación M.E.C y Editorial Paidós.

- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
- Pittman, I. F. (1995). *Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Prieto, S. (1989). *La Modificabilidad Estructural Cognitiva y el Programa de Enriquecimiento Instrumental de R. Feuerstein*. Madrid, España: Bruño.
- Puente, A., Poggioli, I., y Navarro, A. (1989). *Psicología cognoscitiva: desarrollo y perspectivas*. Caracas: McGraw-Hill.
- Ripol-Mollet, A. (2001). *Familias, trabajo social y mediación*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Sasson, D. (2 al 4 noviembre de 2000). *Primer congreso Latinoamericano de Aprendizaje Mediado*. Universidad de La Salle, Buenos Aires, Argentina.
- Satir, V. (1990). *En contacto íntimo, cómo relacionarse con uno mismo y con los demás*. México, D.F: Concepto.
- San Lee, L. (1995). *Factores familiares asociados al consumo del alcohol en la población que acude a tratamiento al I.A.F.A.* San José, Costa Rica: I.A.F.A.
- Slaikue, K. (1998). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México, D.F: Manual Moderno.

La lucha contra las drogas: fracaso de una guerra, comienzo de una nueva política

The war on drugs: Failure and the beginning of a new policy

Enviado: 14 de febrero de 2016 / Aceptado: 8 de marzo de 2016

Mauricio Alejandro Bedoya Jiménez*

“Si quieres que las cosas cambien no hagas siempre lo mismo”
Albert Einstein

“doing the same thing over and over again and expecting different results.”
Albert Einstein

Forma de citar este artículo en APA:

Bedoya Jiménez, M. A. (2016). La lucha contra las drogas: fracaso de una guerra, comienzo de una nueva política. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(2), 237-254.

Resumen

Son muchas políticas de corte represivo las que se han implementado desde hace más de 50 años por parte de los países productores y consumidores de drogas, con el fin no solo de disminuir la producción de éstas, sino también su consumo. Hoy, cuando se ha intentado todo tipo de coerción posible en contra de los mercados ilegales de drogas, el mundo se ha dado cuenta de que los costos (económicos, sociales, ambientales y humanos) de su implementación han sobrepasado los beneficios. Es el momento de incluir cambios legislativos en las políticas impartidas por los distintos organismos del orden mundial, cambios donde la salud y el ser humano sean el principal objetivo de la fracasada lucha contra las drogas.

Palabras clave

Política de drogas, Costos, Beneficios, Salud, Mercados Ilegales.

Abstract

Drug producer and consumer countries in the last 50 years have tried to implement many repressive policies, as an effort to reduce both production and consumption; after trying all sorts of coercion measures against the illegal drug markets, the world has come to realize that economic, social, environmental and human costs have exceeded the benefits. It is time to include legislative changes in the policies from different worldwide organizations, changes in which health and the person are the center elements of the failed war on drugs.

Keywords

Drug policy, costs, benefits, health, illegal markets.

* Economista. Coordinador de las Especializaciones en Finanzas y en Responsabilidad Social Empresarial. Fundación Universitaria Luis Amigó. Correo: mauricio.bedoyajir@amigo.edu.co

Introducción

Uno de los grandes problemas que enfrenta hoy por hoy nuestra sociedad tiene que ver con las drogas ilegales; de allí que muchos organismos internacionales se han preocupado por la implementación de políticas en pro de su solución y la lucha contra las drogas se ha convertido en un gran problema para los hacedores de políticas públicas. La implementación de dichas políticas ha sido una de las principales complicaciones que se ha presentado en busca de una solución a este “fenómeno”.

La construcción de dichas políticas ha estado direccionada por tratados de corte internacional que abordan este tema. Las primeras normatividades fueron dadas a partir de la Convención de La Haya de 1912, giraron en torno a la regulación de sustancias como el opio (Organización de Estados Americanos, [OEA] 2006). Para 1961, la normatividad se concentró en las drogas que eran extraídas de plantas como la marihuana y la coca (Convención Única de la ONU, 1961); los dos objetivos básicos de esta normatividad eran: 1) el uso de drogas con fines científicos y medicinales y 2) prohibir el acceso a ciertas sustancias para otros usos.

Luego, en 1971 apareció el Convenio de las Naciones Unidas entorno a las Sustancias Sicotrópicas, de esta manera drogas sintéticas como las anfetaminas, benzodiazepinas, barbitúricos psicodélicos, fueron incluidas en la lucha contra las drogas. Al finalizar la década de 1980, se incorporaron a la lucha contra las drogas otras facetas del narcotráfico; por ejemplo, en 1988 se empiezan a regular los precursores químicos y también tomar medidas que enfrenten el lavado de dinero¹.

El desarrollo de la legislación internacional sobre la lucha contra las drogas ha servido para que distintos países hayan liberalizado ciertos aspectos de sus políticas de control, en su mayoría en el área de la demanda², contrario a lo ocurrido con la represión. Aunque se ha desarrollado una legislación marco relacionada con el tema, esto no ha sido óbice para que los países implementen distintas políticas a su interior, que varían desde la imposición de la pena de muerte para delitos de drogas -como el caso de países del Medio Oriente-, hasta la creación de salas de inyección de heroína en Canadá, Suiza y otros países de Europa Occidental (OEA, 2006).

Las políticas desarrolladas han sido influenciadas por instituciones como la Organización de Naciones Unidas, la Organización de Estados Americanos y la Comunidad Andina de Naciones y, principalmente, por Estados Unidos. Por su parte, las relaciones internacionales colombianas han estado orientadas por la política

¹ Para ampliar información relacionada con las convenciones sobre control internacional, se puede acceder al sitio <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html>

² En el caso colombiano, mediante el artículo 2 de la Ley 30 de 1996 se ha buscado despenalizar el uso personal de drogas como la marihuana, el hachis y la cocaína, al respecto el uso permitido es de 20 gr, 5 gr y 1 gr, respectivamente. La Corte Suprema de Justicia por medio de sentencia C-221/94, Rad. 35978, permitió la no aplicación de sanciones cuando las cantidades están dentro de los límites para uso personal o ligeramente por encima de los mismos.

antidrogas (Rojas, 2013) y han sido permeadas por el discurso prohibicionista promovido en el ámbito mundial y dispuesto por conferencias, especialmente de las Naciones Unidas, en las cuales se buscaba, entre otros aspectos, controlar la producción, el mercadeo y consumo de dichas drogas, además del lavado de activos por los actores de la industria de las drogas ilegales (Thouni, 2005). En cuanto a las políticas relacionadas con el consumo, un estudio realizado por el Observatorio Latinoamericano de Políticas de Drogas y Opinión Pública (2014) refleja que en Colombia la percepción relacionada con el impacto de la campaña del Gobierno para la prevención del consumo de drogas y la rehabilitación tiene una evaluación negativa del 49 por ciento.

Cuentos Chinos

El abordaje de la lucha contra las drogas en los países se ha dado no solo en desarrollo de las directrices de las convenciones firmadas por la ONU, sino también, por el liderazgo asumido por los Estados Unidos al respecto desde 1971, cuando su Presidente Richard Nixon declaró abiertamente una lucha frontal contra las drogas y luego, en 1973 crea la DEA (Drug Enforcement Administration). Estos abordajes han estado centrados esencialmente en hacer creer que puede ocasionarse una reducción de las drogas mediante un control de la demanda orientado en aspectos como: 1) legislación punitiva, castigando esencialmente al consumidor de drogas y al productor, 2) implementando una lucha férrea contra las drogas partiendo del supuesto que el aumento en su precio, disminuye el consumo 3) al controlar la demanda se controlará de forma conexas la oferta y 4) si se controlan los escalones más bajos de la cadena de tráfico de drogas (consumidores, microtráfico y “mulas”), se podrá lograr el desmantelamiento de redes criminales (Touzé, Goltzman, Amorín, Cymerman y Pawlowicz, 2012).

En Colombia han pasado más de 40 años desde que empezaron a implementarse las primeras políticas orientadas a la erradicación de la marihuana, en respuesta a la aparición de su cultivo en la Sierra Nevada de Santa Marta (Samper, 2013), asumiendo a lo largo de estos años diferentes políticas de tipo represivo. Al respecto, es preciso señalar que la orientación del diseño de las políticas ha tenido una influencia de la teoría económica. No obstante, tal y como lo plantea Bedoya (2015), estas políticas han estado concentradas equivocadamente en la reducción de la oferta, cometiendo errores interpretativos:

El primero de ellos se origina a partir de quiénes son los responsables de la existencia de la violencia ocasionada por el narcotráfico. Desde el prohibicionismo, la violencia es causada por los consumidores, ello como resultado del nivel de agresividad que genera el consumo de las sustancias ilícitas, poniendo en riesgo a otras personas (Becker, Murphy, & Grossman, 2004)³.

³ Gary S. Becker & en su obra *Crime and Punishment: An Economic Approach*, concibe al individuo criminal como un individuo con racionalidad, pues este siempre actuará en función de la utilidad de sus decisiones.

En segundo lugar, la teoría económica básicamente enseña que toda demanda crea su oferta. Desde este punto de vista, racionalmente los esfuerzos de la lucha contra la droga deberían estar enfocados desde la demanda, es decir, los consumidores; no obstante, de manera poco racional la mayoría de los esfuerzos han estado direccionados desde la oferta, es decir, los productores; la base de este concepto es la lógica de los mercados legales -en los cuales una reducción de la oferta ocasiona un aumento del precio de los bienes-, de tal forma que así se pueda disminuir el consumo ilegal de drogas.

Al respecto, Mejía & Posada (2007) demuestran que lo que se acaba de plantear no es cierto y lo sustentan en el aumento de la productividad en los cultivos de coca, que ha hecho que la curva de oferta se desplace hacia la derecha y, como tal, sus precios disminuyan. En el mismo sentido, autores como Raffo (2011) al revisar algunos estudios, (veáse el estudio de producción y tráfico de Cocaína: ¿Que sabemos nosotros? , realizado por los autores Daniel Mejía y Carlos Posada (2007); la microeconomía de la producción y el tráfico de la cocaína en Colombia (2013) efectuado por Daniel Mejía y Daniel Rico), plantean que aunque el precio de los estupefacientes debería incrementar como consecuencia de la agresiva lucha contra éstos, la realidad indica que han disminuido durante la última década, lo anterior tiene su sustento en el comportamiento inelástico de la demanda; sobre este asunto, Gaviria y Mejía (2013) han encontrado que la elasticidad del precio de la demanda por cocaína es de aproximadamente -0.6, lo que quiere decir que un aumento del 1% en el precio de la cocaína ocasionará tan solo una disminución del 0.6 en la demanda de ésta. En este punto es preciso ilustrar que erróneamente Colombia durante las décadas de los 80's y 90's creyó que al combatir y dismantelar los poderosos carteles de Medellín y de Cali, el problema de las drogas desaparecería no solamente como consecuencia del debilitamiento de quienes eran los dueños de la oferta de drogas en el país, sino también por el aumento de sus precios; la evidencia demostró lo contrario, el precio nunca aumentó y la oferta de drogas se "atomizó" al aparecer un sinnúmero de pequeños carteles de drogas que aprendieron a diversificar el negocio incursionado en bienes raíces y en el tráfico de armas. Hoy, los narcotraficantes colombianos que no tienen como competir con los carteles Mexicanos, se han dedicado al abastecimiento de la demanda interna, lo cual ha dado origen a las llamadas ollas del microtráfico⁴, que se han ido apoderando poco a poco de grandes territorios urbanos en las ciudades (Revista Semana, 2016). Según Beltrán y Garzón (2014), las ventas de marihuana y de cocaína en el país ascienden anualmente a 275 millones de dólares, mientras que las ventas totales del microtráfico se elevan en las ciudades de Bogotá, Medellín y Barranquilla a 354 millones de dólares; algunas cifras indican que cerca de 5.000 personas en el país hacen parte de forma directa de las redes del microtráfico (Revista Semana, 2016).

Y el tercer error tiene que ver con la inadecuada interpretación de uno de los principios básicos de la economía: los individuos responden a los incentivos (Mankiw, 2009). La lucha contra las drogas ha generado que sus productores y comercializadores no quieran salir del desarrollo de su actividad, pues existe el incentivo de

⁴ Algunos cálculos estiman que cerca de 5.000 personas pueden estar haciendo parte de organizaciones dedicadas al microtráfico en Colombia.

los precios y las ganancias de las drogas; para el 2008, según Mejía (2013), el ingreso anual bruto por hectárea para un campesino podía ascender a \$8.103.000 por año, frente a unos costos de mano de obra por hectárea de \$2.225.000 y de insumos agrícolas por hectárea de \$2.760.000, lo que genera una ganancia de \$3.950.000 por hectárea al año, es decir que el campesino obtiene una rentabilidad del 47%⁵. Para el caso de un comercializador, sus ganancias están orientadas por la diferencia existente entre el precio de producción y el de comercialización, es así como un kilo de hoja de coca tiene un valor de US \$1.3, ese mismo kilo al ser transformado en cocaína tiene un valor de US \$2.340, pero al colocarlo en el exterior su precio se incrementa a US \$27.000 en Estados Unidos y a US \$53.000, si es llevado a Europa (El tiempo, 2015).

La evidencia: los costos de la lucha contra las drogas han superado las utilidades económicas y los beneficios sociales

Pese a la gran cantidad de políticas que se han implementado alrededor del mundo⁶, con el fin de controlar -como ya se dijo- básicamente la oferta de drogas, sus resultados dejan mucho que desear, por cuanto han sido múltiples los costos que se han producido, algunos de éstos se resumen a continuación:

Desviación de las políticas públicas de gobierno

Durante los cuatro últimos gobiernos de Colombia, el tema de las drogas ha sido monopolizado por la agenda política, dejándolo por fuera de lo que se denomina la esfera pública, en donde podría estar sujeto a dinámicas orientadas por el debate público. En este sentido, es importante tener en cuenta que el hecho relacionado con la priorización en las políticas públicas del tema de las drogas ilícitas, ha dado pie a lo que se podría denominar un desplazamiento de las políticas públicas del gobierno, virando la atención total a este tema; los recursos económicos también han debido desviarse, por lo cual la financiación de políticas sociales no relacionadas con las drogas ilícitas ha sido relegada a un segundo plano (Comisión Global sobre Política de Drogas, 2014).

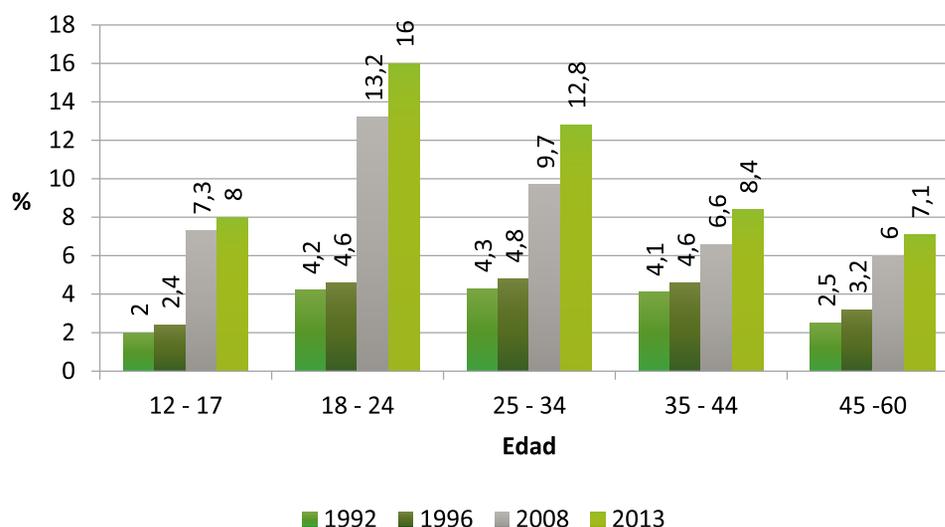
⁵ Existen propuestas como las presentadas por el Expresidente de Colombia Cesar Gaviria, quien ha señalado que el Gobierno podría comprar los cultivos ilícitos a los campesinos y de esta manera, garantizarles un ingreso (CM&.com.co, 2015).

⁶ Para el caso Colombiano es preciso tener en cuenta que el marco normativo relacionado con la lucha contra las drogas se compone de: prohibición del consumo, lucha contra el crimen organizado (derecho penal), herramientas represivas de tipo administrativo (erradicación de cultivos, sustitución de cultivos, interdicción entre otros y la prevención y educación. El marco moderno internacional de control de drogas está integrado por convenciones de las Naciones Unidas: 1961, 1971 y 1981; convenciones que plantean el castigo con penas de prisión. (OEA, SSM y Cicad, 2015).

Los escasos resultados de las políticas en la lucha contra las drogas

Dichas políticas en Colombia han estado en su mayoría orientadas a combatir el consumo, la producción y la comercialización de drogas ilícitas. Respecto al consumo de drogas, según la Oficina de Naciones Unidas para las Drogas y el Crimen (UNODC/OMS, 2013), entre el 2008 y el 2012, el consumo aumentó en 40 millones, al pasar de 203 millones a 243 millones, es decir, el incremento es de un 18%; y la prevalencia de vida a nivel mundial pasó de 4.6 por ciento a 5.2 por ciento; para el caso colombiano, según el Ministerio de Justicia y del Derecho (2014), la prevalencia de vida pasó del 8.8 por ciento en el 2008 al 12.2 por ciento en el 2013, siendo la marihuana (3.3 por ciento de prevalencia) y la cocaína (3.2% por ciento de prevalencia) las drogas más consumidas. De acuerdo al Observatorio de Drogas de Colombia ([ODC] 2015), a nivel mundial la prevalencia de la marihuana es del 4% y la prevalencia del consumo de cocaína es del 0,4%⁷. Al respecto, la figura 1 muestra como entre 1992 y 2013 se elevó de forma tangencial el consumo de drogas por parte de los diferentes grupos por edades en el país.

Figura 1: Consumo de drogas en Colombia por edad



Tomado de Cesed citando a Camacho, Gaviria y Rodríguez (2014), con datos DNE y OCD.

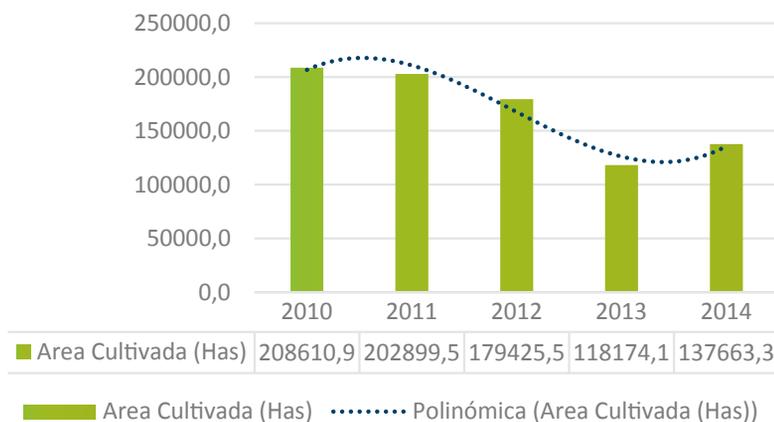
Tal y como se puede apreciar en la figura 1, el grupo de edad comprendido entre los 18 y 24 años es el que más ha incrementado el consumo de drogas en el periodo de 1992 y 2013; el aumento fue de un 280.52%, al pasar de un consumo de 4.2% en 1992, a 16% en 2013.

⁷ Un estudio del 2015 realizado por el Centro de Estudios sobre Seguridad y Drogas de la Universidad de los Andes encontró que la edad promedio de iniciación en las drogas que en 1932 era los 25 años, en el 2014 pasó a ser a los 14 años.

En cuanto a las políticas orientadas a combatir a los comercializadores, éstas han ocasionado un efecto colateral relacionado con la población carcelaria del país. Según estadísticas, en el año 2003 el total de personas que se encontraban en la cárcel producto de delitos relacionados con drogas ascendió a 11.454; a enero de 2015 esta cifra fue de 23.516 (incluye tanto sindicados como condenados) (INPEC, 2015), es decir que en un periodo de doce años la población carcelaria del país se duplicó. En promedio, cada año cerca de mil personas ingresaron a las cárceles del país como resultado de delitos relacionados con el tráfico, fabricación o porte de estupefacientes⁸; el agravante de esta situación radica en que países como Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y Uruguay no cuentan con un sistema carcelario que pueda garantizar las condiciones mínimas de salubridad de sus reclusos (Transnational Institute TNI, & Wola, 2011). En este punto, es importante tener en cuenta dos aspectos: a) no existen datos certeros que permitan identificar la clase de participación de estas personas en la cadena de producción, es decir, si solo estamos hablando de raspachines, cultivadores, mulas, pequeños distribuidores o dueños de la producción⁹, y b) al revisar la cadena de producción y comercialización se puede concluir que en la cadena de producción cualquiera de sus actores son fáciles de sustituir.

Ahora bien, el aumento de esta población carcelaria supondría que debería existir una disminución de la oferta y comercialización de drogas ilícitas como producto de su penalización; no obstante, al revisar las cifras relacionadas con el área sembrada por cultivos ilícitos se puede constatar que en los últimos dos años, tal y como se muestra en la figura 2, dicha área creció en 16.57 por ciento al pasar de 118.171,1 hectáreas cultivadas en el 2013, a 137.663,3 hectáreas cultivadas en el 2014, siendo el aumento real de cultivos ilícitos de 19.492,2 hectáreas (United Nations Office on Drugs and Crime, [UNODC], 2015).

Figura 2. Cultivos ilícitos (Has)¹⁰



Tomado de: UNODC. Monitoreo de Cultivos de Coca 2014

Nota: Se toman datos reportados por el ODC con relación a los cultivos de cocaína y amapola.

⁸ Según Amon, Pearhosue, Cohen y Schleifer (2014), cerca de 235.000 personas se encuentran detenidas en China y el Sudoeste Asiático como consecuencia del porte ilegal de drogas.

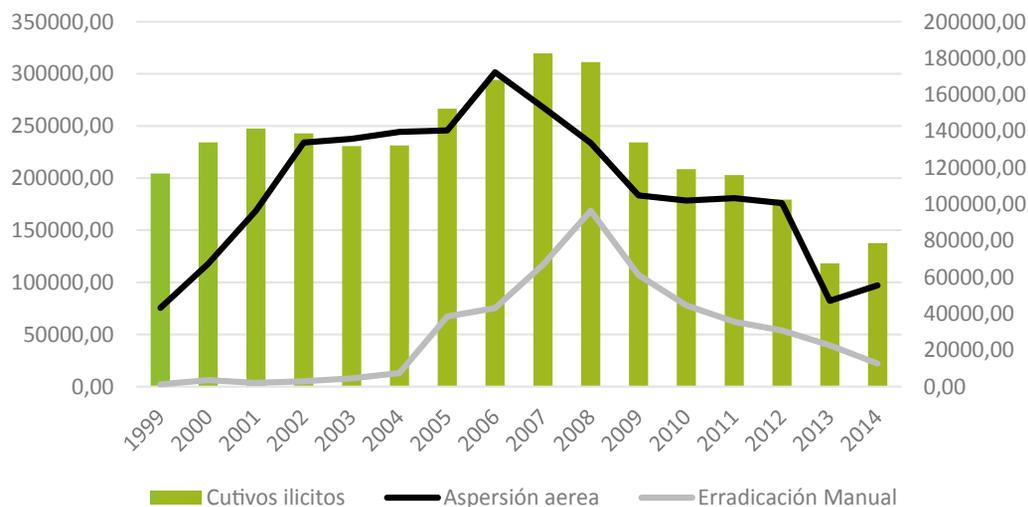
⁹ En Colombia, cerca del 98% de los detenidos por delitos relacionados con el narcotráfico no desempeñaban un papel importante en esta actividad (Campero et al., 2013).

¹⁰ Solo incluye datos relacionados con el cultivo de amapola y cocaína, no se registran datos relacionados con los cultivos de marihuana más si con su erradicación manual, la cual ascendió en el 2015 a 134.65 Has y con una incautación que ascendió a 182.71 toneladas.

Los cultivos de coca fueron los que más crecieron en el país durante el 2013 y el 2014, estos aumentaron en 43.38 por ciento, pasando de 48.487,3 Has cultivadas a 69.518,7 Has cultivadas; respecto a esta última cifra, el 12 de julio de 2015 el periódico El Espectador publicó que “el incremento de la producción potencial de cocaína es aún más fuerte. De una producción potencial media en 2013 de 290 toneladas métricas se pasó a una de 442 toneladas métricas, un incremento de 52%” (párr. 2).

Este aumento de los cultivos ilícitos contrasta con los esfuerzos que ha realizado el Gobierno Nacional con la implementación de los programas de erradicación manual de cultivos y de aspersión aérea; la figura 3 muestra el comportamiento de estos esfuerzos, entendiéndose que no existe una relación entre la reducción de éstos y el aumento de los esfuerzos.

Figura 3. Relación de los cultivos ilícitos de drogas con la aspersión aérea y la erradicación manual de estos



Tomado de: Observatorio de Drogas de Colombia (2015) – Cálculos propios.

Como puede observarse, existen periodos en los cuales los cultivos aumentaron pese al crecimiento sustancial en los esfuerzos de su erradicación, por lo cual no existe una correspondencia entre ambos.

Ahora bien, si tenemos en cuenta los recursos económicos que Colombia ha invertido en la lucha contra las drogas frente a los resultados obtenidos, puede decirse que dicha “inversión” ha sido improductiva y demasiado costosa. Durante el periodo comprendido entre 1999 y 2008, el país y el Gobierno de los Estados Unidos, gracias al Plan Colombia, invirtieron alrededor de US \$12.840 millones, con ello se logró una disminución del 50% de las hectáreas cultivadas de coca al pasar de aproximadamente 160.000 a 80.000 Has cultivadas, lo que equivale a 8.888,88 Has por año, es decir, cada hectárea en la que se ha disminuido la producción de droga le costó al país la suma de US \$160.5 millones (Bedoya, 2015). Estos recursos equivalen a 360 mil millones de

pesos, si se toma en cuenta la tasa de cambio representativa (TRM) a 2007, y alrededor de 524,5 mil millones de pesos al 2016¹¹, recursos con los cuales el país hubiera realizado inversión social en aspectos como educación, vivienda y salud.

Otras cifras y fenómenos asociados a la lucha contra las drogas tienen que ver con las externalidades causadas por el consumo. En primer lugar, se encuentra el daño causado a la salud, un ejemplo es el riesgo que existe del aumento de contagio de VIH causado por el uso no adecuado de jeringas hipodérmicas que terminan siendo contaminadas por ser compartidas¹². En Rusia, por ejemplo, 666.000 personas de una población de 1.8 millones que se inyectan drogas, se encuentran infectadas con el virus VIH, esto ocurre por la prohibición que existe en dicho país de los programas de intercambios de jeringas y agujas (Comisión Global sobre Política de Drogas, 2014). Por su parte, en Estados Unidos, de acuerdo con la UNODC/OMS (2013), solamente en el 2010 se generaron 20.000 muertes por sobredosis relacionadas con drogas ilícitas; en segundo lugar se encuentra la pérdida de bosques como consecuencia de su tala para la preparación de los cultivos de coca, según la UNODC (2015), el cultivo de cocaína generó una pérdida entre los años 2001 y 2013 de alrededor de 230.000 Has de éstos.

En tercer lugar se cuentan las pérdidas humanas ocasionadas por el sistema de erradicación manual de cultivos de coca implementado por el Gobierno Colombiano. De acuerdo con datos obtenidos por la Revista Semana (2015), en los últimos diez años 197 personas murieron erradicando cultivos ilícitos, mientras 687 personas fueron heridas. Vale la pena mencionar que en países como Brasil, alrededor del 50% de los homicidios cometidos en las calles se relacionan con la lucha contra las drogas (Szabo de Carvalho, 2014). Por su parte, en México, durante los últimos 6 años, cerca de 100.000 personas han perdido la vida por situaciones relacionadas con la violencia a causa de las drogas, lo que representa ocho veces más de las personas que murieron en las guerra de Irak y Afganistán (Canales, 2014). Así mismo, al hablar del microtráfico es preciso tener en cuenta el “espiral” de problemas que termina causando: cuando una banda se toma algún lugar para ejercer lo que se denomina el narcomenudeo, se incrementan los actos delictivos a causa de lo llamado el “destierro y desplazamiento” de quienes habitan dicha zona, incrementando de esta manera el hurto, las extorsiones y las lesiones personales, tanto de los nuevos dueños de la zona como de aquellos consumidores que necesitan recursos para obtener sus dosis. Por último, el hecho que la edad de inicio al consumo de drogas se ha disminuido drásticamente, influye en gran medida en el aumento de lo que se denomina narcomenudeo junto a las zonas escolares; esto explica la gran cantidad de arrestos que se han realizado alrededor de los colegios; en julio del año pasado se arrestaron a cerca de 1.000 expendedores de drogas en 19 colegios de cuatro departamentos de Colombia¹³ (Revista Semana, 2016).

¹¹ De acuerdo al Banco de la República, para el 31 de diciembre de 2008 la TRM era de \$2.243,59 y para el 9 de enero de 2016, ésta fue de \$3.268,17.

¹² En su mayoría, estas son usadas por los adictos a los derivados de los opiáceos como la heroína. El medicamento naloxona, que sirve para contrarrestar los efectos de las sobredosis con los opiáceos, no se encuentra disponible universalmente.

¹³ Según el Director Nacional de Seccionales y Seguridad Ciudadana de la Fiscalía General de la Nación, Luis González, la Fiscalía junto con la policía Nacional alcanzaron a incautar a las redes que operan alrededor de los colegios cerca de 926 kilos de cocaína y una tonelada de marihuana.

Las cifras anteriores permiten identificar dos aspectos esenciales: i) los costos que han sido asumidos como resultado de la lucha contra la droga empiezan a ser mayores que los beneficios o utilidades económicas y sociales conseguidos por dicha lucha en busca de la reducción del consumo; ii) es necesario tener en cuenta que hoy por hoy no existe una fórmula mágica para poder solucionar el problema de las drogas a nivel mundial, local y regional, eso implica entonces abordar este problema desde un paradigma distinto al de la prohibición y su componente punitivo; es necesario abordar esta temática con un pensamiento innovador que puede ser evaluado continuamente para permitir valorar objetivamente los resultados obtenidos. Colombia ha entendido que es necesario cambiar el paradigma represivo de la lucha contra las drogas, es así como el Presidente Santos, el 22 de septiembre de 2015 lanzó la estrategia integral de sustitución de cultivos buscando como objetivos la reducción de los mismos y mejorar las condiciones de vida de cientos de campesinos; el plan comenzó a aplicarse en los departamentos de mayor producción de coca: Putumayo y Nariño; y tiene 6 frentes: i) inversión social; ii) sustitución; iii) interdicción¹⁴; iv) investigación y judicialización; v) prevención y atención al consumo y, vi) reformas institucionales. Sus objetivos esencialmente son: la reducción del delito asociado al narcotráfico, disminución de vulnerabilidades de las zonas afectadas por los cultivos ilícitos y la atención integral del consumo de las drogas (Gobierno de Colombia, 2015).

El cambio de paradigma

Pese a que no resulta para nada fácil salir del paradigma prohibicionista en el cual nos encontramos, dado que muchas de las políticas antidrogas se encuentran cimentadas en la coerción, para la OEA (2006) existen muchas políticas alrededor del mundo que pueden de alguna manera suavizar la multidimensionalidad generada por las drogas, una de ellas está orientada por el paso de las políticas prohibicionistas actuales hacia las políticas controladas en relación con las drogas como la cocaína, la marihuana, la heroína y las metanfetaminas, legalizando¹⁵ unas de éstas para su venta en algún tipo de forma que permita tanto su uso médico como el uso medicinal. Sin embargo, es necesario tener cuidado al no cometer un error más: pasar de un fundamentalismo prohibicionista a un fundamentalismo legalizador (Samper, 2013). El Estado entonces, debe convertirse en un ente regulador que permita controlar el mercado de las drogas mediante licencias para la producción y la comercialización o tener el monopolio de éste en relación con todas las actividades del mercado de las drogas: cultivo, producción y comercialización.

El cambio de paradigma obliga no solamente a la distinción clara de quiénes conforman el mercado ilegal de las drogas, sino también de las posibles consecuencias que podría traer la legalización. En cuanto al primer aspecto, es preciso que se haga una diferenciación precisa en la legislación de todos los agentes que intervie-

¹⁴ Según el Observatorio de Drogas de Colombia (2015), hace referencia a la política destinada al control e incautación (terrestre, aéreo, fluvial y marítimo) que se hace durante las etapas de procesamiento, refinación, producción y transporte de actividades como: a) ingreso, producción y tráfico de sustancias químicas; b) desmantelamiento y destrucción de laboratorios de producción de sustancias ilícitas, hoja de coca, marihuana, latex y PBC; c) incautación de cocaína, heroína y sus derivados.

¹⁵ La primera vez que se habló de legalización fue en 1997 en la Junta de Fiscalización de las Naciones Unidas, al establecer que era necesario un cambio en las políticas prohibicionistas como resultado de la aparición de grupos que abogaban por una mirada asociada a la reducción del daño resultado del uso de drogas.

nen en el mercado de las drogas: los campesinos que cultivan drogas como la coca, la amapola o la marihuana; quienes trafican las drogas ilegales y son los dueños de la producción; los procesadores; las personas del común que transportan la droga; aquellos intermediarios que terminan exportándola; los pequeños expendedores; los consumidores que se la compran a éstos y los drogodependientes. Por su parte, las consecuencias relacionadas con la legalización (Comisión Global de Política de Drogas, 2014) giran principalmente en torno a aspectos como:

- En los países en los cuales la producción de droga ha logrado cruzar todas las barreras de tipo social, con condiciones sociales, políticas y económicas adversas, como la corrupción y reducción del poder del Estado (OEA, 2006), un giro de las políticas prohibicionistas podría traer consigo consecuencias positivas a través de un cambio de paradigma.
- La violencia causada en aquellos países donde la producción de droga es elevada, ha ocasionado grandes problemas sociales, entre ellos el desplazamiento, el amedrentamiento y la gran cantidad de muertos que se generan. Lo anterior implica que una aparente legalización de las drogas podría disminuir las estadísticas que se generan en aquellos países productores de drogas ilícitas.
- Estados donde sus instituciones son débiles y las democracias son incipientes presentan un desafío aún más grande cuando de legalización se quiere hablar; la insurgencia y la corrupción impulsadas por el mercado ilegal de la droga tienen una gran influencia en la forma como las políticas públicas orientadas hacia las drogas son confeccionadas.

La priorización de la salud como objetivo fundamental

El nuevo enfoque que se instaurare debe estar orientado por una política pública de salud, cimentado en las orientaciones que al inicio de este documento se describieron por parte de la OEA, es decir, la protección de la salud y el bienestar de la humanidad¹⁶ (2013) por tanto, es necesario que se diferencie entre dos aspectos fundamentales: aquellos problemas suscitados por el consumo de las drogas como la dependencia y la sobredosis y los que han sido producto de las externalidades de políticas antidrogas represivas, como el aumento de la delincuencia y la violencia asociada a ésta; referente a este tema, es importante recalcar como la UNODC (2013) ha establecido que solo un diez por ciento de las personas que consumen drogas en todo el mundo pueden ser catalogadas como usuarios problemáticos.

¹⁶ Convenciones de la ONU sobre el Control de Estupefacientes de 1961, 1971 y 1988, disponibles en: www.unodc.org/unodc/treaties/index.html

Al respecto, es preciso entender que según la OEA (2013):

Ningún sistema que permita el acceso legal a las drogas eliminará el daño total relacionado con las drogas más de lo que pueda hacer cualquier sistema de prohibiciones y represión. De la manera que la cuestión siempre termina en una comparación: ¿Cuál es la mezcla de políticas que funciona mejor? (p. 17).

Abordar el problema desde la visión de la salud pública es esencial para el cambio del paradigma represivo (respecto al enfoque represivo véase, entre otros, Bedoya, 2015; Consorcio Internacional de Política de Drogas, 2014; Fundación Ideas para la Paz, 2014; Garzón, 2015; Ponton y Duque, 2015; Samper, 2013). De esta forma, las políticas públicas orientadas a combatir el consumo y el tráfico deberán estar alineadas con los objetivos planteados en las convenciones de la ONU; la salud y el bienestar humano deberían ser el eje central de toda acción. Este abordaje necesariamente debe ser asumido desde tres ejes centrales: 1) prevención en la reducción de los daños (dependencia, sobredosis por consumo y transmisión de enfermedades); 2) inversión social en comunidades marginadas y con pocas oportunidades; y 3) el desarrollo de políticas públicas que busquen la dignificación y desarrollo del ser humano. Su desarrollo permitirá entonces evidenciar la promulgación de los derechos humanos (Observatorio de Drogas de Colombia, 2015).

Es así como los estados deben empezar a pensar en garantizar el acceso controlado a las drogas, diseñando los protocolos adecuados que permitan la producción, comercialización y consumo de forma regulada, ya sea con fines medicinales o recreativos. Incluso, la normatividad relacionada con el control de drogas actual de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) ha publicado dos documentos importantes: *“Contribución del Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito al examen de alto nivel de la aplicación de la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas”* (UNODOC, 2013a) y *“Disposiciones relativas a políticas de drogas de los tratados de fiscalización internacional de drogas”* (UNODOC, 2013b). Documentos con la suficiente flexibilidad, que permiten realizar un cambio del abordaje que hasta ahora se le ha dado a la lucha contra las drogas, dejando a un lado los aspectos relacionados con la delincuencia y los delitos que giran en torno a las drogas y centrándose más en aspectos relacionados con la salud (Consorcio Internacional de Política de Drogas, 2015).

Cohesión y no coerción

Es claro que la idea de un mundo sin drogas es casi una utopía. El pretender suprimir el consumo de drogas es prácticamente imposible y por ende, la eliminación de su producción tampoco podría darse; no olvidemos que para muchos indígenas -como el caso de Bolivia o Colombia-, la practica milenaria de la masticación o mameo prevalece dentro de su población, o que sustancias como el tabaco y el alcohol conviven en todas nuestras so-

ciudades. Por otra parte, es necesario comprender que existen a su vez no solamente drogas blandas y duras, sino también -como ya se dijo- consumidores ocasionales y drogodependientes. Lo anterior conlleva a que en sí de facto todas las drogas no pueden pretender “legalizarse”, mientras unas drogas pueden ser legalizadas, otras deberán ser regularizadas y ello debe realizarse de forma progresiva de acuerdo con las características propias de cada una y los riesgos asociados a su consumo y su probabilidad de adicción. Es preciso entender entonces, que la legalización o regularización se debe realizar no precisamente porque las drogas sean buenas, sino porque son altamente peligrosas y traen consigo grandes daños (físicos, psicológicos, ambientales, económicos y sociales).

En cuanto a los consumidores, deben adoptarse políticas diferentes a la punitiva en relación con los agentes que hacen parte del mercado de las drogas. Por ejemplo, para los consumidores que no son drogodependientes, se podría pensar en orientaciones de tipo sanitario tales como: información pedagógica sobre usos y consecuencias, acompañamiento de tipo psicológico y la adopción de medidas que permita reducir el aislamiento y la exclusión social. En el caso de los drogodependientes, las medidas pueden estar orientadas al acceso de tratamiento psicosocial y farmacológico.

Las políticas de drogas no pueden seguir siendo el reflejo de la voluntad e imposición de unos pocos organismos y países, que pese a tratar de abogar por la seguridad y el “bienestar” de las personas sobre las que recaen, no han sido la solución al problema. Estas políticas deberían estar permeadas por varios aspectos: a) es necesario concientizarse que hoy existe una corresponsabilidad en este tema y por lo tanto, la confección de las nuevas políticas debe ir orientada no solamente a los países que son productores de droga o por los que se hace el tránsito de éstas, también deben estar orientadas a los países consumidores; b) las políticas implementadas requieren de una coordinación entre los distintos países y organismos del orden nacional e internacional, por lo cual se hace necesario la presencia de una multilateralidad entre países y entidades que permita un solo objetivo: la reducción al máximo de los daños causados por la lucha contra las drogas, y c) el nuevo enfoque de lucha contra las drogas no puede convertirse en una lucha fundamentalista más, debe permitirse una independencia nacional que le faculte, dentro de un marco regulatorio, implementar las políticas y estrategias que más se adecuen a sus realidades.

Conclusiones

Pensar en la prohibición de las drogas ha resultado ser la peor solución que se ha podido tomar. El mercado de las drogas como la marihuana, la cocaína, las anfetaminas, se encuentra dominado no solamente por las remuneraciones de tipo económico que reciben los productores, los distribuidores y los dueños de la producción, sino también por los incentivos relacionados con el placer que genera el consumo de las drogas en los consumidores. De tal forma que el abordaje de cualquier tipo de política de drogas deberá ir relacionado con la reducción de los daños; finalmente, la lucha contra una droga dará origen a otra droga, por tanto lo que debe implementarse es volver “legal” aquello que se ha declarado como ilegal, para de esta forma tener un control sobre este tipo de mercados haciéndolos visibles; al respecto Nadelman (2014) plantea lo que hay que hacer es sacar los mercados de drogas ilegales a la luz y regularlos de la manera más inteligentemente posible, para reducir tanto los daños infligidos por las drogas como por las leyes prohibicionistas.

Ha resultado evidente que la lucha contra las drogas ilícitas ha fracasado; herramientas como la erradicación de cultivos o la interdicción no han dado los resultados esperados. Para un cultivador resulta sencillo reubicar sus cultivos, el sustituir un insumo por otro no es complicado, es bastante fácil. Cuando se “elimina” del mercado un cartel de drogas aparece otro nuevo e incluso, como en el caso de Colombia, aparecen muchos más. Esta lucha no solamente se ha perdido, también ha generado consecuencias negativas: pérdidas humanas y de recursos naturales, desviación de recursos estatales de inversión social, aparición de pequeños grupos delincuenciales denominados Bacrim y las consecuencias derivadas de estos.

La política obtusa de crimen y castigo que hoy gobierna la lucha contra las drogas debe dejar a un lado la criminalización de los consumidores de drogas y los agricultores que participan en el cultivo de drogas; esta política ha tenido resultados nefastos al llenar las cárceles de los países con reclusos que no son los causantes del consumo de las drogas, lo que termina agravando los problemas. El aumento de la población carcelaria por delitos contra las drogas no ha tenido efecto alguno ni en la disminución de los cultivos de las drogas ni en su consumo, más sí en el aumento de problemas relacionados con la salud como es el caso del VIH. Los recursos despilfarrados con este enfoque errado son enormes.

Es preciso que los países cambien la forma de medir la efectividad de sus políticas contra las drogas, deberán implementar indicadores de impacto que permitan tener una dimensión distinta de los resultados de estas políticas. Las estadísticas relacionadas con la erradicación de cultivos, los arrestos, las incautaciones o

encarcelamientos deben ir acompañados de otros indicadores como la salud pública, la reducción de los daños, reducción de la violencia y aumento del bienestar y demás, que permitirán reorientar las políticas de drogas hacia una dimensión más humana y menos “guerrerista”.

Es hora de introducir cambios a las legislaciones vigentes relacionadas con el control de las drogas. Las orientaciones realizadas por la ONU por medio de convenciones confeccionadas hace más de 50 años necesitan ser ajustadas a las nuevas realidades mundiales. El contexto en el cual fueron creadas, ya no tiene nada que ver con el mundo globalizado que hoy nos gobierna. Debe plantearse un debate abierto relacionado con la liberalización de las drogas, pensando en sus costos y beneficios.

Referencias

- Amon, J., Pearhosue, R., Cohen, J., & Schleifer, R. (2014). Compulsory drug detention in East and Southeast Asia: evolving government. UN and donor responses. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 13–20.
- Becker, G. S. (1974). Crime and Punishment: An Economic Approach. En: Becker, G. S. & Landes, W. (eds) *Essays in the Economics of Crime and Punishment*. (p. 1-54). Recuperado de: <http://www.nber.org/chapters/c3625.pdf>
- Becker, G. S., Murphy, K. M., & Grossman, M. (2004). *The economic theory of illegal goods. The case of drugs*. Massachusetts: National Bureau of Economic Research. Recuperado de: http://www.nber.org/papers/w10976.pdf?nes_window=1.
- Bedoya, M. (2015). *Prohibición e interdicción: una mirada errónea del mercado de las drogas*. Panel: Legalización de drogas. Congreso Internacional de Adicciones, Medellín–Colombia.
- Beltrán, I., y Garzón, J. (2014) Mercados urbanos de drogas y zonas de impunidad en Colombia. *Serie mercado de drogas y violencia*, 2, 1-16. Recuperado de: <http://www.druglawreform.info/images/stories/dmv2-s.pdf>
- Centro de Estudios sobre Seguridad y Drogas. [Cesed]. (2014). Drogas y políticas de drogas en Colombia. Universidad de los Andes: Facultad de Economía. Recuperado de: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=2896>
- Canales, R. (2014). *The deadly genius of drug cartel*. Recuperado de https://www.ted.com/playlists/262/talks_for_understanding_the_dr

- Campero, J., Barrancos, H., Vargas, R., Vergara, E., Brombacher, D., Stover, E., y Plenart, M. (2013). *De la represión a la regulación: propuestas para reformar las políticas de drogas*. Programa de Cooperación en Seguridad Regional. Bogotá: Mavarac.
- CM&.com.co. (4 de junio de 2015). *Expresidente César Gaviria propone que el estado suministre drogas a los adictos y compre las cosechas de coca*. Recuperado de: <http://cmi.com.co/expresidente-cesar-gaviria-propone-que-el-estado-suministre-drogas-a-los-adictos-y-compre-las>.
- Comisión Global de Política de Drogas. (2014). *Asumiendo el Control. Caminos hacia políticas de drogas eficaces*. Washington: Open Society Foundations. Recuperado de: <http://www.gcdpsummary2014.com/bienvenidos/#foreword-from-the-chair-es>
- Consortio Internacional de Política de Drogas. (2014). *La nueva postura de la ONUDD sobre la política de drogas: avances y desafíos*. Recuperado de: <http://www.intercambios.org.ar/wp-content/uploads/2014/03/IDPC.pdf>.
- Consortio Internacional de Política de Drogas. (2015). *El Camino a la UNGASS 2016: Peticiones del IDPC en materia de procesos y políticas*. Recuperado de: https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/UNGASS-asks_External_04-2015_SPANISH.pdf.
- Elespectador.com. (12 de julio de 2015). *Fuerte aumento de cultivos de coca y producción de cocaína en Colombia*. *El Espectador*. Recuperado de: <http://www.elespectador.com/noticias/judicial/fuerte-aumento-de-cultivos-de-coca-y-produccion-de-coca-articulo-569738>.
- Eltiempo.com. (2015). *Los rostros de la droga*. *El Tiempo*. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/Multimedia/especiales/legalizacion-drogas-col/>.
- Fundación Ideas para la Paz (2014). *Solución al Problema de Drogas Ilícitas*. *Boletín de Paz*, 34. Recuperado de: <http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/5339f0120fdbd.pdf>.
- Garzón, J. (2015). *Duro contra los débiles, débiles frente a los duros: Las leyes de drogas y el accionar policial*. Wil Center – Latin American Program.
- Gaviria, A., y Mejía, D. (2013). *Políticas Antidroga en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Gobierno de Colombia. (2015). *Plan Integral de Sustitución de Cultivos*. Bogotá D.C: Autor.
- INPEC. (junio de 2015). *Informe estadístico*. Bogotá D.C: Ministerio de Justicia.
- Mankiw, N. (2009). *Principios de Economía* (5ª Ed.). Mexico: Cengage Learning Editores.

- Mejía, D. (2013). Informalidad: teoría e implicaciones de política. En: Posada C. E. *El mercado de trabajo en Colombia: hechos, tendencias e instituciones* (pp. 1-32). Bogotá: Banco de la República.
- Mejía, D. & Posada, C. (2007). Cocaine Production and Trafficking: What do we know? *Borradores de Economía. Banco de la República*, 444. Recuperado de: <http://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra444.pdf>
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2014). *Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013*. Bogota D.C: Alvi Impresores.
- Nadelman, E. (2014). Why we need to end the War on Drugs. Recuperado de: http://www.ted.com/talks/ethan_nadelmann_why_we_need_to_end_the_war_on_drugs?language=es.
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2015). Reporte de drogas de Colombia. Recuperado de: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/OD0100311215_reporte_de_drogas_de_colombia.pdf.
- Observatorio Latinoamericano de Políticas de Drogas y Opinión Pública. (2014). Estudio 2013- 2014. Política de Drogas, Reformas y Nuevos Lenguajes. Santiago de Chile: Asuntos del Sur.
- Organización de Estados Americanos. (2013). *El problema de las drogas en las Américas*. Whashington: OAS Cataloging-in-Publication Data.
- Organización de Estados Americanos (OEA), Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM) y Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (Cicad). (2015). *Informe Técnico Sobre Alternativas al Encarcelamiento Para los Delitos Relacionados con Drogas*. Bogotá: Gobierno de Colombia, Secretaría técnica.
- Organización de Naciones Unidas. (ONU). (1961). Convención Única de 1961 sobre estupefacientes. Recuperado de: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf
- Ponton, D., y Duque, C. (2015). Hegemonía antidroga y revolución ciudadana: un balance de la política antidroga en Ecuador 2007-2013. En B. Caiuby Labate y T. Rodrigues (Eds). *Drogas, política y sociedad en América Latina y el Caribe* (pp. 187-208). México: CIDE.
- Raffo, L. (2011). La teoría económica de los bienes ilegales: una revisión de la literatura. *Revista Sociedad y Economía*, 20, 291-311. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/soec/n20/n20a12.pdf>
- Rojas, D. M. (2013). Las relaciones Colombia–Estados Unidos en el Gobierno Santos: ¿Llego la hora del post-conflicto?. *Revista Universidad Nacional de Colombia*, 26(79), 121-138.
- Revista Semana. (9 de mayo de 2015). Qué hacer con la coca. Recuperado de: <http://www.semana.com/nacion/articulo/que-hacer-con-la-coca/426913-3>.

- Revista Semana. (23 de enero de 2016). Microtráfico: la mayor amenaza. *Revista Semana*, 1760. Recuperado de: <http://www.semana.com/nacion/articulo/microtrafico-amenaza-seguridad-ciudadana/457684-3>
- Samper, E. (2013). *Drogas: prohibición o legalización: una nueva propuesta*. Bogotá, Colombia: Penguin Random House.
- Szabo de Carvalho, I. (2014). *4 lessons I learned from talking a stand against drugs and gun violence*. Recuperado de https://www.ted.com/playlists/262/talks_for_understanding_the_dr
- Touzé, G., Goltzman, P., Amorín, E., Cymerman, P., y Pawlowicz, M. (2012). Consideraciones del Alcance Legislativo en torno a La Ley de Drogas. *Revista Debate Público*, 2(4), 63-70. Recuperado: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista_4/pdf/09_Touze.pdf
- Thouni, F. E. (2005). Conflictos institucionales y culturales en la formulación y evaluación de las políticas contra las drogas. Algunas referencias al caso colombiano. En M. Ardila, D. Cardona, y S. Ramírez. *Colombia y su política exterior en el siglo XXI* (pp. 271-298). Bogotá, Colombia: Friedrich Ebert Stiftung en Colombia, FESCOL.
- Transnational Institute TNI, & WOLA. (2011). *Systems Overload—Drug laws and prisons in Latin America*. Ámsterdam/Washington: Open Society Institute. Recuperado de: http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2011/TNIWOLA-Systems_Overload-def.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) [La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Col.]. (2013a). *Contribución del Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito al examen de alto nivel de la aplicación de la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas*. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/_UNODC-ED-2014-1/UNODC-ED-2014-1_V1388517_S.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) [La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Col.]. (2013b). *Disposiciones relativas a políticas de drogas de los tratados de fiscalización internacional de drogas*. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_S.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) [La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Col.]. (2015). *Monitoreo de Cultivos de Coca 2014*. Bogotá: Gobierno de Colombia.
- UNODC/OMS. (2013). *Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.unodc.org/docs/treatment/overdose.pdf>

Políticas Editoriales

Drugs and Addictive Behavior

Adscrita a Facultad De Psicología y Ciencias Sociales

Enfoque y alcance

Presentación

La revista *Drugs and Addictive Behavior* es una publicación de carácter científico, semestral, de divulgación de artículos de alta calidad en los temas del consumo de sustancias psicoactivas y de las adicciones que son el resultado de investigaciones o producto de una reflexión juiciosa y de relevancia teórica, profesional y disciplinar en campos como la psicología, la pedagogía, el trabajo social, la medicina y otras áreas. De este modo, espera contribuir al desarrollo de procesos de intervención, prevención y promoción de estilos de vida saludable y salud integral de las personas; en los entornos local, nacional e internacional.

Público objetivo y alcance

La revista está dirigida a profesionales, estudiantes universitarios, instituciones públicas y privadas que estén en relación con la temática y los campos de conocimiento como la psicología, la pedagogía, el trabajo social, la medicina y otros afines; y al público en general que manifieste interés en conocer lo relacionado con las adicciones.

Normas para la presentación de artículos

Estructura de los artículos

Los artículos deben ser inéditos, digitados en Word a espacio y medio, con fuente Arial de 12 puntos. Debe incluir el título, resumen y palabras clave en español e inglés. En el caso de que el artículo esté escrito en un idioma extranjero diferente al inglés, tanto el título como el resumen y las palabras clave deberán ser traducidos a este idioma y al español; el resto del contenido permanecerá en el idioma original.

La extensión máxima de los títulos debe ser de 12 palabras, que describan la idea principal del artículo. Se evitará el uso de números, símbolos y abreviaturas, puesto que dificultan la posterior búsqueda en bases de datos, catálogos y sistemas de indexación.

Cada artículo debe incluir el nombre del autor(es), tal como habitualmente lo registra(n) en sus publicaciones. Por cada uno, incluye una nota a pie de página con los siguientes datos en estricto orden: último nivel de formación, institución (sin abreviaturas) a la que pertenece, ciudad, país, correo electrónico y grupo de investigación, en caso de que pertenezca a uno. Se define autor(es) como la(s) persona(s) responsable(s) directamente de la redacción del contenido.

El resumen debe ser analítico, de máximo 250 palabras. En el caso de los artículos productos de investigación incluirá el objetivo, la metodología, el tamaño de la muestra, las estrategias o instrumentos para recolectar la información y los principales resultados encontrados. En el caso de los artículos que no sean resultado de investigación, el resumen debe expresar clara y sucintamente el objetivo del artículo, los principales supuestos de los que parte, los argumentos y autores que utiliza como soporte y la tesis o las tesis que lo estructuran.

Las palabras clave deben ser de cinco a siete y provenientes de un tesoro de la disciplina. Por ejemplo, el Tesoro de la UNESCO o el Instituto de Estudios Documentales Sobre Ciencia y Tecnología.

Los artículos se recibirán con un máximo de cuatro tablas y/o figuras; estas últimas son una ayuda visual complementaria presentada a manera de fotografías, gráficas, esquemas o dibujos. Cada uno, tabla o figura, deberá tener un título y presentar cita al pie dando crédito al autor original. Las figuras y las tablas llevarán numeración consecutiva independiente.

Para las referencias y la citación se utilizarán los lineamientos de APA, sexta edición.

Tipos de artículos

Los artículos pueden ser escritos en cualquier idioma y podrán corresponder en su estructura con los siguientes tipos de texto:

1. **Artículo de investigación científica y tecnológica.** Documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos terminados de investigación. Para esta revista, la estructura de los artículos de investigación científica y tecnológica debe contener seis apartes: introducción, metodología, resultados, discusión, conclusiones y referencias.
2. **Artículo de reflexión derivada de investigación.** Documento que presenta resultados de investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. Su estructura es: introducción, desarrollo, conclusiones y referencias.
3. **Artículo de revisión o estado del arte.** Documento que presenta la organización, la integración y la evaluación de una serie de investigaciones realizadas en torno a un área o problema específico de las adicciones. Su propósito es divulgar a la comunidad científica el estado actual de la investigación en torno a dicho asunto. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias, lo más actuales posible. Su estructura es: introducción, metodología, resultados, discusión, conclusiones y referencias.
4. **Artículo teórico.** Es el análisis minucioso de una teoría o de varios de sus conceptos. Su objetivo es cualificar los fundamentos teóricos de la disciplina.
5. **Estudio de caso.** Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular, con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática de la literatura sobre casos similares.
6. **Editorial.** Documento escrito por un miembro del comité editorial o un investigador invitado sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.

Política de publicaciones

- El autor debe enviar diligenciada la manifestación de cesión de derechos patrimoniales y la declaración de conflictos de intereses a favor de la revista. Dicho documento será suministrado por el Editor e indica la originalidad del artículo, que no está publicado y que no se encuentra simultáneamente postulado en otro medio.
- La dirección de la revista *Drugs and Addictive Behavior* confirmará al autor, en un máximo de tres (3) días, la recepción de la contribución recibida, si su envío se hace a través del correo electrónico; o de forma inmediata, si se ingresa por el OJS (Open Journal Systems). La recepción de artículos no implica obligación de publicarlos.
- La revista *Drugs and Addictive Behavior* someterá los artículos recibidos a evaluación inicial por parte del Comité Editorial; en caso de que el Comité encuentre pertinente el material, se someterá a evaluación por árbitros anónimos, quienes determinarán si es publicable.
- Una vez iniciada la evaluación del artículo, los autores se comprometen a no retirarlo en ninguna parte del proceso.
- No se recibirán artículos impresos. Todos los proponentes deberán remitir sus escritos mediante el correo electrónico de la revista o el OJS.
- No se recibirán versiones parciales del texto, es decir, aquellas que el autor considere modificar y que no estén estructuralmente ajustadas a un tipo de artículo.
- Una vez enviado el artículo, se entiende que el autor autoriza la publicación de sus datos de contacto y afiliación institucional.
- Los autores son los responsables directos de las ideas, juicios y opiniones expuestas en los artículos; de tal manera que el contenido no compromete el pensamiento del Comité Editorial, ni de la Institución.

Ética de la publicación

- El Comité Editorial, en virtud de la transparencia en los procesos, velará por la calidad académica de la revista.
- Se consideran causales de rechazo: el plagio y el autoplagio, la adulteración, invento o falsificación de datos del contenido y del autor, y que el artículo no sea inédito y original.
- El editor verificará la pertinencia del artículo, de acuerdo con las políticas de la revista y apoyado en el Originality Check de Turnitin, software que detecta errores en el manejo de citas, posibles copias y plagios. Si lo considera viable, remitirá el artículo a los árbitros; de lo contrario informará los hallazgos al autor y lo descartará. Los artículos deben tener mínimo el nivel de originalidad de un 75%.
- En ningún caso, la dirección de la revista exigirá al autor la citación de la misma ni publicará artículos con conflicto de intereses.
- Si una vez publicado el artículo: 1) el editor descubre plagio, adulteración, invento o falsificación de datos del contenido y del autor o errores de fondo que atenten contra la calidad o científicidad, podrá solicitar su retiro o corrección. 2) Un tercero detecta el error, es obligación del autor retractarse de inmediato y se procederá al retiro o corrección pública.
- Las opiniones contenidas en los artículos son atribuibles de modo exclusivo a los autores; por lo tanto, la Institución no es responsable de lo que estas pudieran generar.

Proceso de revisión por pares

Los revisores serán personas con conocimiento sobre el tema específico de cada artículo. La evaluación se cumplirá bajo el modelo «doble ciego», lo cual implica que ni el revisor sabe a quién está revisando, ni el autor sabe quién revisó su texto.

Para la evaluación, los árbitros deberán tener en cuenta:

- La validez como resultado de investigación o como producción disciplinar.
- La pertinencia del artículo a la actualidad del tema de las adicciones.
- La actualidad y riqueza de las fuentes.
- La solidez de la información contenida.
- La coherencia conceptual y textual.

El árbitro diligenciará un formato, con el fin de facilitar la consignación de sus opiniones respecto al texto que le será enviado por correo electrónico.

Política de acceso abierto

Esta revista provee acceso libre inmediato a su contenido bajo el principio de hacer disponible los resultados de las investigaciones y generar el intercambio de conocimiento global.

Editorial Policy

Drugs and Addictive Behavior

Focus and scope

Presentation

The journal *Drugs and Addictive Behavior* is a semi-annual scientific publication, which seeks to divulge high quality articles on the subject of addiction that are the result of research or the product of a serious reflection of theoretical, professional and disciplinary significance in fields such as psychology, pedagogy, social work, medicine and related areas. Thus, it aims to contribute to the development of intervention, prevention of drug use and the promotion of healthy lifestyles and holistic health processes of people; at local, national and international levels.

Target audience and reach

The journal is aimed at professionals, university students, and public and private institutions interested in the subject of drugs and addictive behavior and fields of knowledge such as psychology, education, social work, medicine and other related subject areas; as well as the general public interested in issues related to addictions.

Rules for the submission of articles

Article Structure

The articles must be unpublished, typed in Word, with one and a half spacing, using Arial 12-point font. They should include the title, abstract and keywords in Spanish and English. In case the article is written in a foreign language different to English, the title, the abstract and key words must be translated into English and Spanish; the rest of the content will remain in the original language.

The maximum length of titles should be 12 words, describing the main idea of the article. The use of numbers, symbols and abbreviations should be avoided, since it hinders later searches in databases, catalogs and indexing systems.

Each article must include the author's name(s), as usually registered in their publications. Each article must include a footnote with the following information in strict order: last level of training, institution (no abbreviations) to which he/she belongs, city, country, email and research group, in case he/she is part of a research group. Author is defined as the person(s) directly responsible(s) for writing the content.

The abstract should be analytical, with a maximum of 250 words. In the case of research articles, they should include the objectives, methodology, sample size, strategies or instruments used to collect information, and the main findings. For articles that are not the result of research, the summary should express clearly and succinctly the aim of the article, its main assumptions, the arguments and authors used as support and the principal thesis that structure the article.

There should be from five to seven keywords, all of which should be present in any thesaurus of the discipline. For example, the UNESCO Thesaurus or the Institute of Documentary Studies on Science and Technology.

Articles will be received with a maximum of four tables and / or figures; the latter are complementary visual aids presented as photographs, graphics, diagrams or drawings. Each table or figure must have a title and a footnote recognizing the original author. Figures and tables will have separate consecutive numbering.

For references and quotations, APA guidelines, Sixth Edition, will be used.

Types of articles

Articles can be written in any language and may correspond in structure to the following types of text:

1. **Scientific and technological research article.** Presents in detail the original results of completed research projects. For this journal, the structure of the articles in scientific and technological research should contain six sections: introduction, methodology, results, discussion, conclusions and references.
2. **Reflection article derived from research.** Document stating the results of completed research from perspectives that can be either analytical, interpretative or critiques of other authors, on a specific topic based on original sources. The article's structure must follow: introduction, development, conclusions and references.
3. **Review or state-of-the-art article.** A document that presents the organization, integration and evaluation of a series of research projects around a specific problem or area of additions. Its purpose is to divulge across the scientific community the current state of research on the matter. It is characterized by presenting a careful bibliographical revision of at least 50 references, as recent as possible. The article's structure must follow: introduction, methodology, results, discussion, conclusions and references.
4. **Theoretical article.** It is the detailed analysis of a theory or specific concepts. Its aim is to qualify the theoretical foundations of the discipline.
5. **Case Study.** A document that presents the results of a study on a particular situation, in order to release the technical and methodological experiences considered in a specific case. It includes a systematic review of the literature on similar cases.
6. **Editorial.** A document written by a member of the editorial committee, or a guest researcher, which offers orientations on the subject of the journal.

Publications policy

- The author should send the filled out manifestation of the transfer of property rights and the disclosure of conflicts of interest for the journal. This document shall be provided by the Editor and indicates the originality of the article, which has not been previously published and is not simultaneously postulated in another academic journal.
- The direction of the journal *Drugs and Addictive Behavior* will confirm the author, in a maximum of three (3) days from the reception of the contribution received, if shipment is made via email; or immediately, if it is entered by the OJS (Open Journal Systems). The reception of articles does not imply an obligation to publish them.
- The journal *Drugs and Addictive Behavior* brings articles received under initial evaluation by the Editorial Committee; if the Committee finds relevant materials, it will send the article under evaluation to anonymous reviewers, who will determine if it is publishable.
- Once the editorial committee begins the evaluation of the article, the authors must commit themselves to following through with the entire review process.
- Printed articles will not be received. All submissions must be sent, by email, to the journal's or the OJS's electronic address.
- No partial versions of the text will be received, that is, those that the author is considering editing and which are not structurally adjusted to a specific type of article.
- Once the article is submitted, it is understood that the author authorizes the publication of his/her contact details and institutional affiliation.
- The authors are directly responsible for the ideas, judgments and opinions expressed in the articles; in such a way that the contents of all articles do not compromise the thought of the Editorial Committee or the Institution.

Publication ethics

- The Editorial Committee, by virtue of the transparency in the editorial process, will ensure that the academic quality of the journal is upheld.
- Considered grounds for rejection: plagiarism and self-plagiarism, adulteration, invention or falsification of data of the content and the author, or that the article is not original or unpublished.
- The editor will verify the relevance of the article, in accordance with the policies of the journal and supported by the Turnitin's Originality Check, software that detects mistakes in the use of quotations, possible copies and plagiarisms. If deemed feasible, the editor shall refer the article to the reviewers; otherwise he/she will report the findings to the author and discard it. Articles must have a minimum level of originality of 75%.
- The directors of the journal will, under no circumstances, require the author to quote the journal, nor will they publish articles with conflicts of interest.
- If, once the article is published: 1) the publisher discovers plagiarism, forgery, falsification or invention of data content, or false information concerning the author; misstatements that threaten the quality or the scientific rigorousness of the journal, he/she, may request the article's removal or correction. 2) A third party detects the error, it is the obligation of the author to recant immediately and proceed with the withdrawal or public correction of said article.
- The views expressed in the articles are attributable exclusively to the authors; and as such, the institution is not responsible for any impact these may have.

Peer review process

Reviewers will be persons with knowledge of the specific topic of each article. The evaluation will be undertaken in accordance with the model “double blind”, meaning that neither the reviewer knows who is reviewing, or the author knows who revised his/her text.

For the evaluation, the referees should keep in mind:

- The validity of research results or disciplinary production.
- The relevance of the article in terms of updating the topic of addictions.
- Topicality and richness of sources.
- The strength of the information.
- The conceptual and textual consistency.

Reviewer shall complete a form in order to facilitate the provision of their views on the text that will be sent via email.

Open access policy

This journal provides immediate open access to its content on the principle of making available the results of research and generating global knowledge sharing.

Contenido Vol 1 N° 1

Presentación Presentation

10

Editorial

Una revista científica sobre drogas y conductas adictivas de Colombia para el mundo

Guillermo Alonso Castaño Pérez

13

Editorial

A journal about drugs and addictive behaviors of Colombia to the world

Guillermo Alonso Castaño Pérez

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN RESEARCH ARTICLES

17

Sintomatología frontal y trastornos de personalidad en usuarios de drogas ilícitas

Frontal symptoms and personality disorders in illicit drug users

Eumarjorit Andrea González Roscigno

Astrid Lorena Mujica Díaz

Oscar Eduardo Terán Mendoza

Jesús Manuel Guerrero Alcedo

Daniela de Jesús Arroyo Alvarado

29

Estado del arte del consumo de sustancias psicoactivas en el departamento del Quindío, en el periodo 2009-2012

State of the art of psychoactive substances in quindio department for the period 2009-2012

José Alonso Andrade Salazar

Dayanne Alexis Torres Rojas

53

Motivación de educadores para gestionar proyectos de prevención de la violencia y el consumo de drogas en colegios de Medellín

Motivation of educators to manage projects on prevention of violence and drug use in basic education students

Ornella Moreno-Mattar

Ana Cristina Jaramillo

Isabel Cristina Posada

69

Factores relacionados con la persistencia del hábito tabáquico en estudiantes universitarios

Factors related to the persistence of smoking in university students

Natalia Neira Loaiza

Felipe Ernesto Parrado Corredor

ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA

THEORETICAL REVIEW ARTICLES

89

El ser humano al límite: una mirada reflexiva al habitante de calle

Humans to limit: a thoughtful look at street dwellers

Alberto André Restrepo Alzate

101

Entorno familiar: factor de riesgo o protección para el desarrollo de conductas adictivas en los hijos

Family environment: protection or risk factor for the development of addictive behavior in children

Lizzy Alpízar Jiménez

ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN

REFLECTION ARTICLES

114

Usos de drogas en la Argentina del final de siglo y milenio

Drug use in argentina at the end of the century and millennium

Marcelo de Leonardis

Vol 1 N° 2

Presentación Introduction

147

Editorial

El quehacer de las Instituciones de Educación Superior ante el panorama mundial del consumo de drogas

Xóchitl De San Jorge

151

Editorial

The work of the Institutions of Higher Education to the World Overview of drug

Xóchitl De San Jorge

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN RESEARCH ARTICLES

156

Estrategias comunitarias de prevención en salud en la cárcel de Villahermosa

Community resources for health prevention strategies in Villahermosa Jail

Omar Alejandro Bravo

171

Estudio sobre consumo de drogas y acoso escolar entre cursantes de la enseñanza primaria de Costa Rica

Study on drug use and bullying among primary students in Costa Rica

Sandra Fonseca Chaves

María Auxiliadora Ortega Bonilla

Freddy Cubillo Otárola

Julio Bejarano Orozco

191

Cultura e identidad sobre el consumo de drogas en los habitantes de la calle del municipio de Medellín

Culture and identity on drug consumption in homeless people in Medellín

Adriana Valderrama Restrepo

Laura María Sánchez Gómez

Mary Luz Cárcamo Marengo

Ana Ximena Mazo Beltrán

ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA
THEORETICAL REVIEW ARTICLES

201

La ludopatía: revisión y análisis hacia un modelo integral

Pathological gambling: a review and analysis into a comprehensive model

Yein Alexandra Muñoz Londoño

220

La modificabilidad estructural cognitiva en la familia de un enfermo alcohólico

Structural cognitive modifiability in the family of an alcoholic patient

Lizzy Alpizar Jiménez

237

La lucha contra las drogas: fracaso de una guerra comienzo de una nueva política

The war on drugs: Failure and the beginning of a new policy

Mauricio Alejandro Bedoya Jiménez