



UNIVERSIDAD
CATÓLICA

ISSN (En línea)
2463-1779

Drugs and Addictive Behavior



Presentación
Presentation

Editorial

Sobre las políticas, los imaginarios acerca de las drogas y los estigmas que guían las acciones sociales
On the policies, assumptions about drugs and the stigmas that guide social actions
Isabel Cristina Posada Zapata

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
RESEARCH PAPERS

Relación terapéutica como eje de cambio en jóvenes con problemas de alcohol, anorexia y videojuegos
Therapeutic relationship as an axis of change in young people with alcohol anorexia and video game problems
Laura Ximena Dueñas Ramírez
María Cristina Riveros Reina

Narcoestética en Colombia: entre la vanidad y el delito. Una aproximación compleja
Narco-aesthetic in Colombia: between the vanity and crime. A complex approach
José Alonso Andrade Salazar
Brigithe Dineya Peña
Mateo Parra Giraldo

Drogas y educación
Drugs and education
Néncer Losada Salgado
Marco Fidel Chica Lasso

La investigación sobre el uso de sustancias psicoactivas en la ciudad de Bogotá: entre 1985 y 2005
Research on the use of psychoactive substances in the city of Bogotá: from 1985 to 2005
Sonia Bibiana Rojas Wilches

ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA
THEORETICAL REVIEW

La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva
Acceptance and Commitment therapy for disorders related to abuse and use of psychoactive substances: a descriptive overview
Laura Fernanda Perea-Gil

La adicción a la pornografía: causas y consecuencias
Pornography addiction: causes and consequences
Angélica Velasco
Victor Gil

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas; revisión teórica, de los modelos y estrategias preventivas
Prevention of psychoactive substance use. A theoretical review of prevention models and strategies
Laura Llano Sierra
Mayra Gisella Martínez Saldarriaga
Mariana Torres Benítez
Jessica Magaly Ochoa Parra
Daniela Peláez Olarte



©Universidad Católica Luis Amigó

Vol. 2, N° 1, enero - junio de 2017
ISSN: 2463-1779 (En línea)

Rector

Pbro. José Wilmar Sánchez Duque

Vicerrectora de Investigaciones

Isabel Cristina Puerta Lopera

Decana Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Luz Marina Arango Gómez

Director de la Escuela de Posgrados

Carlos Mario Ayala Jiménez

Coordinadora del Fondo Editorial

Carolina Orrego Moscoso

Diseño y diagramación

Arbey David Zuluaga Yarce

Corrector de estilo

Rodrigo Gómez Rojas

Traductores

Julius Plaza Mondejar

Luis Arturo Chaparro Neira

Contacto editorial

Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó

Transversal 51A N°. 67B - 90. Medellín, Antioquia, Colombia

Tel: (574) 460 69 97 (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 Universidad Católica Luis Amigó.

Hecho en Medellín - Colombia / Made in Medellín - Colombia
Financiación realizada por la Universidad Católica 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. Efre 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.
Psicólogo 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.
Universidad Católica Luis Amigó. Colombia.

Árbitros

Dr. Carlos Chiclana
Universidad de Navarra. España.
Mg. Yadhith Saleme Negrete
Uniremington Montería. Colombia.
Dra. Zuleima Cogollo Milanés
Universidad de Cartagena. Colombia.
Dr. José Ignacio Ruiz Pérez
Universidad Nacional de Colombia. Colombia.
Mg. Luis Vólmar Quintero Pacheco
Consulta externa Psiquiatría. Colombia.



Mg. Andrés Felipe Tirado Otálvaro
Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia.
Dr. Carlos Francisco Salgado Pascual
Universidad de Valladolid. España.
Ps. Miguel Ángel Molla Madueño
Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú.
Dra. Ana Patricia León Urquijo
Corporación Universitaria Minuto de Dios. Colombia.
Mg. Rafael París Restrepo
Universidad Católica Luis Amigó. Colombia.
Mg. Jorge Rodríguez Tobar
Universidad de Chile. Chile.
Mg. Jorge Mario Rubio Sánchez
Corporación Universitaria de Envigado. Colombia.
Mg. Mónica María Villa Gil
Fundación Hermanos de los desvalidos. Colombia.
Esp. María Adelaida Storti Calderón
Alcaldía de Medellín. Colombia.

Edición

Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó

Solicitud de canje

Biblioteca Vicente Serer Vicens
Universidad Católica Luis Amigó
Medellín, Antioquia, Colombia

Para sus contribuciones

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

ISSN: 2463-1779 (En línea)

Vol. 2, N° 1, enero - junio, 2017

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 Universidad Católica 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 Presentation

10

Editorial

Sobre las políticas, los imaginarios acerca de las drogas y los estigmas que guían las acciones sociales

On the policies, assumptions about drugs and the stigmas that guide social actions

Isabel Cristina Posada Zapata

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN RESEARCH PAPERS

17

Relación terapéutica como eje de cambio en jóvenes con problemas de alcohol, anorexia y videojuegos

Therapeutic relationship as an axis of change in young people with alcohol anorexia and video game problems

Laura Ximena Dueñas Ramírez

María Cristina Riveros Reina

38

Narcoestética en Colombia: entre la vanidad y el delito. Una aproximación compleja

Narco-aesthetic in Colombia: between the vanity and crime. A complex approach

José Alonso Andrade Salazar

Brigithe Dineya Peña

Mateo Parra Giraldo

67

Drogas y educación

Drugs and education

Néncer Losada Salgado

Marco Fidel Chica Lasso

84

La investigación sobre el uso de sustancias psicoactivas en la ciudad de Bogotá: entre 1985 y 2005

Research on the use of psychoactive substances in the city of Bogotá: from 1985 to 2005

Sonia Bibiana Rojas Wilches



ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA
THEORETICAL REVIEW

99

La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva

Acceptance and Commitment therapy for disorders related to abuse and use of psychoactive substances: a descriptive overview

Laura Fernanda Perea-Gil

122

La adicción a la pornografía: causas y consecuencias

Pornography addiction: causes and consequences

Angélica Velasco

Víctor Gil

131

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas; revisión teórica, de los modelos y estrategias preventivas

Prevention of psychoactive substance use. A theoretical review of prevention models and strategies

Laura Llano Sierra

Mayra Gisella Martínez Saldarriaga

Mariana Torres Benítez

Jessica Magaly Ochoa Parra

Daniela Peláez Olarte

Presentación

Los cambios sociales que se han producido en las últimas décadas han generado grandes transformaciones en las dinámicas de la sociedad, lo que ha incluido nuevos consumos asociados a los procesos de globalización, que además amplían las posibilidades de ser adictos al plano comportamental, afectando así la vida de las personas en sus ámbitos individual, familiar y social.

Este panorama hace que las posibilidades de estudios en el tema cada vez se diversifiquen más y abran alternativas a contenidos que en el pasado no se habían explorado. De esta forma, en el volumen 2, número 1, de la revista *Drugs and Addictive Behavior* se encontrarán textos variados sobre el consumo y las adicciones, además de los cuestionamientos por la prevención.

La editorial fue escrita por la Magister en Salud Pública, Isabel Cistina Posada Zapata, docente de la Universidad de Antioquia, quien propone reflexionar *Sobre las políticas, los imaginarios acerca de las drogas y los estigmas que guían las acciones sociales*, a partir de un texto en el que puntualiza el fracaso que han tenido las políticas que se fundamentan en la negación de los consumos y la restricción absoluta de los comportamientos ligados a los consumidores, además del papel de la academia de seguir promoviendo los debates necesarios que vinculen los saberes producidos desde y con las comunidades en el tema de drogas y las decisiones que se toman en los escenarios gubernamentales.

Seguido se presentan cuatro artículos de investigación que abren la mirada a nuevas preguntas investigativas y reflexionan sobre nuestros contextos. El artículo de Laura Ximena Dueñas Ramírez y María Cristina Riveros Reina, *Relación terapéutica como eje de cambio en jóvenes con problemas de alcohol, anorexia y videojuegos*, plantea las pautas que se configuran en la relación terapéutica y la manera como dicha relación influye en la construcción del cambio en los pacientes.

El segundo artículo, de los autores José Alonso Andrade Salazar, Brigitte Dineya Peña y Mateo Parra Giraldo, titulado *Narcoestética en Colombia: entre la vanidad y el delito. Una aproximación compleja*, el cual presenta una mirada a la comprensión de este fenómeno mediante la teoría de la complejidad, planteando la modificación del sistema de relaciones de los sujetos en un dominio específico de interacción, como es el narcotráfico.



En el tercer artículo, denominado *Drogas y educación: una revisión bibliográfica*, los docentes investigadores Néncer Losada Salgado y Marco Fidel Chica Lasso analizan las investigaciones que se han realizado en el tema preventivo desde la perspectiva de lucha contra las drogas y las polarizaciones de oferta y demanda.

El cuarto artículo, de la Socióloga y Especialista en Educación, Cultura y Política, Sonia Bibiana Rojas Wilches, *La investigación sobre el uso de sustancias psicoactivas en la ciudad de Bogotá: una revisión entre 1985 y 2005*, presenta el análisis de la revisión de la selección de investigaciones realizadas en Bogotá entre los años 1985 y 2005 sobre el uso de sustancias psicoactivas, reconociendo los avances que se han tenido en el tema, además de algunas cuestiones en la que se generan nuevas preguntas para la investigación.

Para complementar este número se presentan tres artículos de revisión teórica, el primero sobre *La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva*, desarrollado por la Psicóloga Especialista en Clínica, Laura Fernanda Perea Gil, quien enfatiza en que las terapias de tercera generación, particularmente la terapia de aceptación y compromiso, es efectiva en el abordaje de las adicciones.

La segunda revisión teórica es *La adicción a la pornografía: causas y consecuencias*, trabajo realizado por Angélica Velasco y Víctor Gil, en el cual identifican los antecedentes de la adicción a la pornografía en hombres y mujeres; y en el que se sugiere que establecer estrategias de autocontrol, incrementar la actividad física y la participación en actividades sociales, son algunas de las alternativas que pueden ayudar a combatir y prevenir la adicción.

Por último, las Psicólogas Laura Llano Sierra, Mayra Gisella Martínez Saldarriaga, Mariana Torres Benítez, Jessica Magaly Ochoa Parra y Daniela Peláez Olarte, proponen el texto *Prevención del consumo de sustancias psicoactivas; revisión teórica de los modelos y estrategias preventivas*, en el que realizan un reconocimiento teórico sobre los modelos y estrategias preventivas del consumo de sustancias psicoactivas.

Esperamos que las temáticas propuestas generen en los lectores intereses por la investigación y difusión de conocimiento en el tema de las adicciones; y este número en particular, ayude a reflexionar sobre los cambios sociales relacionados con el tema que se están enfrentando.

Mg. Sandra Milena Restrepo Escobar

Directora / Editora

Presentation

The social changes that have occurred in the last decades have generated great changes in the dynamics of society, which have included new consumption associated with the processes of globalization, which also increased the possibility of being addicted in the behavioral aspect, thus affecting people's lives at individual, family and social levels.

This scenario facilitates that the possibilities of study on the subject would be increasingly diversified and opens alternatives to contents that had not been explored in the past. Thus in volume 2, issue 1, of the journal *Drugs and Addictive Behavior*, one can find several texts on consumption and addictions, as well as questions for prevention.

The editorial was written by an expert in Public Health, Isabel Cistina Posada Zapata, magister and professor at the University of Antioquia, who proposes to reflect on the policies, assumptions about drugs and the stigmas that guide social actions, based on a discourse in which points out the failure of those policies that are based on the denial of consumption and the absolute restriction of the behaviors linked to consumers, as well as the role of the academic institutions to continue promoting the necessary debates that integrate the knowledge produced from and with the communities on the subject of drugs and the decisions that are made in the governmental levels.

What follows is the presentation of the four research articles that deal on the analysis to new research questions and reflect on our contexts. The article by Laura Ximena Dueñas Ramírez and María Cristina Riveros Reina, *Therapeutic relationship as an axis of change in young people with alcohol problems, anorexia and video games*, sets out the norms that are manifested in the therapeutic relationship and how this relationship influences the construction of change in patients.

The second article, by the authors José Alonso Andrade Salazar, Brigitte Dineya Peña and Mateo Parra Giraldo, entitled *Narcoaesthetics in Colombia: between vanity and crime. A complex approach*, which presents a closer look at the understanding of this phenomenon through the theory of complexity, proposing the modification of the system of relationships among subjects in a specific domain of interaction, such as drug trafficking.



In the third article, entitled *Drugs and Education: a bibliographical review*, the researcher Néncer Losada Salgado and Marco Fidel Chica Lasso analyze the investigations that have been carried out in the preventive theme from the perspective of the fight against drugs and the polarizations of supply and demand.

The fourth article, by the Sociologist and Specialist in Education, Culture and Politics, Sonia Bibiana Rojas Wilches, *The research on the use of psychoactive substances in the city of Bogotá: a review between 1985 and 2005*, presents the analysis of the revision of the selection of research carried out in Bogotá between 1985 and 2005 on the use of psychoactive substances, recognizing the advances that have been made about the subject, as well as some issues in which new research questions are generated.

To complement this issue, three articles of theoretical review are presented, the first one on *The therapy of acceptance and commitment for disorders caused by psychoactive substance abuse and dependence: a descriptive review*, developed by the Clinical Specialist Psychologist, Laura Fernanda Perea Gil, who emphasizes that third-generation therapies, particularly acceptance and commitment therapy, are effective in addressing addictions.

The second theoretical revision is *The addiction to pornography: causes and consequences*, work done by Angélica Velasco and Víctor Gil, in which they identify the backgrounds of the addiction to pornography in men and women; and in which it is suggested that establishing strategies of self-control, increase physical activity and participation in social activities, are some of the alternatives that can help combat and prevent addiction.

Finally, psychologists Laura Llano Sierra, Mayra Gisella Martínez Saldarriaga, Mariana Torres Benítez, Jessica Magaly Ochoa Parra and Daniela Peláez Olarte, propose the text *Prevention of the consumption of psychoactive substances; theoretical revision of the models and preventive strategies*, in which they perform a theoretical recognition on the models and preventive strategies of the consumption of psychoactive substances.

We hope that the themes proposed will generate in the readers interest in the research and dissemination of knowledge about the subject of addictions; and this particular issue, helps to reflect on the social changes related to the phenomenon they are facing.

Sandra Milena Restrepo Escobar

Director/Editor

Editorial

Sobre las políticas, los imaginarios acerca de las drogas y los estigmas que guían las acciones sociales

Isabel Cristina Posada Zapata*

Forma de citar este artículo en APA:

Posada Zapata, I. C. (2017). Sobre las políticas, los imaginarios acerca de las drogas y los estigmas que guían las acciones sociales. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 12-14.
Doi: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2259>

Desde hace muchos años, organismos internacionales, instituciones gubernamentales, expertos y comunidades de base, han estado insistiendo en la necesidad de invertir en promoción de comportamientos y contextos saludables y prevención, y no en la represión como forma de dar respuesta al fenómeno creciente de producción y consumo de drogas en el mundo entero. Tal llamado enfatiza en el fracaso que han tenido las políticas que se fundamentan en la negación de los consumos y la restricción absoluta de los comportamientos ligados a los consumidores.

¿Cómo entender que los esfuerzos se hubieran enfocado durante años en una lucha frontal contra las drogas? ¿Cómo comprender que muchas de estas políticas no hicieran diferenciación alguna entre quienes producen y comercializan sustancias ilegales y aquellos que las adquieren y consumen? Para intentar dar respuesta a estos interrogantes es importante aceptar que en la historia de los seres humanos siempre han estado presentes las drogas, y seguirán haciéndolo a pesar de todas las medidas restrictivas que se impongan. Como sujetos, hemos intentado huir del dolor o sentirnos más cómodos y felices con los otros y con nosotros mismos, y las drogas nos han permitido tales sentimientos de bienestar; por eso, y por nuestra condición de seres vivos que rechazan la sensación de duelo, de pérdida y de soledad, las drogas han sido y seguirán siendo nuestra compañía. Sin embargo, sus consumos se fueron particularizando históricamente, con lo que se han aprovechado para señalar a aquellos que se creían inferiores al hombre blanco, adinerado, colonizador y de origen europeo. Así, las drogas sirvieron para marcar a los negros, indígenas y asiáticos, nombrándolos como holgazanes, delincuentes, locos y peligrosos.

* Magíster en Salud Pública, Profesora Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia
Correo electrónico: isabel.posada@udea.edu.co



Por lo anterior, pensar e invertir en políticas de cero tolerancia o de erradicación de consumos, es una inversión en lo público de carácter ilusorio, en un horizonte que es inalcanzable, y para muchos también indeseable, pues aumenta las brechas entre los grupos, generando enormes distancias entre las capacidades y las oportunidades de unos y de otros para el logro de un desarrollo equitativo y justo.

Como ocurre en escenarios de decisión, los dogmas, las tradiciones, el miedo, la estigmatización y la arbitrariedad, son en múltiples ocasiones los ejes fundacionales sobre los cuales se toman decisiones que afectan a los colectivos. La cero tolerancia, la mata que mata, la relación indisoluble y arbitraria entre los imaginarios sobre las drogas y la prostitución, el no futuro y la delincuencia, se han ido albergando en los grupos humanos con tal fuerza que ya para muchos es una verdad irrefutable que todo aquel que consume drogas (así sea de forma experimental u ocasional) es alguien que no acata normas y que debe ser marginado socialmente por el alto nivel de peligrosidad que representa.

Las convenciones internacionales sobre las drogas, promovidas por organismos multilaterales y a las que la mayoría de los países están adscritos, han contribuido a generar estos imaginarios, pues hasta hace poco no hacían diferenciación precisa entre las sustancias, sus efectos, o riesgos potenciales de adicción; así mismo, se incluían en los acuerdos la criminalización de la producción y la tenencia de sustancias prohibidas, dejando a los gobiernos de cada país las decisiones sobre las sanciones y/o tratamientos obligatorios que se debían imponer. Todos estos discursos tuvieron un acento sobre la prohibición, sin tener en cuenta los contextos y los determinantes estructurales que promueven los consumos y que exacerban los problemas que pueden derivarse de estas prácticas.

Ante este panorama, organizaciones no gubernamentales han hecho un análisis de tales intervenciones y posturas políticas y han logrado determinar que esta serie de convenciones han contribuido a un sinfín de desaciertos: no hay una reducción significativa y sostenida del mercado, hay un incremento de la delincuencia relacionada con el tráfico de las sustancias, han aumentado los problemas en salud por la criminalización de consumidores, se presentan grandes dificultades para el aseguramiento de los derechos humanos en el cumplimiento de la fiscalización, y además, se concluye que las políticas han sido ineficientes.

Es por ello que los expertos en el análisis de políticas insisten que éstas deberían basarse en los conocimientos desarrollados desde la academia y las organizaciones de base en la comunidad, teniendo como horizonte el reconocimiento de un sujeto de derechos, tanto en el productor como en el consumidor. Seguidamente, las políticas debían centrarse en la reducción de las consecuencias nocivas de las drogas, entre ellas la marginación, para el logro de sociedades incluyentes y con posibilidades de participación y construcción por parte de todos sus miembros.

Desde hace algunos años, este tipo de propuestas ha ido tomando fuerza y se ha clamado por una visión de derechos y de salud, en vez de la represiva y guerrillera, ante el fenómeno de las drogas en el mundo. Mientras que en algunos países se sigue condenando a largas penas en prisión y hasta a la muerte, tanto a productores como a consumidores, en la región de las Américas se vienen adoptando posturas más reflexivas y coherentes con políticas sociales que abogan por la reducción de los daños asociados a esta conducta. Desde la Organización de Estados Americanos, presidentes y consorcios internacionales, se insiste en un cambio de mirada, pues la anterior no solo fue errada, sino que cobró miles de víctimas mientras que no atendía los problemas ligados a la producción, tráfico y consumo de drogas.

En Colombia, el acento estuvo durante muchos años en la lucha contra las drogas y la erradicación de los cultivos, dejando así que se afanzara un problema que nos negábamos a reconocer: ser un país consumidor, no solo productor de drogas ilegales. En la nación asistimos hoy a una realidad que nos muestra mayores consumos de sustancias psicoactivas, uso más temprano en nuestros adolescentes y niños y con sustancias cada vez más letales por su capacidad adictiva. Los problemas que se presentan en este escenario son paulatinamente mayores, y aunque hay esfuerzos importantes en algunos sectores, éstos no cuentan con suficientes mecanismos de integración, sistematización y evaluación para afianzarse. Así, muchas de las personas con problemas por el uso de sustancias no tienen tratamientos oportunos y adecuados, y en diversas ocasiones, los programas de promoción de la salud no son una prioridad o siguen estando supeditados al dogma y al recelo.

Es por ello que desde la academia tenemos el deber social de seguir promoviendo los debates necesarios que vinculen los saberes producidos desde y con las comunidades en el tema de drogas y las decisiones que se toman en los escenarios gubernamentales. Debemos posicionarnos también como actores de transformación de políticas y programas obsoletos, que en nada han contribuido a la construcción de entornos saludables donde niños, jóvenes y adultos tengan las herramientas de vida necesarias para encarar los problemas cotidianos, sin que esto devenga en un trastorno por uso problemático de drogas. Las drogas en sí mismas no son una condena, la inequidad y la exclusión sí lo han sido, y son un contexto ideal para que cualquier problema, incluidos los que se derivan por el uso de las drogas, prosperen.

Editorial

On the policies, assumptions about drugs and the stigmas that guide social actions

Isabel Cristina Posada Zapata*

For many years, international agencies, government institutions, experts and grassroots communities have been insisting on the need to invest in promoting healthy behaviors and contexts and prevention, not in repression as a way of responding to the growing phenomenon of production and drug use worldwide. Such a call stems from the failure of policies that are based on the denial of consumption and the absolute restriction of consumer behavior.

How to understand the efforts focused for years in a frontal fight against the drugs? How can one understand that many of these policies do not differentiate between those who produce and market illegal substances and those who acquire and consume them? To try to answer these questions, it is important to accept that in the history of human beings drugs have always been present, and will continue to do so in spite of all the restrictive measures that are imposed. As subjects, we have tried to escape from pain or to feel more comfortable and happy with others and with ourselves, and drugs have allowed us such feelings of well-being; therefore, and because of our condition of living beings that reject the feeling of mourning, loss and loneliness, drugs have been and will continue to be our company. However, its consumption was historically particularized, with what have been used to refer to those who thought they were inferior to the white man, wealthy, colonizer and of European origin. Thus, drugs served to mark Negroes, Indians and Asians, naming them as lazy, delinquent, crazy and dangerous.

Therefore, thinking and investing in policies of zero tolerance or eradication of consumption, is an investment of an illusory nature in the public level, in a horizon that is unattainable, and for many also undesirable, as it increases the gaps between groups, generating enormous distances between capacities and opportunities of one and the other for the achievement of equitable and fair development.

* Magister in Public Health, Professor National Faculty of Public Health. University of Antioquia
Email: isabel.posada@udea.edu.co



As in decision-making scenarios, dogmas, traditions, fear, stigmatization and arbitrariness are on many occasions the foundational axes on which decisions are made that affect the collectives. Zero tolerance, the killing that kills, the indissoluble and arbitrary relationship between assumptions about drugs and prostitution, the no-future and crime, have been lodged in human groups with such force that already for many is an irrefutable truth, that anyone who consumes drugs (whether experimentally or occasionally) is someone who does not comply with the norms and must be marginalized socially because of the high level of danger it represents.

The international conventions on drugs, promoted by multilateral organizations and to which most countries are attached, have contributed to generate these assumptions, since until recently they did not make precise differentiation among the substances, their effects, or potential risks of addiction; likewise, the agreements included the criminalization of the production and possession of prohibited substances, leaving to the governments of each country the decisions on the sanctions and / or obligatory treatments that had to be imposed. All these discourses had an emphasis on the prohibition, without taking into account the contexts and the structural determinants that promote the consumptions and that exacerbate the problems that can derive from these practices.

Against this background, non-governmental organizations have made an analysis of such interventions and political stances and have managed to determine that this series of conventions have contributed to a myriad of mistakes: there is no significant and sustained reduction of the market, there is an increase in crime related to the trafficking of substances, have increased health problems due to the criminalization of consumers, there are great difficulties for the guarantee of human rights in the fulfillment of its implementation, and in addition, it is concluded that the policies have been inefficient.

It is for this reason that experts in policy analysis insist that these should be based on the knowledge developed from the academic community and grassroots organizations, having as a horizon the recognition of a subject of rights, both in the producer and in the consumer. Next, policies should focus on reducing the harmful consequences of drugs, including marginalization, for the achievement of inclusive societies and with possibilities for participation and construction by all its members.

For some years, this type of proposal has been taking force and has been called for a vision of rights and health, instead of the repressive and war against the phenomenon of drugs in the world. While in some countries long prison sentences and even death are applied, both producers and consumers continue to be condemned. In the Americas, more reflexive and coherent positions are being adopted with social policies that advocate the reduction of damages associated with this conduct. From the Organization of American States, presidents and

international consortiums a change of perspective is insisted, since the previous one was not only wrong, it also claimed thousands of victims while not addressing the problems related to drug production, trafficking and consumption .

In Colombia, the focus was for many years in the fight against drugs and the eradication of crops, thus leaving a problem that we refused to recognize: a consumer country, not only a producer of illegal drugs. In the country today we see a reality that shows us greater consumption of psychoactive substances, use earlier in our adolescents and children and substances increasingly lethal because of their addictive capacity. The problems presented in this scenario are gradually increasing, and although there are significant efforts in some sectors, they do not have sustained and enough integration, systematization and evaluation mechanisms. Thus, many people with substance use problems do not have timely and appropriate treatment, and on several occasions, health promotion programs are not a priority or remain subject to dogma and suspicion.

That is why, as an academic community, we have a social duty to continue promote the necessary debates that link the knowledge produced from and with the communities on the matters about drugs and the decisions that are made in governmental scenarios. We must also position ourselves as agents of transformation of obsolete policies and programs, which have not contributed to the construction of healthy environments where children, youth and adults have the necessary tools to deal with daily problems, without this resulting in a problematic disorder use of drugs. Drugs themselves are not a condemnation; inequality and exclusion have been, and are ideal contexts for any problem, including those arising from the use of drugs, to thrive.



ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
RESEARCH ARTICLES

Relación terapéutica como eje de cambio en jóvenes con problemas de alcohol, anorexia y videojuegos

Therapeutic relationship as an axis of change in young people with alcohol, anorexia and video game problems

Enviado: 17 de junio de 2016 / Aceptado: 5 de octubre de 2016

Laura Ximena Dueñas Ramírez*
María Cristina Riveros Reina**

Forma de citar este artículo en APA:

Dueñas Ramírez, L. X. (2017). Relación terapéutica como eje de cambio en jóvenes con problemas de alcohol, anorexia y videojuegos. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 17-37.
Doi: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2260>

Resumen

Este artículo presenta la investigación realizada con el objeto de comprender las pautas que se configuran en la relación terapéutica y la manera como dicha relación influye en la construcción del cambio, tomando como modelo la reconfiguración de identidad de los consultantes, en tres procesos interventivos asociados al consumo de alcohol, juego online y trastornos de la conducta alimentaria. Se asume una perspectiva sistémica compleja, apoyada en una metodología cualitativa y un análisis holístico de la información; se realiza un ejercicio comparativo entre los tres casos, a lo largo de tres momentos del proceso terapéutico, lo cual posibilita establecer diferencias y similitudes entre estas problemáticas en pro de su comprensión clínica y terapéutica; los resultados arrojan en el terceto de casos la importancia innegable de la relación terapéutica en los procesos de cambio, destacando una relación humana, colaborativa y respetuosa, en la que sea posible hablar de la comunicación misma y hacer explícito el proceso afectivo, emocional y reflexivo que se va generando, de modo que la relación se constituya en un vehículo seguro y confiable de transición hacia nuevas formas de concebir y experimentar el mundo, a otros y a sí mismo, parámetros que dan cuenta de la reconfiguración de la identidad. Ello implica la exigencia de realizar ajustes particulares en cada caso en lo atinente a la coordinación interactiva, el contacto comunicativo, las actitudes emocionales y las comprensiones en torno al problema- en la relación entre paciente y terapeuta en función de la pauta misma del problema, del marco de referencia de los consultantes y de los procesos autorreferenciales del terapeuta.

* Maestría en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: laura_ximena89@hotmail.com

** Maestría en Psicología Clínica y de Familia, Universidad Santo Tomas, Docente Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: macrisriveros@gmail.com



Palabras clave:

Adicción; Adicción a Videojuegos; Alcoholismo; Anorexia; Identidad; Relación Terapéutica; Terapia Sistémica.

Abstract

This article presents the Research–Intervention performed with the aim of understanding the patterns that are configured in the therapeutic relationship, and the way in which this relation influences in the construction of change, taking as reference the reconfiguration of the identity of the consultants in three interventional processes associated with problematic alcohol consumption, video game addiction, and eating disorders. A complex Systemic perspective is assumed, supported by a qualitative methodology and a holistic analysis of the information, from which it is performed in comparison between the three cases, at three stages of the therapeutic process, that makes possible to establish differences and similarities among the three problems on behalf of its clinical and therapeutic understanding. The results show in all three cases the undeniable importance of the therapeutic relationship on the processes of change, stressing the relevance of a human encounter, and a collaborative and respectful relationship, in which it is possible to talk about the communication itself, and make explicit the affective, emotional and reflective process that are generated through the way in which the relation is constituted as a secure and reliable vehicle for transition to new ways of thinking and experiencing the world, others and himself. This process requires particular adjustments at a level of interactive coordination, communicative contact and emotional attitudes and understandings on the problem between patient and therapist, according to the same pattern of the problem, the framework of the consultants, and self-referential process of the therapist.

Keywords:

Addiction; Identity; Systemic Therapy; Therapeutic Relationship; Alcoholism; Anorexia; Video Game Addiction.

Introducción

Es indudable el aporte del paradigma sistémico a la comprensión de las pautas de relación en las que emergen, se mantienen o transforman los fenómenos psicológicos. No obstante, resulta paradójico que siendo esto así, se haya estudiado poco el tema de la relación terapéutica desde este enfoque, como lo señalan Flaskas y Perlesz (1996) y Gibney (1996). Ahora bien, otras corrientes, desde 1930, lo han abordado más ampliamente a partir del concepto de alianza terapéutica, que se configuró como un constructo reconocido por cualquier modelo psicológico en la medida en que se relaciona con la eficacia de cualquier terapia, sean cuales sean las técnicas empleadas, según lo planteó Strup (1973, como se citó en Escudero, 2009). Desde entonces se han venido definiendo aspectos que influyen en la creación de la alianza, tales como la capacidad del cliente para conectar con el terapeuta, las características personales del terapeuta y el compromiso del cliente con los objetivos del tratamiento. Siguiendo esta línea, numerosas investigaciones han corroborado la importancia de la relación terapéutica en la eficacia de los tratamientos, tal es el caso de la desarrollada por Martin, Garske y Davis (2000, como se citó en Escudero, 2009), que abarcó 79 estudios con gran amplitud en cuanto al tipo de terapia, tipologías de pacientes y de problemas clínicos, mostrando una medida significativa de 0.25 incluyendo terapias para el tratamiento de drogadicción.

En esta misma dirección, autores como los citados por Corbella & Botella (2003, Lambert, 1992; Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1991; Barber, Crits-Cristoph y Luborsky, 1999), y los citados por Chazenbalk (2004, Orlinsky, Grawe y Parks, 1994; Satir, 1985; Beutler, 1995) han reconocido con base en sus estudios, el peso que tiene la relación terapéutica en los procesos de cambio, encontrando hallazgos que plantean que la persona del terapeuta resulta ocho veces más influyente que su orientación teórica, y que las técnicas empleadas y la mejoría del paciente explicada por las técnicas correspondía a 15%, en tanto que la proporción explicada por la relación terapéutica abarcaba alrededor de 66% de la variancia del resultado final de la terapia.

Por lo anterior, se han estudiado las características generales del terapeuta que influyen en el éxito de la terapia, tales como la aceptación incondicional, la empatía y autenticidad del terapeuta (Rogers, 1969), la postura de neutralidad y curiosidad (Arribas, 2003), la postura cálida, creativa y espontánea (White, 2002, como se citó en Cammaert y Moreno, 2009), ingenuidad (Horvath, 2005), la autoconfianza del terapeuta (William y Chambleez, 1990, como se citó en Chazenbalk, 2004) y su capacidad de auto referencia (Neimeyer y Mahoney, 1998). Pese a la importancia de esta caracterización, se advierte una inclinación importante hacia la construcción de una comprensión que se centra en las características aisladas del terapeuta; razón por la cual, el presente artículo pretende reflexionar sobre los hallazgos de la investigación realizada proponiéndose trascender

una comprensión individual de este fenómeno para reconocer esa influencia recíproca que tiene lugar entre el consultante y el terapeuta, los patrones de relación que van configurándose entre ellos y que influyen en la reconfiguración de identidad como indicador del proceso de cambio en tres casos asociados con la adicción al alcohol, al juego online y a comportamientos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria. Esto, partiendo del postulado que cada elemento del sistema es necesariamente trascendido por la organización total y, por ende, que la identidad es también una construcción interactiva y socialmente conformada en la relación con otros; todo ello supone que en la relación terapéutica, atravesada por la conversación y lo que en ella se comunica verbal y no verbalmente, se van configurando relatos de sí mismo, de los otros y del mundo, que van permeando al terapeuta y al consultante desde la acción conjunta en los procesos de cambio, por lo que se asumen sentimientos, pensamientos y acciones, lo cual incide en el proceso de diferenciación y construcción de autonomía y diferenciación (Connelly y Clandinin, 1995; Dueñas, 2016).

En el contexto de la relación terapéutica, tomar como indicador del proceso de cambio, la reconfiguración de la identidad del consultante, implica hacer el tránsito del concepto de sí mismo, entendido como algo, único, estable, descubrible, verificable, previsible, a un sí mismo intersubjetivo, dialógico, diverso, múltiple, cambiante, plural y complejo (Bruner y Weisser, 1995; Codina, 1998, como se citó en Munné, 2000; Connelly y Clandinin, 1995; Gergen, 1996; Páramo, 2008; Ricoeur, 1996). No obstante, en el contexto de las adicciones, Riveros y Garzón de Laverde (2009), identifican como un problema central en la intervención terapéutica, un fenómeno de cristalización de las identidades en torno a sí mismo que termina configurando pautas relacionales complementarias y guiones de vida que dificultan la construcción de autonomía y responsabilidad. En este sentido, dichas autoras plantean que la terapia está llamada a generar en la conversación terapéutica relatos alternos que posibiliten la redefinición de sí mismo en cada uno de los miembros del sistema familiar, esto es, de la persona definida como "adicta" y de los otros significativos en su red de relaciones, buscando con ello ampliar las versiones de identidad personal y colectiva en las diferentes dimensiones en las que el individuo se expresa; como señala Martínez Carazo (2006), pareciera ser que existe una relación entre el modo de ser, el sistema familiar en el que se desarrolla y las sustancias psicoactivas que usa preferencialmente, siendo necesario abordar los tres frentes en un proceso terapéutico para lograr la diferenciación y autonomía en la persona, aspectos que se encuentran particularmente disminuidos en las pautas adictivas. Así pues, se propone mediante este artículo, volver la mirada sobre el sistema terapéutico, más específicamente sobre la relación terapéutica, considerando que, al tener un carácter emocional, cognitivo y pragmático, en ella transitan procesos auto-hetero-referenciales, que usados generativamente, logran introducir diferencias conducentes al cambio; es decir, suponemos, siguiendo a Guidano (1998), que en los procesos auto-hetero-referenciales que se dan al interior de la relación terapéutica se generan aperturas y cierres que activan la capacidad auto-organizativa del sistema, y con ello, procesos de reconfiguración de identidad.

Método

La investigación clínica aquí presentada se circunscribe en el marco de la investigación de segundo orden, lo cual implica una forma de observación que se caracteriza por ser auto-reflexiva (autorreferencial), en tanto se reconoce que el objeto de investigación se constituye y modifica por acción de la reflexión del sujeto y los esquemas de distinción, representación, apreciación y acción que él mismo ha producido en su relación con el sistema del que forma parte (Santibáñez, 1999, como se citó en Mejía, 2002; Molina 2001). Se identifica como un proceso de investigación-intervención, que busca responder a las dinámicas de la práctica terapéutica, como a los requerimientos de investigación, partiéndose de un proceso de retroalimentación entre lo interventivo y lo investigativo (Chenail, 1995). Se realiza en el marco de la investigación cualitativa, como estudio de caso único, que implica abordar la particularidad y la complejidad de tres casos singulares, para llegar a comprender su actividad y desarrollo, así como aspectos comunes que en ellos se encuentren (Stake, 2007). Se realizó un muestreo por conveniencia (Navas, 2010), para dar cuenta del periodo inicial, intermedio y final del proceso terapéutico, haciendo un análisis holístico del mismo (Lieblich, Mashiach y Zilber, 1998), el cual posibilita que los aspectos de la estructura de la historia -en igual medida que los de contenido- pueden revelar esa construcción subjetiva que hacen terapeuta y consultante de su experiencia en evolución, de sus identidades, percepciones y valores.

Contexto de la investigación

Esta investigación se realizó como trabajo de grado de la maestría en Psicología Clínica en la Pontificia Universidad Javeriana y se llevó a cabo con tres consultantes atendidos en la Organización Internacional para el Desarrollo Psicoemocional (OIPSI), la cual es una IPS habilitada en consulta externa en Psicología y como Centro de atención ambulatoria para pacientes con drogodependencia, localizada en la ciudad de Bogotá.

Participantes

Se realiza una selección por conveniencia que, tal como señala Navas (2010), constituye un tipo de muestreo no probabilístico, para el que los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad para el investigador.

Tabla 1. Datos participantes

Caso sexo	Problemática	Edad	Modalidad	Momento 1	Momento 2	Momento 3	Total Sesiones
1 (M)	Adicción al alcohol	24	Consulta externa	Sesiones 1 y 4	Sesión 7	Sesiones 10 y 11	11
2 (F)	Anorexia nerviosa	18	Centro día	Sesiones 2 y 6	Sesiones 13 y 16	Sesiones 19 y 20	20
3 (M)	Adicción a juegos online	17	Centro día	Sesiones 1 y 3	Sesiones 7 y 8	Sesión 15	15

Procedimiento

Una vez realizada la transcripción de las sesiones, se inició la identificación de los focos temáticos del texto a partir de la lectura y relectura de las mismas, buscando atender al contenido y a la estructura como un todo. Los focos temáticos, designados como categorías y subcategorías que guiaron el análisis de la información, fueron los siguientes: Relación Terapéutica (coordinación interactiva entre paciente y terapeuta; contacto comunicativo y actitudes emocionales que paciente y terapeuta evocan en el otro); Comprensiones en torno al problema y al cambio, e Identidad (versión de sí mismo; versiones de otros significativos acerca de la propia identidad; versión del mundo). Dicho análisis permitió ver aspectos particulares de cada caso en cuanto a la relación terapéutica y la reconfiguración de la identidad como indicador del proceso de cambio, y permitió, además, realizar un ejercicio comparativo de los tres procesos terapéuticos.

Resultados

A continuación se presentan los hallazgos que emergieron durante la investigación-intervención realizada, referentes al modo como se fue configurando y reconfigurando la relación terapéutica durante los tres momentos del proceso (tomando como referencia las categorías de coordinación interactiva entre paciente y terapeuta, contacto comunicativo y actitudes emocionales que paciente y terapeuta evocan en el otro y comprensiones en torno al problema y al cambio), y la manera como ésta influye en la reconfiguración de identidad de los consultantes.

Consultante 1 (problema con el alcohol)

Primer momento

Prevalece una coordinación interactiva complementaria en la que el terapeuta asume un rol de seguidor, mientras el consultante de líder en la selección de los temas a abordar y a descartar dentro de la conversación. Esta pauta de relación genera una rigidez que se hace evidente cuando el terapeuta procura tomar una postura un poco más directiva, generándose en el consultante actitudes de desafío, oposición y descalificación, frente a las cuales el terapeuta no se engancha, sino que retorna a un rol de seguidor. No obstante, a medida que avanza la interacción, se flexibiliza ligeramente esta pauta, dando paso a la incipiente emergencia de un “nosotros” dentro de la relación terapéutica, que incide en el proceso de reconfiguración de identidad, pues abandona posturas desafiantes y de descalificación. Este “nosotros” se va configurando a partir de un modo conversacional singular caracterizado por la búsqueda de conexiones desde la lógica y la razón. Lo emocional, por su parte, pareciera no tener un lugar muy afirmado dentro de la conversación, identificándose en el consultante la tendencia a desvincularse de aspectos percibidos como amenazadores, confusos, o incontrolables (reconocimiento, amor, soledad, culpa, deseo de conexión), así como un rechazo de intercambios que incluyeran reconocimiento positivo de parte del terapeuta (quien procura acatar esta norma para preservar la relación). No obstante, sí se evidencian expresiones de reconocimiento del consultante hacia el terapeuta. Respecto a esta desconexión emocional, se aprecia una disparidad entre el lenguaje verbal y no verbal del consultante, así como una actitud defensiva ante la exploración de deseos, propósitos y valores. Se visibilizan relatos identitarios rígidos, saturados del problema y a-contextuales, así como polaridades rígidas respecto a lo bueno/malo, a la independencia/dependencia.

Segundo momento

Predomina una complementariedad y simetría alternante y más flexible, que da paso a un tipo de conversación dialógica que enfatiza en la experiencia de interdependencia. Ocurre un fortalecimiento de ese “nosotros” al interior de la relación. En cuanto al contacto comunicativo y actitudes emocionales, se observa una mayor apertura ante aspectos percibidos como amenazadores e incontrolables (amor, soledad, culpa, deseo de conexión), que abre paso a un modo conversacional más emocional. El consultante continúa rechazando el reconocimiento positivo de parte del terapeuta, aun cuando continúa brindándolo. Se evidencia, a su vez, un incremento en la posibilidad de hablar sobre la comunicación misma entre terapeuta y consultante, aunque persiste resistencia de parte del consultante para construir una experiencia de mayor intimidad y cercanía. Se aprecia una mayor apertura ante la exploración de deseos, propósitos y valores, lo cual ocurre a partir del lenguaje positivo y propositivo que progresivamente fue incorporando la terapeuta. La terapeuta logra introducir más desacuerdos y perspectivas distintas y éstas son más aceptadas por el consultante. Se construyen comprensiones del pro-

blema que adquieren un carácter más interaccional y contextual, desde el cual se enmarca el comportamiento adictivo como estrategia de diferenciación dentro de su sistema familiar, al tiempo, que como oportunidad de estrechar la conexión con sus emociones y con otros.

Tercer momento

Se alcanza una mayor flexibilidad mediante una coordinación interactiva alternante y colaborativa, al tiempo que una mayor apertura para explorar valores, anhelos, propósitos, emociones y vivencias dolorosas y amenazantes en la relación terapéutica y con otros significativos. Las críticas y juicios externos logran ser aceptados con tranquilidad, alcanzándose una mayor flexibilidad en polaridades bueno/malo, dependencia/independencia, que le permiten al paciente mayor apertura hacia la posibilidad de dar y recibir afecto, lo cual repercute en la posibilidad de narrarse dentro de vínculos íntimos y afectuosos, sin vivenciar la amenaza que anteriormente representaban dichas relaciones y sin necesidad del objeto de dependencia. Las narrativas sobre sí mismo tienden más hacia la identificación con valores y con otros significativos; se caracterizan también por ser más matizadas, contextuales, polifónicas y centradas en sus recursos.

Consultante 2 (Anorexia)

Primer momento

Predomina una coordinación interactiva complementaria, desde la cual la terapeuta sigue de manera activa el relato de la consultante, quien lidera el curso de la conversación. Se tejen comprensiones que empiezan a reflejar dilemas en cuanto a la rigidez de la polaridad dependencia/independencia en el sistema familiar, al tiempo que retos importantes en cuanto al proceso de diferenciación, por lo cual el foco de atención se desplaza del objeto de adicción hacia las formas de relación. Estas comprensiones reflejan un locus de control externo desde el cual la libertad y la responsabilidad se perciben restringidas. A medida que se desarrolla la relación, se observa cómo la indiferenciación que predomina en las relaciones de la consultante, empiezan a reflejarse en la relación terapéutica, a través de una pauta de idealización, y sobre adaptación a las ideas de la terapeuta, las cuales terminan siendo asumidas prontamente como verdades irrefutables que se incrustarán en la identidad personal. De manera similar, el terapeuta expresa identificación con creencias del consultante, ocurriendo en consecuencia una mutua sobre-adaptación y un acople en las versiones de mundo para generar conexión, así como un acople del modo conversacional privilegiado por el consultante (místico mágico trascendente). Todo esto repercute en la construcción de un “nosotros” al interior de la relación terapéutica, que contrasta con esa vivencia de aislamiento y de no empatar con otros, que predominaba en el contexto social y familiar. No obstante, la posibilidad de reflexionar sobre el modo como ambos se posicionan en la relación terapéutica es aún limitado,

denotando retos en los procesos de diferenciación dentro de la relación terapéutica. Predomina una versión de mundo y de sí misma ligada a la idea de castigo y karma, que entraña la existencia de polaridades rígidas para significar la experiencia en torno a lo bueno/malo; divino/maldito, partiendo desde una semántica del sacrificio.

Segundo momento

Surge una coordinación interactiva marcada por una complementariedad y simetría alternante, con la presencia de una mayor confrontación, y una distribución más flexible de roles. Así mismo, se observa el modo como se incorpora dentro de la relación terapéutica, la importancia de reflexionar sobre ella misma y sobre el modo como transcurre la comunicación en su interior, a partir de lo cual se logra un mayor auto distanciamiento respecto a la relación complementaria rígida (sobre adaptación) que prevalecía con la terapeuta y también con personas y discursos con los que invalidaba su propia experiencia. Se logra una mayor identificación de la sincronía entre el lenguaje verbal y no verbal, que facilita mayor integración de emociones e historias de vergüenza, rabia y dolor; esto, en un contexto de intimidad y complicidad (aceptación incondicional recíproca). El síntoma, en consecuencia, es resignificado como la estrategia para experimentar autocontrol y autodeterminación sobre su vida y para gestionar emociones. Se aprecian intercambios afectivos explícitos mutuos desde lo verbal y no verbal, así como una mayor presencia de conversaciones orientadas no tanto en el problema, sino en los recursos, valores, propósitos y habilidades para limitar la influencia del problema, lo cual repercute en relatos de empoderamiento y autodeterminación, desde los cuales se narra como fuerte, valiosa, capaz de poner límites y tomar sus propias elecciones.

Tercer momento

Prevalece una relación de complementariedad y simetría alternante que favorece un trabajo colaborativo, desde el cual se reconoce el aporte mutuo que consultante y terapeuta han hecho en la vida del otro. La consultante asume una postura empoderada y un rol más activo en el proceso de exploración. Se evidencia la construcción de un “nosotros”, ya no únicamente desde la identificación (con valores, creencias, versiones de mundo), sino también desde las diferencias y desacuerdos, replicándose este cambio en su sistema familiar y social, a partir de lo cual la consultante asume una postura más autónoma y un mayor reconocimiento del otro como distinto y separado de sí misma. Esta mayor autonomía se refleja en el tipo de comprensiones sobre el problema y sobre la solución que propone la consultante, las cuales, si bien continúan incluyendo una perspectiva contextual, recuperan la libertad del sujeto para tomar postura frente a lo que acontece, siendo ya no víctima de las circunstancias y el contexto, sino un sujeto activo que elige. En consecuencia, se aprecia la emergencia de acciones concretas y prácticas que emergen por iniciativa de la consultante, lo cual contrasta con ese tinte más abstracto que impregnaba las conversaciones en torno a la solución, en momentos previos. Esto tiene implicaciones en la reconfiguración de identidad de la consultante, dada por la integración de logros únicos asociados a la posi-

bilidad de poner límites a otros, plantear sus posturas y asumir una posición crítica respecto a las versiones de mundo y de ella que tienen sus seres significativos. También se evidencia el tránsito de un sistema de valores centrado en una única fuente de sentido (la imagen corporal), a uno más diverso y múltiple.

Consultante 3: (adicción a video juegos online)

Primer momento

La coordinación interactiva característica de este primer momento tiene que ver con una complementariedad y simetría alternante, que incluye intercambios dados desde la colaboración, pero también desde la oposición y el desafío mutuo, pese al cual no se deteriora la relación (debido a la intensidad de la conexión afectiva que ya se había consolidado en un proceso previo que había adelantado el consultante con la misma terapeuta). Por otra parte, se identifica el humor como un recurso del terapeuta para flexibilizar la versión de mundo y de sí mismo del consultante, siendo aceptado por él. Empero, predomina la creencia en rasgos intrapsíquicos y defectuosos, así como una versión de mundo amenazante; prevalece un locus de control externo y una relación de oposición y rivalidad consigo mismo y con otros. Revela tendencia a desvincularse de aspectos percibidos como amenazadores, confusos, o incontrolables (reconocimiento, amor, soledad, culpa, deseo de conexión), a la vez que muestra actitud defensiva ante la exploración de deseos, propósitos y valores. Sostiene una visión de mundo que privilegia el fin sobre los medios, adoptando en sus relaciones una postura instrumental, que empieza a reconstruirse desde la relación terapéutica, en tanto ésta se vivencia como un fin en sí misma. No obstante, se evidencia dentro de la versión de mundo del consultante, la incomprensión de las siguientes polaridades en la reorganización de la experiencia que sostiene el problema de adicción: bueno/malo, poder/debilidad, perder/ganar. Lo anterior contribuye para que exista una predominancia de versiones de sí mismo saturadas del problema, las cuales son desatendidas por la terapeuta, quien direcciona la conversación hacia los logros y habilidades especiales del consultante. Se aprecia con frecuencia cómo la terapeuta se vale de la relación para ampliar la versión que tiene el consultante sobre sí mismo. Las comprensiones que se tejen reconocen la condición activa, intencionada e inclinada hacia valores y sentidos del consultante y relacionan el objeto de adicción con su sistema de valores, propósitos y sueños.

Segundo momento

Prevalece una coordinación interactiva flexible que alterna entre la simetría y la complementariedad, dando lugar a un estilo de relación colaborativo en donde consultante y terapeuta se narran como un equipo que comparte un proceso de exploración y descubrimiento conjunto. Sin embargo, se presentan aún episodios de desafío y oposición de parte del consultante. Ocurre, no obstante, un progreso en la deconstrucción progresiva de la experiencia de rivalidad y en la posibilidad de experimentar la autoafirmación propia y del otro como legítimas y

no como amenazantes. Se observa que prevalece un modo conversacional entre consultante y terapeuta que alude a lo creativo, fantasioso y lúdico, éste adquiere cada vez una mayor organización y coherencia en su estructura, una mayor conexión con la realidad y con los valores que persigue. Esto repercute en la construcción de versiones acerca de sí mismo, que lo conectan con un sentido del deber y un compromiso con causas, lo que le permite resignificar el síntoma en tanto aquello por medio de lo cual ha intentado satisfacer su necesidad de reconocimiento y poder (sobre otros, sobre sí mismo, sobre la vida y la muerte), al tiempo que gestionar emociones como la rabia y la ansiedad.

Tercer momento

Prevalece una coordinación interactiva más inclinada hacia la complementariedad, asumiendo el consultante un rol más activo en el proceso de exploración y adoptando el papel de maestro del terapeuta respecto al proceso y a su vida; también reflexionan juntos sobre el aporte que ha hecho el consultante en la vida del terapeuta, con lo cual se alcanza una mayor reciprocidad. En cuanto a las actitudes emocionales, se aprecia una mayor apertura para expresar y recibir reconocimiento, al tiempo que para emprender procesos de autodescubrimiento, los cuales son afrontados con curiosidad y emoción. Esto entraña un cambio importante en la identidad, en el sentido de que contrario a ser vista como un proceso acabado, se concibe como dinámico e impredecible. En cuanto al proceso de diferenciación, se advierte un despliegue importante de intercambios orientados a reflexionar sobre la relación misma, a partir de lo cual surge de parte del consultante la explicitación de su temor respecto a no llegar a ser aceptado incondicionalmente por el terapeuta si toma decisiones distintas a las que considera el terapeuta quería para él; conversación que termina favoreciendo una disminución de sus actitudes de oposición y resistencia dentro de la relación terapéutica, resignificando la norma desde su provecho y utilidad en la relación terapéutica. El consultante logra replicar con otros esa propuesta relacional colaborativa, íntima y horizontal, lo cual coincide con una reducción importante en los comportamientos adictivos.

Discusión

Siguiendo los fines propuestos, resulta útil partir del reconocimiento del carácter dinámico que asume la relación terapéutica y de los ajustes particulares que se evidencian en función del caso, lo cual deriva en el hecho fundamental que cada relación terapéutica se configura como fruto de un proceso intersubjetivo, generativo, singular y complejo, que conlleva una continua actualización del pacto relacional que se desarrolla de acuerdo con las necesidades propias del consultante y los sistemas significativos con los que se relaciona.

No obstante, en esta singularidad emergente, fue posible observar pautas comunes en la relación terapéutica que atraviesan los tres procesos desarrollados con los consultantes, lo cual ilumina dos planteamientos importantes: el primero, referido a que la persona del terapeuta participa en la terapia desde sus propias ofertas relacionales de preferencia, realizándose un acople de identidades, lo cual puntúa la importancia de los procesos autorreferenciales dentro de la terapia. El segundo, describe la existencia de patrones de relación entre consultante y terapeuta que favorecen el proceso de reconfiguración de identidad, en sistemas que evidencien una organización de tipo adictiva como lo es la anorexia, la adicción al alcohol y a los juegos online.

Así pues, una pauta en común identificada en los primeros momentos de la relación terapéutica con los tres consultantes, tiene que ver con el establecimiento de un modo de relación complementario entre consultante y terapeuta, desde el cual este último procura confiar en la dirección que otorga el consultante a la conversación, acomodarse a sus ritmos y tiempos, aceptar sus negativas para explorar ciertos temas, así como su decisión de ampliar otros tópicos. Esta coordinación interactiva favorece en los tres consultantes una mayor apropiación de sí mismos y sus decisiones, con lo cual logran ser ellos quienes cuestionan su propia postura, pues no tuvieron que defenderla del terapeuta, pauta con la que se movían en otros contextos en donde los padres u otros seres significativos, en aras de lograr el cambio, cuestionaban su comportamiento repetidamente; se vincula lo anterior con la propuesta de asumir una postura colaborativa, como plantean Anderson (1999) y Connelly y Clandinin (1995), creando con ello un contexto que estimule la responsabilidad y favorezca que la persona asuma la autoría de su vida; es posible dilucidar la importancia que dicho contexto en una fase inicial no empuje hacia el cambio, pues paradójicamente, se evidencia cómo soltar las expectativas en torno al cambio, permite experimentar la libertad para cambiar y hacerse cargo de sí mismos. Esto coincide con lo que plantea Rogers (1961) como la posibilidad de experimentar libertad al interior de la relación terapéutica, en tanto ello fomenta la responsabilidad, al ocurrir un desplazamiento del centro de evaluación desde el exterior hacia el interior del sí mismo, experimentando mayor capacidad para tomar decisiones, lo cual fue un efecto evidente que pudo observarse durante el segundo y tercer momento de la terapia en los tres consultantes y que da cuenta de un proceso importante de reconfiguración de identidad, emergiendo una mayor experiencia de empoderamiento. Es decir, al interior de la relación terapéutica transita el dilema asociado al proceso de autodeterminación y diferenciación descrito por Bowen (1991), siendo la misma relación fuente de posibilidades para su reconfiguración, en la medida en que valida y respeta al otro como otro, siendo éste, un elemento central de todo proceso terapéutico.

Así mismo, es posible observar que la relación terapéutica termina configurando una organización singular en función de la polaridad semántica relevante a cada caso que, retomando a Ugazio (2001), puede describirse como control/descontrol, vencedor/perdedor, dependencia/independencia; buscando acoplamiento sea como formas de adecuación al otro y sus demandas, o bien como formas de oposición. Se resalta la importancia de los procesos de meta-comunicación entre terapeuta y consultante a propósito de lo que ocurre en la relación

misma, pues ello favorece la toma de conciencia respecto al modo como el consultante se posiciona en otras relaciones, lográndose una mayor flexibilización en la polaridad semántica y, por ende, en la pauta de sobreadaptación u oposición a interior de la relación terapéutica, lo que posteriormente se transfiere a otras relaciones. Esto coincide con lo que plantean Safran y Muran (2005, como se citó en Gonçalves, 2002), quienes asocian estos procesos de meta-comunicación como aquellos que permiten desenredarse de la configuración relacional cuando se ha producido un impase terapéutico y consiste en un esfuerzo por salirse del ciclo relacional que se encuentra asociado al problema, para así tratarlo como el foco de atención de una exploración colaborativa entre ambos, como sugiere Ibarra Martínez (2004). En esta medida, tiene que ver con un esfuerzo conjunto por hacer consciente el proceso interactivo mientras se produce, en tanto ello ilumina la comprensión de los principios organizativos centrales de la identidad del consultante, siendo la meta-comunicación el vehículo por excelencia para acceder a ella y, por ende, reorganizarla (Yáñez, 2005, Safran y Muran, 2005, Safran y Segal 1994, Stolorow, Brandcraft y Atwood, 1994, como se citó en Gonçalves, 2002).

Se aprecia a su vez, la importancia de que el terapeuta pueda establecer una relación no instrumental con los consultantes, sino una que se constituya en un fin en sí misma, lo cual coincide con lo planteado por De Barbieri (2005), haciendo posible trascender la búsqueda de poder sobre el otro, para adoptar una postura de poder con el otro. Esto cobra mayor importancia cuando la lógica que sostiene el problema mismo tiene que ver con la construcción de relaciones instrumentales de las personas y el privilegio del fin sobre los medios. La construcción de esta relación no instrumental favorece, a su vez, un mayor reconocimiento de valores, principios, necesidades y sentimientos propios (antes no registrados), que los llevan a establecer sus límites personales, no dejarse absorber por el otro ni invadirlo, lo cual es crucial para la construcción de experiencias de intimidad real, tal como refiere Martínez (2011).

Planteada así la experiencia en la relación terapéutica, el énfasis en los valores, propósitos y sentidos en la conversación, guiados por una postura apreciativa, posibilita en los consultantes trascender esa perspectiva de “no soy” a una de “quiero ser”, que implica el fortalecimiento de una mayor autenticidad, entendiendo por este concepto la posibilidad de elegirse a sí mismo y conquistarse (Heidegger, 1995, como se citó en Martínez, 2011); alcanzar una verdadera apertura hacia el mundo y las cosas y apropiarse de sí mismo, de sus percepciones, emociones, haciéndose responsable de su proyecto vital, lo cual es contrario a los procesos ligados a la inautenticidad, en la que impera una tendencia a desvincularse de aquellos aspectos humanos que son amenazadores, confusos o incontrolables, y también una tendencia en donde la persona se dispersa en lo social, perdiendo lo que le es propio (Cohn, 2002, como se citó en Martínez, 2011).

Todo ello evidencia el gran potencial que reviste a la relación terapéutica para movilizar la capacidad de dejarse tocar por el valor o el sentido y de resonar afectivamente ante su presencia; ahora bien, un elemento que favorece esta posibilidad de sintonizarse con sentidos y valores y, por ende, con una visión de mundo revalor-

zada, tiene que ver con la postura del terapeuta, dispuesto a compartir su visión de mundo, sus experiencias de vida, el afecto o el aporte que hace el consultante a su vida; como señala White (1997), una concepción recíproca de la relación terapéutica y la posibilidad de realizar una distribución realmente equitativa del poder, invita a asumir la responsabilidad de identificar, reconocer y explicitar dentro del contexto de terapia, la contribución real y potencial que esta labor hace a nuestras vidas; nuevamente la relación terapéutica vehiculiza la posibilidad de construir una relación con otras personas de su red social significativa de intimidad y reciprocidad, fortaleciendo con ello versiones alternativas de sí mismos, como seres valiosos, lo que contribuye a transformar su relación con el problema del alcohol, del juego o de la anorexia.

Una característica importante en la relación terapéutica alude a la flexibilidad necesaria de darse en ella, pues si bien la relación puede ser recíproca, íntima, también requiere límites que diferencien roles y funciones, de manera que pueda ser beneficiosa para el consultante. La flexibilidad también se relaciona con el cambio de pautas de relación en los diferentes momentos del proceso, pues si bien en un primer momento resultó útil una pauta complementaria, durante el segundo y tercer momento, deriva una mayor simetría y en una creciente reciprocidad beneficiosa en la relación terapéutica, adoptando un carácter más dinámico, en la medida en la que no es solo el consultante quien expresa emociones y sentimientos, también lo hace la terapeuta; no es solo la terapeuta quien expresa reconocimiento al consultante, éste también lo hace hacia la terapeuta. No hay un líder y un seguidor, sino que ambos lideran y se siguen de manera recíproca. Así mismo, se observa cómo el consultante no es el único cuya identidad se ve transformada por la relación con la terapeuta, pues también la experiencia de sentir la confianza, afecto y valoración del consultante tiene implicaciones en los procesos de reconfiguración de identidad del terapeuta, fruto de experimentarse tan íntima y profundamente incluido en la vida de otros, como ya había advertido White (1997).

Otro aspecto que se deriva de esta investigación alude a la importancia que tiene la relación terapéutica dentro del proceso de diferenciación tanto en el consultante, como en la terapeuta, el cual va fortaleciéndose a medida que transcurre el proceso y se refleja en la mayor posibilidad de expresar pensamientos e ideas sin el temor a generar una escalada o un rechazo por alguna parte. En este sentido, resulta valioso no asumir personalmente los desafíos, pautas de descalificación y oposición desplegados en la relación terapéutica, sino utilizarlos para la comprensión de la pauta asociada al problema. Lo anterior requiere de procesos autos reflexivos, a partir de los cuales el terapeuta pueda percatarse de su propia necesidad de reconocimiento o aprobación, procurando hacerse cargo de ella, sin responsabilizar al consultante, siendo clave para no asumir posturas defensivas. Neimeyer y Mahoney (1998) plantean que el terapeuta debe tener el valor de asumir sus propios asuntos personales cuando se siente invalidado, lo que es una experiencia que fácilmente ocurre cuando la terapeuta se involucra como persona en el proceso.

Este proceso de mayor diferenciación que tiene lugar entre consultante y terapeuta, permite construir una coordinación interactiva más flexible, desde la cual no solo se sigue al otro en su relato y se actúa conforme a sus expectativas, sino también se aventura en la posibilidad de expresar desacuerdos, puntos de vista distintos o señalar disonancias, por ejemplo, entre el relato del consultante y su lenguaje no verbal. De igual modo, favorece la posibilidad de comprender el marco de referencia del otro, sin tener que fundirse en él; de acompañar al consultante en la toma de decisiones, sin experimentar la necesidad de asumir la responsabilidad de tales elecciones.

De aquí se desprende otro elemento en común que se observa en los tres casos, que tiene que ver con la posibilidad que deviene con el proceso terapéutico de enfrentar de un modo distinto las críticas y los juicios de otros, sin que la identidad se vea amenazada, al mismo tiempo que la posibilidad de relacionarse con otros, sin el juicio y señalamiento que prevalecía, lo cual se relaciona con el hecho de diluir en la conversación polaridades semánticas asociadas a bueno/malo, causa/efecto, correcto/incorrecto, verdadero/falso, favoreciendo comprensiones más circulares, complejas. Esto se conecta con lo planteado por Rogers (1969), cuando alude a la posibilidad que se despliega como fruto de participar en una relación terapéutica mediada por la aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad, en tanto ello le permite incorporar ese modo de relación consigo mismo y con otros, en la medida en la que aprende también a escucharse y a escuchar sin prejuicios, sin temores, sin la necesidad de defenderse, sino desde una aceptación incondicional de sí mismo y del otro, que le permite en consecuencia y paradójicamente, su proceso de transformación.

Este cambio en la relación consigo mismo se manifiesta a partir de esa deconstrucción progresiva de narrativas personales en las que predominaban rasgos intrapsíquicos, individuales y defectuosos de sí mismos, que permeaban todas las relaciones de su vida y que derivan en narrativas muy generales, a-contextuales, absolutas y sin matices. Por el contrario, la relación terapéutica que aquí se propone, se estableció desde la premisa de la importancia de cuestionar esa identidad estática, absoluta y monofónica, para experimentar una identidad más plural y situada en un contexto. Así pues, la comprensión del problema se dio con base en las dinámicas relacionales y semánticas, a partir de las cuales las personas interpretan y otorgan sentido a su experiencia particular, dentro de un contexto social, económico, político y cultural más amplio y en un momento particular del ciclo vital, como propone Hernández (1997).

Es posible relacionar lo anterior con el despliegue de formas de coordinación interactiva entre la terapeuta y los consultantes, que tendieron más hacia una forma de relación horizontal en la que al terapeuta tiende a facilitar un contexto conversacional afectivo, en el cual se potencien las posibilidades y recursos de los consultantes para lograr el cambio. Lo anterior puede vincularse con lo planteado por Speed (1996), cuando alude a cómo la orientación teórica en la que los terapeutas nos hemos entrenado, y con la que, por las inversiones emocionales, de tiempo y dinero, nos encontramos profundamente comprometidos, determinará en parte el tipo

de relación terapéutica que se ofrezca a los consultantes y también lo que se espera de ellos. Esto se configura en una reflexión que podría ser útil a las instituciones dedicadas a la atención de personas que ingresen por estos motivos de consulta, en tanto invita a cuestionar esos rótulos o rasgos tan cristalizados que se asocian a las personas con un problema de adicción, para reflexionar en torno a la participación del propio marco de comprensión, sobre la construcción de relaciones terapéuticas que resignifiquen esas construcciones identitarias en las que se cimienta el problema y coincide con lo planteado por Speed (1996).

Esta postura que promueve una des-cristalización de la identidad, se relaciona también con el lugar que se le concedió al objeto de adicción durante las conversaciones, pues se privilegiaban demandas más orientadas a cambiar formas de relación con ellos mismos y con otros, asociadas con el problema. No obstante, cuando se retomaba el síntoma, por lo general, se realizaban connotaciones positivas del mismo y se favorecía un reconocimiento de la función que ocupaba en su entorno primario y en su relación consigo mismos, lo cual influyó sobre los procesos de reconfiguración de identidad, como ya había advertido Ovejero (2000), pues el poner en un segundo plano el consumo o relación con el objeto de adicción, promovió no solo una mayor adherencia al proceso expresado por Codero, Cordero R. Natera y Caraveo (2009), sino el abordaje de los dilemas humanos asociados a cada una de las circunstancias de vida. Por otra parte, también favorece que la relación terapéutica no adopte la misma pauta de relación que se da entre el consultante y su familia, mediada por el rol de control social, lo cual es un elemento esencial que favorece el despliegue de procesos de autoagenciamiento. Esto también permite que el terapeuta pueda relacionarse con el consultante desde facetas distintas de sí mismo, opacadas en el sistema familiar a causa de la atención que recibe el problema; favoreciéndose con esto, la posibilidad de que el consultante pueda verse a sí mismo al margen del problema y encontrar allí recursos y oportunidades. Ahora bien, a pesar de no haber situado a la relación con el objeto de dependencia como el eje central de las conversaciones y de la intervención, si se aprecia un cambio importante en el tipo de relación que los pacientes cimientan con el objeto de adicción hacia el final del proceso, lo cual se configura como fruto de los cambios que ocurren en la relación consigo mismos y con otros y en su versión de mundo, permitiendo que las funciones desempeñadas por su relación con el objeto empiecen a ser tramitadas de formas alternas.

En este sentido, la relación terapéutica se convierte en un espacio en que los consultantes encuentran nuevas maneras de tramitar emociones, tales como la rabia, la soledad, la tristeza, el miedo, la culpa, que anteriormente eran gestionadas a partir de la relación con el objeto de dependencia (los atracones, el ejercicio excesivo, el juego online, el alcohol). Esto se relaciona con lo que Tejeiro (2001) menciona en el contexto de la adicción a juegos online, pero que se evidencia también en las otras dos problemáticas, en torno a cómo el objeto de adicción constituye una actividad de desplazamiento, en tanto representa la única estrategia para afrontar las emociones negativas que le producen otras áreas de la vida.

No obstante, es solo hasta el final del proceso que los consultantes encuentran formas de tramitar esas emociones con personas distintas al terapeuta, descubriendo la manera de reducir significativamente la relación de dependencia con el objeto elegido. Esto da cuenta de la importancia de que los cambios que trascurren en ese espacio intersubjetivo entre terapeuta y consultante, puedan extenderse a otros contextos; este fenómeno podría explicarse acudiendo a Chazenbalk (2004), quien alude a la relación terapéutica como un espacio llamado a establecer lazos emocionales a partir de los cuales se fomente un apego seguro que conlleve a la reestructuración de esos modelos operativos del consultante que influyen en su relación con otros.

Un aspecto importante en la relación es la postura ética desde la cual el terapeuta se hace cargo de su propia responsabilidad como co-narrador en el contexto terapéutico y como copartícipe en el progreso de reconfiguración de identidad del consultante, a partir de las propuestas de relación de preferencia como persona/terapeuta, procurando ponerlas al servicio del otro y de su proceso de transformación, acorde al principio planteado por Von Foerster (1996) de actuar siempre de manera tal que se aumenten las posibilidades. Esto implicó el ejercicio autorreferencial continuo que atravesó todo el proceso y que permitió mantenerse atento a las intervenciones, posicionamientos y sentimientos en relación con el otro, para conversar reflexivamente sobre ello, lo cual reconoce hacer ajustes en conjunto, encontrar conexiones y enriquecer el trabajo terapéutico.

Conclusiones

La relación terapéutica ha de ajustarse a cada consultante, a su versión de mundo, a su oferta relacional de preferencia y a su modo conversacional (incluso aquel que contribuye al sostenimiento del problema), pues allí reposa la posibilidad de vivir experiencias emocionales correctivas, como lo fundamentan Egeland et al. (1988), como se citó en Biedermann, Martínez, Olhaberry y Cruzat (2009); y Chazenbalk (2004).

La relación terapéutica y, por ende, la terapia, se estructuran como fruto de un acople de identidades entre la persona del terapeuta y el consultante, quienes participan desde sus propias ofertas relacionales de preferencia, lo cual reafirma la importancia de los procesos autorreferenciales y de la meta-comunicación, la cual se establece en el vehículo por excelencia para reconfigurar la identidad narrativa.

En el contexto de la intervención en adicción, puede afirmarse que un principio fundamental para movilizar la responsabilidad del consultante y para trascender una versión de mundo asociada a una realidad opresiva y reorganizar la relación con el control y el poder, tiene que ver con la posibilidad de construir un contexto colaborativo y una experiencia de libertad y de aceptación incondicional libre de juicios.

La relación terapéutica constituye el escenario donde pueden vivirse e integrarse las polaridades bajo las cuales se organiza la experiencia, de tal forma que no se requiera de un síntoma para resolver el dilema que la polaridad implica. Así, es al interior de la relación terapeuta donde se hace posible resolver el dilema asociado a querer estar profundamente implicado, a la vez que diferenciado del otro.

Referencias

- Anderson, H. (1999). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Arribas, J. A. (2003). *Valoración de las actitudes del terapeuta por pacientes toxicómanos en régimen de internado*. [Tesis de Doctorado] Pedagogía política, curricular y social. Universidad de Burgos, Departamento de Ciencias de la Educación.
- Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M., y Cruzat, C. (2009). Aportes de la Teoría del Apego al Abordaje Clínico de los Trastornos de Alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13(3), 217-226.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Bruner, J. y Weisser, S. (1995). La invención del yo: la autobiografía y sus formas. En: D. Olson y N. Torrance (Eds.), *Cultura escrita y oralidad* (pp. 13-23). Barcelona: Gedisa.
- Cammaert, A. M. y Moreno, M. F. (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta colombiana de psicología*, 12(2), 135-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79815640013>
- Chazenbalk, L. (2004). La incidencia del self terapeuta en el proceso terapéutico. *Psicodebate 3. Psicología, Cultura y Sociedad* (pp. 107-116). Universidad de Palermo.

- Chenail, R. J. (1995). Qualitative Research and Clinical Work: "Privateization" and "Publication". *The Qualitative Report*, 2(1), 1-9. Recuperado de <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol2/iss1/1>
- Codero, M., Cordero, R., Natera, G. y Caraveo, J. (2009). La terapia centrada en soluciones. Una opción de tratamiento para la dependencia al alcohol. *Salud Mental*, 32(3), 223-230.
- Connelly, M. y Clandinin, D. (2001). Las narrativas biográficas. En: A. Bolívar, J. Domingo y M. Fernández (Eds.), *La investigación biográfico-narrativa en educación. Enfoque y metodología* (pp. 11-59). Madrid: La Muralla.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- De Barbieri, A. (2005). Lo que cura es el vínculo. *Miscelánea Comillas*, 63(123), 497-509.
- Dueñas, L. X. (2016). La relación terapéutica como contexto en la reconfiguración de identidad en jóvenes con problemas adictivos. [Tesis de Maestría]. Pontificia Universidad Javeriana.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 27(2-3), 247-259.
- Flaskas, C. & Perlesz, A. (Eds.). (1996). *The Therapeutic Relationship in Systemic Therapy*. Londres: Karnac Books (Systemic Thinking and Practice Series).
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gibney, P. (1996). To embrace paradox (once more, with feeling): a commentary on narrative/conversational therapies and the therapeutic relationship. En: C. Flaskas & A. Perlesz (Eds.), *The Therapeutic Relationship in Systemic Therapy* (pp. 90-108). Londres: Karnac Books (Systemic Thinking and Practice Series).
- Gonçalves, O. (2002). *Psicoterapia Cognitiva Narrativa: manual de terapia breve*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Guidano, V. (1998). *Los procesos del Self: Continuidad vs. Discontinuidad*. VI Congreso Internacional de Constructivismo en Psicoterapia. Siena, Italia.
- Hernández, A. (1997). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. Bogotá: El Búho.
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: research and theory. *Psychotherapy Research*, (15), 3-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300512331339143>
- Ibarra Martínez, A. (2004). ¿Qué es la terapia colaborativa? *Athenea Digital*, (5), 1-8. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53700513>

- Lieblich, A., Mashiach, R. & Zilber, T. (1998). *Narrative Research. Reading, Analysis, and Interpretation. Applied Social Research Method Studies* (Vol. 47). EE.UU.: Sage Publications. Doi: <https://doi.org/10.4135/9781412985253>
- Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & gestión*, (20), 165-193.
- Martínez, E. (2011). *Los modos de ser inauténticos. Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de personalidad*. Bogotá: Editorial El Manual Moderno.
- Mejía, J. (2002). Perspectiva de la investigación social de segundo orden. *Cinta de Moebio*, (14), 220-225.
- Molina, S. (2001). La investigación de segundo orden en ciencias sociales y su potencial predictivo: el caso del proyecto de identidad y tolerancia. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 44(183), 17-46.
- Munné, F. (2000). El self paradójico: la identidad como substrato del self. En D. Caballero, M.T. Méndez y J. Pastor (Comp.), *La mirada psicosociológica. Grupos, procesos, lenguajes y culturas* (pp. 743-749). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Navas, M. J. (2010). *Métodos, diseño y técnicas de investigación en psicológica*. Madrid: Uned–Unidad Didáctica. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (1998). *Constructivismo en Psicoterapia. La distancia terapéutica óptima: La experiencia de un terapeuta de la psicoterapia de los constructos personales*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Ovejero, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Intervención Psicosocial*, 9(2), 199-215.
- Páramo, P. (2008). La construcción psicosocial de la identidad y del self. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 539-550. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/scielo.php>
- Riveros, M. C. y Garzón de Laverde, D. (2009). Procesos narrativos conversacionales en la construcción de la identidad del joven y la familia con problemas de consumo de spa en una institución de rehabilitación. [Tesis de Maestría]. Universidad Santo Tomás. División de Ciencias de la Salud.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. España. Madrid: Siglo XXI.
- Rogers, C. R. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn*. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Speed, B. (1996). You cannot not relate. En: C. Flaskas & A. Perlez (Eds.), *The Therapeutic Relationship in Systemic Therapy* (pp. 111-122). Londres: Karnac.

Stake, R. (2007). *Investigación con estudio de caso*. Madrid: Ediciones Morata S.L.

Tejeiro, R. (2001). La adicción a los videojuegos. Una revisión. *Adicciones*, 13(4), 407-413.
Doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.555>

Ugazio, V. (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas*. España: Paidós

Von Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (1997). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Narcoestética en Colombia: entre la vanidad y el delito. Una aproximación compleja

Narco-aesthetic in Colombia: between the vanity and crime. A complex approach

Enviado: 21 de junio de 2016 / Aceptado: 25 de septiembre de 2016

José Alonso Andrade Salazar^{*}
Brigithe Dineya Peña^{**}
Mateo Parra Giraldo^{***}

Forma de citar este artículo en APA:

Andrade Salazar, J. A., Peña, B. D. y Parra Giraldo, M. (2017). Narcoestética en Colombia: entre la vanidad y el delito. Una aproximación compleja. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 38-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2261>

Resumen

El objetivo de este trabajo es aproximarse a la comprensión de un fenómeno poco estudiado: la narcoestética en Colombia; para ello, se acoplaron aportes de la teoría de la complejidad de Edgar Morin respecto a la relación entre objeto y sistema. La narcoestética es un fenómeno social que modifica el sistema de relaciones de los sujetos en un dominio específico de interacción: “el narcotráfico”. En este escenario, el cuerpo femenino está sujeto a cambios quirúrgicos “decorativos-ornamentales” que, a su vez, modifican las representaciones y esquemas mentales de belleza. Las variaciones estéticas se ven apuntaladas por condiciones narcisistas de la personalidad y deseos de poder, enunciados en la representación social del “narco” mediante una acción operante sobre los cuerpos. Se concluye que la tendencia exacerbada a operarse es similar a un tipo de droga o adicción social que puede tener efectos irreversibles para la salud de las personas.

Palabras clave:

Cirugía plástica; complejidad; estética; narco; narcoestética.

^{*} Psicólogo. Docente investigador Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia. Maestro en pensamiento complejo. Correo electrónico: jose.andrade@usbmed.edu.co; 911psicologia@gmail.com

^{**} Estudiante de décimo semestre de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Ibagué. Correo electrónico: bridineya-88@hotmail.com

^{***} Psicólogo. Docente investigador Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Ibagué. Correo electrónico: mapargiraldo@gmail.com



Abstract

The aim of this work is to approach to the understanding of a phenomenon studied in a superficial way so far: the narco-aesthetic in Colombia; for this objective were taken into account a coupled of Edgar's Morin complexity theory contributions about the relationship between the object and the system. The narco-aesthetic is a social phenomenon that modifies the system of relationships of subjects in a specific domain of interaction: "Drug Trafficking". In this scenario the female body is subjected to "decorative-ornamental" surgical changes modifying the representations and mindsets of beauty. The aesthetic changes are underpinned by narcissistic personality conditions and desires of power, embodied in the social representation of "Narco" through a working action on the bodies. It is concluded that the exacerbated trend to surgery is similar to a type of drug or social addiction that can have irreversible effects on health of people.

Keywords:

Complexity; plastic surgery; aesthetic; narco; narco-aesthetic.

Introducción

Colombia es un país reconocido mundialmente por la existencia de mujeres de cuerpos y rostros atractivos, muchos de los cuales han sido sometidos a una cirugía estética (Cobos, 2012; El Espectador, 2013). Para González (2010), muchas mujeres acceden a las cirugías plásticas bajo la presión de su pareja, y algunas de ellas asocian este procedimiento a las exigencias de personas con cierto tipo de poder material, del cual dependen económicamente ellas y sus familias. En este sentido, son muchas mujeres que movidas por el deseo de sobresalir ante su familia y la sociedad se vinculan con el narcotráfico (Mata, 2012). De igual manera, la prensa, los noticieros, la internet, las películas, e incluso las novelas, han difundido en el imaginario social la existencia de los grandes barones y capos del narcotráfico (Navarro, 2011 y Tercero, 2012). Así, gran parte de las historias enmarcadas en dicho fenómeno económico y sociocultural se fundamentan en construcciones míticas de “superhombres” poderosos, valientes y violentos, que desafiando la ley abanderan una actividad ilegal altamente lucrativa, además de un estilo de vida lleno de “riesgos” en el que prima el gusto por lo llamativo, exagerado y suntuoso (Rincón, 2009). Cabe anotar que al interior de estas organizaciones, la mujer es concebida como un “bien material” al que se puede acceder a fin de manifestar en el espacio público un poder adquisitivo y social (Hernández, 2010).

No existe una definición consolidada de narcoestética, y por ello se le asocia a toda práctica de financiamiento de cirugías estéticas –habitualmente de mujeres–, por parte de una persona inmersa en el mundo del narcotráfico, con el fin de enunciar a otros el dominio que se tiene sobre ella, y el poder respecto a otros sujetos que operan en dinámicas análogas. En este sentido, al interior del “narco-mundo”, una mujer con características anexas a su belleza natural (cirugía, prótesis, etc.) es sinónimo de poder y jerarquía, convirtiéndose en una especie de objeto lujoso con el que es posible comunicar a la sociedad poder, éxito, riqueza y control social (Ovalle y Giacomello, 2006). Dicho así, el cuerpo como foco de las relaciones de poder, surge últimamente a modo de objeto de comercio o instrumentalización en el marco de interacciones políticas, sociales y económicas concretas (Mata, 2012). En la sociedad de consumo masivo, algunas mujeres suelen presentar un marcado inconformismo con su cuerpo y acuden a la cirugía estética, como medio y fin en sí mismo, para alcanzar el prototipo de la belleza perfecta (Acuña, 2010), todo ello como consecuencia de la presión que ejercen los medios de comunicación, el grupo de pares, las expectativas personales y la sociedad, los cuales resultan determinantes al momento de decidir operarse (Castañeda y Henao, 2011; Valdez-Cárdenas, 2009). Arias y Quintero (2014) refieren que según estimaciones de la Federación Nacional de Comerciantes (Fenalco), las cirugías plásticas han aumentado considerablemente en los últimos años, convirtiéndose en un requisito para muchas adolescentes y mujeres, a modo de medio de ayuda para fortalecer su imagen corporal y proyecto de vida, olvidando a menudo las implicaciones biopsicosociales futuras.

Asimismo, la entidad de Promoción de turismo, inversión y exportaciones–Proexport (2005), encargada de la promoción del turismo internacional, la inversión extranjera y las exportaciones no tradicionales en Colombia, indica que en el año 2005 ingresaron al país un millón de viajeros, y de ellos cerca de 30.000 habrían arribado por tratamientos médicos. Cabe resaltar que la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética (SCCP), no conoce exactamente el número real de cirugías de este tipo realizadas en Colombia, ni cuánto cobran en promedio los cirujanos por las diferentes intervenciones (Carrillo, 2007). De acuerdo con el diario El País de Cali (2012), se estima que en Colombia se realizan más de 250.000 cirugías plásticas al año, y de ellas se desconoce la suma total de las intervenciones, asunto que preocupa a la Secretaría de Salud Nacional porque se considera que en los últimos años ha aumentado 70% en la población femenina. El diario informó que tan solo en Cali se operan 43.000 mujeres al año y si a ello se suman las clínicas ilegales, la cifra sube a 175.000; de las cirugías, 80% son mujeres y 20% hombres. Para la SCCP, aunque no existan cifras claras en Colombia sobre cirugía estética, es evidente que han crecido las intervenciones (El País, 2012), ejemplo de ello es que en la ciudad de Cali se promociona en las páginas web paquetes de turismo médico, mostrándose la ciudad en los *slogan* como la “Capital de la Salud y la Belleza de América Latina”. De acuerdo con Arias y Quintero (2014), Fenalco reveló que la ciudad de Cali ha invertido en los últimos 5 años, más de 80.000 millones en infraestructura para la creación de 20 clínicas y centros especializados en salud estética, a los que se suman aproximadamente 40 clínicas especializadas en cirugía plástica y los 110 centros de estética que ya operaban en la ciudad.

Es importante aclarar que la cirugía plástica se divide en cirugía *estética* y cirugía *reconstructiva*, así, mientras la cirugía estética se realiza con el fin de modificar el cuerpo (aumentar senos, labios, glúteos, moldear la cintura y piernas, etc.), las cirugías reconstructivas son aquellas que se realizan por causa de accidentes, cicatrices, traumas o anomalías congénitas como por ejemplo, la cirugía de labio leporino, y se pueden realizar a una temprana edad, sin ninguna complicación (González, 2010). En el plano motivacional, Guimón (2008) menciona que la gente busca intervenciones estéticas para mejorar la apreciación de su propio cuerpo, lo cual implicaría una necesidad de reconstrucción del “esquema corporal”, es decir, de la representación mental que la persona elabora de sí mismo. Al respecto, François Dolto (1997) afirma que en el curso de la infancia dicho esquema es fundamental para un buen desarrollo del sujeto, no obstante, cuando el niño o la niña no conoce de forma adecuada su cuerpo, probablemente no logre una buena aceptación de éste, lo que puede generar problemas de socialización a futuro. Para la autora, los trastornos de la alimentación pueden relacionarse con problemas de la imagen inconsciente del cuerpo y son causa de enfermedades psicológicas importantes, aspecto que es posible vincular a la propensión de muchas personas que cuando llegan a la mayoría de edad o antes, optan por intervenciones quirúrgicas a fin de obtener una representación exterior “aceptable” para sí misma, y que sea también socialmente aceptada a lo que su medio socio-cultural exige.

Justamente, cuando la imagen inconsciente del cuerpo es positiva y concuerda con las exigencias internas y externas, se produce una internalización positiva de su propio cuerpo, lo que provoca satisfacción; ergo, la persona se interesa por descubrir cada vez más su vida interior (Dolto, 1997). El cuerpo resulta ser algo más que un receptáculo de pulsiones y puede constituirse en un lugar de encuentro entre deseos y necesidades, en el que se obtiene un espacio especial de resolución parcial o total de los conflictos (Dolto, 1997). Elliott (2011) menciona que las mujeres con múltiples cirugías estéticas -denominadas despectivamente por muchos: mujeres plásticas- podrían considerarse como personas obsesivas o narcisistas que buscan la “belleza perfecta” por medio del consumo de los avances que ofrece la ciencia y tecnología en el tema de la cirugía estética. Cabe precisar que la cultura de la transformación del cuerpo implica en gran medida la emergencia de una dinámica de los excesos, en la que prima el deseo de tramitar miedos, ansiedades, melancolía e inaceptación del propio cuerpo, cuyo accionar opera bajo dominios psicológicos, socio-culturales, políticos e ideológicos (Guimón, 2008; Sarwer, 2007). Estos dominios constituyen el imaginario social de un “cuerpo moldeado” como garante de aceptación, deseo y reconocimiento, siendo incluso mejor remuneradas y admitidas por otros a nivel socio-familiar y laboral (Elliott, 2011). En gran medida, la tendencia a operarse es similar a un tipo de droga o adicción social que puede tener efectos irreversibles para la salud de las personas, dado que, “si bien los progresos científico-técnicos, médicos y sociales son admirables, no por eso debemos subestimar el temible poder destructor y manipulador de la ciencia y de la técnica” (Baudrillard y Morin, 2003, p. 45).

Es preciso señalar que el peligro surge cuando las personas buscan acercarse a un ideal corporal, mediante cirugías que responden a patrones sociales de belleza sin tener en cuenta los posibles problemas de salud asociados (Guimón, 2008). En la actualidad, la cirugía estética es equiparada con el auge de la cultura del consumidor, particularmente en lo que tiene que ver con la apariencia, la reconstrucción física y la vida en sí misma (Elliott, 2011). Para muchas mujeres, una operación puede significar un cambio impactante en su estilo de vida, cuando la baja autoestima e inconformidad las motiva a operarse, mientras en otras puede constituirse en una obsesión que se decanta en una interminable cadena de cirugías; asimismo este tipo de operaciones constituye una vía de acceso rápida a la admiración, estatus, preferencia, aceptación, inclusión social y adquisición de poder (Ramos-Rocha, 2012), y adquiere connotaciones especiales cuando dichos procedimientos son financiados por narcotraficantes u otras figuras que representan poderes económicos desde el punto de vista ilegal. Para la comprensión de la narcoestética como fenómeno, se recurrió a la teoría de la complejidad de Edgar Morin (1977a) tomando en cuenta la relación entre objeto y sistema expuesta en “El Método I”. Allí se explica que los tipos de interacciones o de uniones se dan de la *asociación* (aquí los sujetos conservan su identidad) a la *combinación* (relación más íntima y transformacional que determina un conjunto unificado), ya que mediante ellas las uniones pueden ser aseguradas de acuerdo con cuatro niveles: a) por dependencias fijas-rígidas, b) por interrelaciones activas o por interacciones organizacionales, c) por retroacciones reguladoras, y d) por comunicaciones informacionales, aspectos con los que se aspira a comprender la dinámica sistémica-operativa e inter-retroactiva del constructo narcoestética.

Teoría de la complejidad y sistema

El pensamiento complejo propone un cambio radical en la comprensión de las problemáticas sociales, frente a un pensamiento simplificador que iguala el conocimiento y el saber investigativo entre lo social y lo no-social, que subvierte la vida cotidiana por medio de la experimentación socio-biológica, la tecnologización de las relaciones y el uso-abuso del conocimiento, en pos de un falso ideal de progreso y avance tecnológico (Sotolongo, 2005), además de la destrucción de las formas de vida y la instrumentación de un modo material-único de realización de la vida (Delgado, 2005). Lo anterior deviene en una revolución inadvertida “para el común” acerca de los límites del pensamiento y del conocimiento humano, la cual emerge en cuatro direcciones posibles: a) la revolución epistemológica, b) la sustitución del ideal/paradigma de simplicidad por el de complejidad, c) la emergencia de un nuevo holismo ambientalista y d) la bioética (Delgado, 2005). Se puede comprender la complejidad como un conjunto de eventos, fenómenos, acciones, interacciones, retroacciones, inter-retroacciones, azares e incertidumbres que forman parte del mundo, del universo y de la evolución de los sistemas biológicos, sociales, cósmicos, representando en muchas ocasiones la ambigüedad y la incertidumbre respecto al conocimiento global, y enfocándose en la búsqueda de respuestas y la posibilidad evolutiva de pensar lo complejo y diverso de los fenómenos (Andrade, 2016).

El pensamiento complejo referencia el método usado en la teoría de la complejidad para explicar el mundo, el universo y sus fenómenos, es de tipo reorganizador, complexificante, reflexivo y se constituye como un saber conjunto o “tejido en red” que ubica en el centro al conocimiento mismo (Leyva, 2009), para lo cual requiere del aporte de todas las disciplinas o aspecto “transdisciplinar”, con el que la comprensión de los fenómenos permite la construcción de un saber múltiple, que va más allá, en y a través del conocimiento mismo (Nicolescu, 1998).

De acuerdo con Munné (2005), la complejidad de Edgar Morin es en realidad una “complejidad de la complejidad”, en la que se evidencia la interacción entre orden-desorden-organización como el tetragrama o bucle tetralógico con el que es posible pensar la complejidad a través de tres principios: *dialógico* (lo complementario y antagónico), *recursividad organizacional* (lo producido es productor de sí mismo) y *hologramático* (la parte está en el todo y el todo está en la parte). La recursividad está más allá de lo *reductor* que solo ve las partes, y de lo *global* que solo ve los elementos; la complejidad los une a ambos (simple y complejo) y permite la emergencia de lo distinto, la incompletud y la incertidumbre (Morin, 1977b), aspectos con los cuales es posible comprender desde un escenario complejo el fenómeno de la narcoestética.

Dicho esto, el pensamiento clásico se instala en un escenario de saber absolutista con base en el deseo de control de “lo natural”, para lo cual debe dividir los fenómenos en partes que se puedan estudiar, experimentar, fraccionar y compartimentalizar (Colectivo docente Maestría en pensamiento complejo, [CDMPC], 2012). Como consecuencia, la búsqueda de objetividad terminó anulando la subjetividad en el conocimiento (intereses, in-

tensiones, emociones, etc.) a través de regularidades, leyes y unificaciones que trascienden en gran medida la intencionalidad de las acciones, propósitos y las voluntades de los sujetos sociales (Andrade, 2016), constituyendo una especie de “ceguera” científica y social acerca del hombre, su responsabilidad y función como ser vivo, especie y entidad cósmica-planetaria (Castañeda, 1999). Para Edgar Morin, toda interrelación dotada de cierta estabilidad o regularidad toma el carácter organizacional y produce un sistema; en este caso, la *interrelación* remite a los tipos y formas de unión entre elementos, mientras el *sistema* alude a la unidad compleja del todo interrelacionado (caracteres y propiedades fenoménicas), y la *organización* remite a la disposición de las partes dentro, en y por un todo. Estos tres estados (interrelación, organización y sistema) son garantes de toda interacción, ya que en la comprensión de los fenómenos se debe ir de la *totalidad* a la *interrelación*, a través de la *organización* que opera a modo de carácter regular o estable de la interrelación; en este sentido, para Morin (1977b), el sistema está definido como la “unidad global organizadora de interrelaciones entre elementos, acciones o individuos” (p. 124).

La teoría de la complejidad es, en gran medida, una respuesta multidimensional ante el presupuesto clásico de objetividad cuyas respuestas se quedaron cortas o fueron insuficientes para comprender la dinámica emergente-organizativa-interrelacional de los sucesos/acontecimientos humanos, sociales, biológicos, físicos, cuánticos y universales (Von Foerster, 1998), aspecto que conllevó a una nueva representación del universo en expansión, dotado de relativismo y operaciones-leyes cuánticas, y de la naturaleza compleja, indeterminada, emergente, auto-eco-organizativa, no-lineal, no-causal (Andrade, 2016; Morin, 1984; 1988). Para esta teoría, el sistema es una palabra envoltorio (que ha tendido a englobar diversas manifestaciones de lo real, sin embargo debe ser resignificada en su potencialidad comprensiva, a fin de que pueda relacionarse con nuevos conceptos y tendencias explicativas). Para Morin, la definición de Ferdinand de Saussure (1931) es la que mejor refleja su pensamiento, porque “el sistema es una totalidad organizada, hecha de elementos solidarios que no pueden ser definidos más que los unos con relación a los otros en función de su lugar en esa totalidad” (Morin, 1977a, p. 124). En esta definición, interrelación y totalidad se reúnen mediante el proceso de *organización*, mismo que transfigura, origina, congrega y conserva los elementos, certificando su “solidaridad y solidez relativa de estas uniones [...] a pesar de las perturbaciones aleatorias” (p. 126). La teoría de los sistemas, desde una visión compleja, puede orientar la comprensión de la narcoestética y la forma en que el cuerpo, como escenario de complejidad, se ven implicados en las interacciones y elementos emergentes que de dichas interacciones se producen.

Mujer y narcotráfico en Colombia

Colombia es un país enmarcado por la guerra, con una dificultad notable para dar punto final a su conflicto interno armado, el cual, a su vez, está cercado por el narcotráfico¹, siendo repetidamente tema fundamental en las agendas de procesos de paz. También es visto como un país tradicionalmente productor y exportador de grandes cargamentos de coca y amapola, tristemente reconocido en el ámbito mundial por su alta calidad en la producción de drogas ilícitas. Ante la amplitud de la problemática del narcotráfico en los últimos años, en este escenario se ha presenciado la vinculación de mujeres al entorno de narcotraficantes, especialmente de menores de edad y jóvenes atractivas de bajos recursos económicos que buscan amparo, superación de la pobreza y satisfacción de necesidades económicas para ellas y sus familias, además de reconocimiento y admiración (Mata, 2012). Dicho esto, el tráfico ilícito de drogas es también un proceso de transformación socio-cultural, político y económico que de acuerdo con León y Rojas (2008), se incrementa en Colombia por ser un país andino que ancestralmente cultivaba la coca con fines medicinales según la cultura indígena en tiempos precolombinos. El narcotráfico como negocio estructural inicia con el expendio de marihuana hacia los años setenta, periodo en que el producto colombiano se llevó a las calles de Norteamérica, a través de las primeras rutas marimberas que partieron del Golfo de Urabá y de la Guajira, convirtiéndose Colombia en uno de los primeros mayoristas de la usual droga de la época (León y Rojas, 2008).

Un testimonio clave es el del narcotraficante cubano Luis García, alias “Kojak”, que narra la historia de sus nexos con narcotraficantes colombianos; en sus crónicas cuenta la forma en que se llevaba la “mota” a los Estados Unidos y cómo introducirla en el mercado (León y Rojas, 2008). Una vez detonó el mercado de la marihuana, inició el enfrentamiento entre las diferentes familias por el comercio de la hierba y el uso de las rutas, escenario de que también participaron mujeres en la consolidación de un negocio cada vez más rentable y creciente (Valdez-Cárdenas, 2009). El tráfico de marihuana no tuvo extensión en tiempo; hasta mediados de los setenta empieza la búsqueda y la persecución de los traficantes de Estados Unidos y México, dejando así el mercado a los productores colombianos. Tiempo después se implementaron acciones estatales para erradicar la planta, descendiendo así la producción de marihuana (León y Rojas, 2008). Para los ochenta emerge la era de la cocaína, en ella se destaca el narcotraficante Jaime Caicedo, alias “el Grillo”, quien se involucró con el tráfico ilícito de cocaína en forma artesanal, realizando pequeños envíos en vuelos comerciales. Este tuvo nexos con Perú y Bolivia y su historia inspiró el film “El Rey”, en la cual su esposa se convierte en adicta, y se exhibe el estilo de vida extremo de las mujeres que conviven con un “narco”. Otro personaje fue Benjamín Herrera Zuleta, conocido como el “papa negro de la cocaína”, abuelo de Pablo Escobar Gaviria, quien exportaba a Perú y Bolivia la materia prima para elaborar la coca y contaba con varios laboratorios clandestinos hasta que Pinochet inició su persecución, lo cual lo obligó a trasladarse a Lima donde fue apresado (León y Rojas, 2008).

¹ Se denomina narcotráfico al proceso productivo y comercial ilícito que opera como manera de acumular mercantil de drogas y sustancias ilícitas, y que se sostiene bajo formas especiales de criminalidad organizada con el fin principal de obtener una ganancia económica. Sus tentáculos se extendieron a entornos sociales y políticos, generando modos específicos de interacción desde la lógica de la legalidad/ilegalidad (Uprimny, 1997).

Benjamín Herrera obtuvo la libertad bajo fianza y estableció contactos con Martha Upegui de Uribe, “la reina de la cocaína en Medellín”. En este periodo, entidades gubernamentales de EE.UU como la DEA y la CIA, detectaron la existencia de un constante flujo de cocaína y realizaron despliegues para capturar a narcotraficantes de diferentes países. Uno de los capos más reconocidos en el mundo fue Pablo Escobar Gaviria, jefe del cartel de Medellín, quien comenzó su carrera como ladrón de autos, asaltando bancos y contrabandeando cigarrillos. Escobar inicia con pequeñas cantidades adquiridas en el Ecuador, que él mismo conducía a Medellín en “caletas” de camiones y automóviles; tiempo después conoce la ruta de los Estados Unidos y realiza el contrabando en pequeñas embarcaciones; posteriormente cambia su forma de transporte al comprar su primera avioneta, con la que fortalece el negocio (León y Rojas, 2008). Otro capo fue Gonzalo Rodríguez Gacha, socio de Pablo Escobar, que inició en este negocio como expendedor en las calles de Bogotá, y luego fue el pistolero de seguridad en la zona esmeraldífera de Boyacá. Gacha fue un hombre casi analfabeta, que decide tener negocios con la cocaína en los años ochenta (Rincón, 2009). Otros narcos famosos fueron los hermanos Gilberto y Miguel Rodríguez Orejuela, quienes formaron el cartel de Cali. Gilberto inició actividades ilícitas con la banda de José Santacruz Londoño, apodada “los Chemas”, con quienes realizó múltiples secuestros; entre ellos, el del embajador de Suiza Hermann Buff (Rodríguez y Sánchez, 2007).

Los hermanos Ochoa se aislaron de forma prudente de la guerra entre carteles, negociando con el Estado colombiano e incluso con Estados Unidos (Eddy, Walden y Sabogal, 1988; Ochoa, 1988; Rincón, 2009). A diferencia de los otros capos, Pablo Escobar no abandonó a su esposa ni tuvo hijos por fuera del matrimonio, aunque la relación sostenida con una de sus amantes, Virginia Vallejo, fue tormentosa (Vallejo, 2007). Pablo Escobar se decidió por una participación directa en la política buscando quizás un mayor reconocimiento social. Al igual que en el negocio de la coca, Escobar asumía siempre los asuntos importantes de forma personal, utilizando el fuero parlamentario a modo de protección adicional ante la extradición. Organizó un movimiento que denominó “Medellín sin tugurios” y construyó viviendas, creó escuelas deportivas e iluminó canchas de fútbol en sectores marginados. En 1982, fue elegido Representante a la Cámara como suplente de Jairo Ortega, un disidente del partido Liberal en Antioquia (León y Rojas, 2008); la carrera política de Pablo Escobar se detuvo por el peso de acciones ilícitas que lo vinculaban con narcotráfico, secuestros, asesinatos, extorsiones y desapariciones. Por este tiempo, ciertos grupos intentaron frenar su carrera política y él arremetió con violencia, lo cual desencadenó un estado de conmoción interna y actos de lesa humanidad en el país.

La historia del narcotráfico en Colombia, compleja como es dada su amplia influencia a nivel político, insurgente y social, también desemboca en una estética como remanente simbólico de nuevas formas de comprender y vivir la corporalidad (Mata, 2012). En la cultura “narco”, la mujer es un objeto que a la par de colecciones de autos, arte y propiedades, se ubica en la posición objetal del *instrumento*; asimismo, en ese contexto se fundamenta el reduccionismo de la humanidad del otro a través de la legitimidad absoluta de tres (3) elementos básicos de todo individualismo: lo reducible, lo simple y lo elemental (Morin, 1977b). Este instrumentalismo no

solamente opera desde la imposición quirúrgica a su morfología, sino también a partir de la propensión poligámica de los capos, que por lo general asumen el rol de “macho” y poseedor de muchas mujeres para su beneficio. En el narcotráfico, la mujer ocupa un lugar histórico innegable, su historia está contenida en los abusos, la toma de decisiones y la narcoestética, este último, a modo de variable contemporánea del chantaje económico que a menudo se refleja en la estética de la cultura narco (Valdez-Cárdenas, 2009).

Estética y narcotráfico: “la búsqueda del cuerpo perfecto”

Para Acuña (2010), en la estructura psíquica de las mujeres con múltiples cirugías plásticas o estéticas, pueden existir pautas culturales asociadas a una expresión distorsionada de los conflictos inconscientes, que probablemente tuvieron su origen en la infancia; de igual manera, se debe tener en cuenta la dinámica familiar de las mujeres, dado que la disfuncionalidad familiar se presenta como un factor de peso al momento de comprender la elevada necesidad de transformación (Acuña, 2010). Se debe señalar que muchas de estas jóvenes se sienten inconformes con su cuerpo, por tanto, las cirugías estéticas se convierten en un medio compensatorio de problemas psicológicos que justamente se manifiestan en determinado momento de su vida (Córdoba, 2010), así la cirugía es un medio, al tiempo que el cuerpo transformado es un fin en sí mismo, aspecto que modifica la representación “natural” de belleza (espiritualidad, aceptación de la corporalidad, habilidad, tacto y tino social) y además, los imaginarios sociales. Así, las mujeres que se someten a una intervención quirúrgica pueden tener un ideal deformado de lo estético, a tal punto que pueden generar problemas para aceptar y tolerar su corporalidad, llegando a manipular a los que están a su alrededor para obtener beneficios (Dolto, 1997).

En estas mujeres prima la anulación de su inconformidad física como factor sublimatorio de complejos inconscientes, los cuales se disfrazan y ocultan a través de la formación de representaciones propias y ajenas acerca de lo “bello” (Acuña, 2010). De acuerdo con Elliott (2011), en la actualidad, el ideal estético posee el valor agregado del “consumismo”, que ha tenido una serie de repercusiones negativas en los seres humanos. Hoy en día, con los avances de la medicina y las nuevas tecnologías médicas son posibles y cada vez –aparentemente– menos riesgosas las transformaciones corporales. Pese a esto, la cultura de la cirugía estética es un negocio masivo en el que se consumen cirugías estéticas que transforman la representación del cuerpo como escenario global de interacción humana, tomando en cuenta que esta globalidad está ubicada más allá, o es distinta de las partes o de la suma de las partes que compone todo encuentro social, ubicándose entonces en un nivel de interrelación e interdependencia compleja. Muchos de estos procedimientos no tienen en cuenta la condición psicológica de mujeres que posiblemente se sienten insatisfechas solo con alguna parte de su cuerpo, lo que puede desatar en ellas la insatisfacción por otras partes corporales, además de una obsesión por lo “bello y lo

perfecto” (Córdoba, 2010). Al respecto, Feldman (2011, como se citó en Elliott, 2011), indica que la creciente demanda de cirugías estéticas se debe a que la gente piensa que serán más aceptados en sus sitios de desarrollo cultural y que, a la vez, se sentirán mejor consigo mismos.

Son entonces la globalización avanzada, el consumismo, la lógica instrumental, la nueva economía, el desarrollo tecnológico y el deseo imperante de reinvencción inmediata, procesos determinantes en la consolidación de ciertas prácticas y exigencias sociales sobre el cuerpo de la mujer (Elliott, 2011). Asimismo, los medios de comunicación han tenido un rol determinante en la promoción y legitimidad de la intervención quirúrgica de carácter cosmético, haciéndola parecer una práctica simple y sin riesgos. Como consecuencia, se disminuye cada vez más el factor de riesgo vital asociado, pero se ingresa a un dominio mediante el cual es posible asegurar el “triumfo” en una época donde lo bello tiene una connotación comercial, de acuerdo a los estereotipos definidos en los mercados estéticos y las representaciones creadas en torno al cuerpo (Córdoba, 2010). La corporalidad transformada sirve a muchas personas como medio y fin en sí mismo para alcanzar metas personales y sociales, aspecto en el cual los individuos consumistas pueden obtener un “status” como referente de aceptación e inclusión social, todo ello acorde a su capacidad adquisitiva para obtener el cuerpo deseado (Elliott, 2011). Para Acuña (2010), el ideal de la belleza no necesariamente depende de una convivencia entre el cuerpo real y el modelo a imitar, sino también de la subjetividad de cada ser humano. En consecuencia, el deseo de muchas mujeres de acceder a una cirugía estética está ligado a múltiples condiciones biopsicosociales en las que se entremezclan la autonomía y la independencia informativa, organizativa y motivacional, aspectos que evidencian el sentido de la auto-organización y la subjetividad respecto a la noción del cuerpo y la belleza.

Es oportuno sugerir que las cirugías estéticas no pueden tomarse solamente como un simple acto fallido, o como condición de descarga para suplir un mandato o motivación inconsciente, por lo que el deseo de transformar el cuerpo no se reduce a un aspecto o a la idea de relaciones infantiles anormales en que no se tuvo el objeto deseado. La narcoestética y los sujetos que materializan su accionar son, en ese orden de ideas, elementos para sí mismos, en tanto fenómenos que se reproducen por su recursividad, pero que a su vez repercuten en dinámicas más amplias y se instalan en el proceso auto organizador de otros fenómenos sociales, por lo que “complejizar” dicho objeto de estudio es re-situarlo como sujeto, siendo al mismo tiempo un “sistema [que] ha tomado el lugar del objeto simple y sustancial, y es rebelde a la reducción de sus elementos” (Morin, 1977a, p. 122). Según Guimón (2008), en la actualidad, el ideal estético posee un valor agregado que en el caso de las cirugías plásticas se asocia a la idea de tener una “belleza intacta”, que de cierta manera incentive sus relaciones sociales y defina su estatus. En este sentido, se ha mostrado de manera consistente la importancia que tiene el cuerpo en la configuración social del individuo (Dolto, 1971; Ulnik, 1993; 1996) y desde el pensamiento complejo, se debe resaltar como aquello que contribuye de manera fáctica a la organización de la narcoestética como sistema,

partiendo de la interacción que las relaciones emergentes permiten. Por ello, cuando la persona no acepta la imagen corporal-representada, la imagen inconsciente del cuerpo entra en conflicto con las expectativas, presiones sociales y motivaciones (Abreu, Alessandrini, Leal, Macías y Turner, 2000).

Otras explicaciones psicológicas revelan que la histeria puede ser muy marcada en las adolescentes y mujeres que van a optar o se han sometido a una o varias cirugías plásticas, a razón de no sentirse cómodas física, social y psicológicamente con su vida actual. En la histeria, la depresión deriva de no tener un cuerpo aceptado por otro de quien se espera ser amada; así, la cirugía y sus resultados actuarían como beneficios secundarios al síntoma, constituyéndose el conflicto en relación a la notable ausencia de gratificación recíproca de sus objetos de amor (Capellá, 1996). En el aspecto estético, la persona realiza la objetivación de una necesidad afectiva asumida como vital, pero sentida como ausencia en la incertidumbre de la posible no-aceptación del otro, lo cual da pie a no-reconocer dos elementos: 1) la inseparabilidad del ser (quitando algo, no se anula al otro), y 2) la oscilación natural de su egocentrismo (pasa del altruismo al egoísmo, al todo o nada) (Capellá, 1996). Es inapropiado afirmar que todas las personas que se operan sucesivamente tienen un patrón histérico, pese a ello es claro que la búsqueda de una identidad por medio de la transformación corporal enfrenta a estas personas a una especie de “tragedia de la subjetividad” circular y nociva, dado que se encuentra ligada a demandas y necesidades siempre insatisfechas respecto al cambio y la auto-aceptación personal, incluso, después de operarse (Aguilar, Carranza, Castellanos, y Hernández, 2013; Briceño-Iragorry, 2002).

De allí, que comprender la motivación de quienes buscan un “nuevo cuerpo” o mejorar partes de éste, trasciende a lo dicotómico (soy bonita o fea; aceptada o inaceptada; etc.) y se sitúa en lo dialógico como superación del espectro moral bueno-malo, así la persona decide de acuerdo a una lógica motivacional interna, es decir, colocándose como centro para sí misma, porque a través de “la ocupación de ese sitio central del yo que se mantiene permanente a través de todas las modificaciones, establece la continuidad de la identidad” (Morin, 1977a, p. 6), por estas razones, rara vez echan atrás su decisión, dado que es a partir de ella que pueden reorganizar su identidad. Dicha reorganización puede generar problemas de esquema corporal, además, hasta una amplia gama de patologías anexas tales como: anorexia, bulimia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno dismórfico corporal (Acuña, 2010).

Cultura de la cirugía plástica

En gran medida, la cirugía plástica es a la vez el indicador de un auge cultural, en el que el objetivo final es la transformación del cuerpo ya que, por medio de éste se logra conseguir la aceptación social (Elliott, 2011). Desde una mirada clínica, las implicaciones del narcisismo patológico para la vida personal es que con el paso del tiempo, las personas podrían desarrollar un trastorno dismórfico corporal, denominado también: “trastorno de la fealdad imaginaria”, catalogado como una enfermedad psiquiátrica que se manifiesta a través de una gran

preocupación por la apariencia física, sintiéndose avergonzado por su cuerpo, y teniendo a menudo como única solución la cirugía plástica (Elliott, 2011). Rincón (2009) menciona que en las transformaciones corporales se deben tener en cuenta dos tipos de acción cultural: el “límite y el exceso”, siendo el exceso el lugar en que la excentricidad emerge en relación con lo espectacular, ya que es justamente en el mundo del espectáculo donde la excentricidad tiene un valor porque significa “estar bajo la mirada de otros”; mientras el límite es un espacio de dominio y también de limitación de la voluntad del otro. El estilo de vida de las personas vinculadas al narcotráfico suele ser llamativo, cuando no, excéntrico; sin embargo, en el fondo muchos narcotraficantes buscan legitimidad, respeto o superar el resentimiento de una sociedad que los margina y rechaza (Valdez-Cárdenas, 2009).

En el escenario de interrelación del narcotráfico, los *límites* pueden ser asumidos como lugares admisibles de ruptura, así el cuerpo no es solamente el espacio de intimidad del otro, sino también un lugar de consumo masivo apto de ser dominado y transformado. De suyo, en las sociedades de consumo masivo, la necesidad de diversidad de estos consumos puede generar múltiples adicciones (De Sola, Rubio y Rodríguez, 2013), ya que “el consumo se transforma en consumismo donde lo que era superfluo se vuelve indispensable, los antiguos lujos se vuelven necesidades, las nuevas utilidades se vuelven imprescindibles” (Morin, 2011, p. 225) y las personas inmersas en la sociedad de consumo tienen dificultades para abandonar dichas presiones. Como consecuencia, en el ambiente del narcotraficante los cuerpos femeninos re-construidos en quirófanos, provistos de prótesis que actúan a modo de extensiones de su poder instrumental, se constituyen en formas explícitas de poder económico, influencia y aceptación social. El mundo de estas mujeres suele ser una frecuente auto-reinvención personal, que responde a un constante auto-rechazo de su realidad corporal (Rincón, 2009); al respecto, la crítica feminista a la cirugía estética suele acompañarse de ideas de inferioridad femenina, de manera que las cirugías estéticas estarían asociadas comúnmente a “complejos de inferioridad” y problemas de auto-aceptación de la feminidad (Ramos-Rocha, 2012).

En contraste, la relación de rechazo ante las transformaciones quirúrgicas genera una posición de defensa ante el trato cosificado de las mujeres, que como agentes de consumo masivo negocian sus vidas dentro de las limitaciones culturales y estructurales de un orden social “excluyente” de la naturalidad del cuerpo, connotado por disputas entre géneros y demostraciones de poder (Córdoba, 2010). De acuerdo con lo expuesto, dichas mujeres se convierten en mujeres “públicas” que son accesibles para sus dueños -los narcos-, pero que también pueden ser vistas y admiradas por otros hombres y por la sociedad (Rincón, 2009). De igual manera, este fenómeno exhibe la significancia que tiene el cuerpo en cada individuo, la sociedad y la cultura. Cabe mencionar que una de las principales influencias para realizarse una cirugía estética a muy temprana edad son los cambios en la forma de pensar motivados por los medios de comunicación y la publicidad, que elevan la presión social y transforman los estereotipos respecto al cuerpo y lo bello (Elliott, 2011). Sin embargo, no en todos los casos de cirugía estética las mujeres se someten a ellas por deseo, vanidad o por problemas de autoestima.

Existen argumentos vinculados a la salud; ejemplo de ello es la “hipertrofia mamaria”, la cual puede generar inconvenientes en la columna y problemas de autoestima, en otros casos, las mujeres también optan por una liposucción por dificultades vasculares o por sobre peso (Córdoba, 2010; Cultura de Medellín, 2008).

Peligros asociados a las cirugías estéticas

Desde la lógica de la persona que consume este tipo de cirugías, priman a menudo la rapidez, practicidad y la publicidad asociada a los cirujanos, más que acciones de seguridad y costos (Ramos-Rocha, 2012). Para Córdoba (2010), el problema de estas operaciones no estriba en que las mujeres decidan someterse a una cirugía plástica para “modelar” su cuerpo, sino el hecho de olvidar u obviar intencionalmente las condiciones de riesgo y sus repercusiones a corto, mediano y largo plazo, ya que en el mundo de la “belleza artificial”, los daños físicos y psicológicos por una cirugía mal realizada son irreversibles y pueden perdurar toda la vida. La Gobernación de Antioquia señala que el 2008 fue el año en que emergieron varios escándalos, respecto a malas intervenciones quirúrgicas de tipo estético, no solo en Medellín, sino en otras ciudades de Colombia, dado que se generaron procedimientos peligrosos que incluían procesos de inyección de silicona industrial en senos, caderas y glúteos, en los que hubo contaminación de la piel y, además, órganos internos comprometidos, aspecto que en Medellín fue elevado, ya que se reportaron unas 300 víctimas (Cultura de Medellín, 2008).

La abundancia de las denominadas “clínicas de garaje” -sin registro del Ministerio de Salud, inhabilitadas para operar, o con médicos poco preparados sin ser especialistas en cirugía plástica- es coadyuvante al desarrollo de una cultura de la transformación corporal en las ciudades de Medellín y Cali, y en el resto del país, lo cual aumenta el riesgo que las cirugías estéticas sean mal realizadas, dada la enorme demanda del servicio y el aprovechamiento de esta por parte de médicos generales, personas poco capacitadas e instituciones de salud ilegales. Aunque las mujeres son las víctimas más visibles y comunes de las malas prácticas, los transexuales también resultan perjudicados en su deseo de transformar su cuerpo (González, 2010; Ramos-Rocha, 2012). La inyección de *botox*, los masajes adelgazantes y la depilación láser, son algunos de los procedimientos que al ser mal realizados pueden terminar afectando gravemente la salud de los usuarios de dichos servicios (Cultura de Medellín, 2008). El Instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos, en sus siglas INVIMA, es la entidad reguladora de los múltiples procedimientos y sustancias que se utilizan en los centros estéticos, y aun con los controles que dicha entidad realiza y la propaganda preventiva, las personas sigue eligiendo centros de atención no reconocidos legalmente y procedimientos poco seguros². Sin embargo, debe advertir la existencia de muchos centros o clínicas estéticas ilegales que no poseen los permisos necesarios para el buen funcionamiento, y por tanto, utilizan medicamentos o sustancias que pueden ser dañinas para el organismo.

² El INVIMA es una entidad pública del orden nacional, de carácter científico y tecnológico, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, perteneciente al Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de la Protección Social y con sujeción a las disposiciones generales que regulan su funcionamiento. Ejecuta las políticas formuladas por el Ministerio de la Protección Social en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de: medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas alcohólicas, cosméticos, dispositivos, elementos médico quirúrgicos, odontológicos, productos naturales, homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva (Ministerio de Protección Social [MPS], 2012).

A pesar de los riesgos implícitos en cada operación y aún más en las cirugías estéticas, para algunas personas, dichos procedimientos pueden convertirse en una adicción, e incluso se ha encontrado correlación entre el “trastorno dismórfico corporal” y el “trastorno obsesivo compulsivo” con la emergencia de necesidades imperiosas de modificación corporal (Patterson, Bienvenu, Chodynck, Janniger, y Schwartz, 2001). Cabe anotar que algunas personas pueden volverse adictas a numerosos procedimientos quirúrgicos, arriesgando de manera repetida su bienestar a causa de la anestesia o de los procesos invasivos implicados en toda operación (Carrillo, 2007; Sarwer, 2007). Existen también peligros asociados a la edad, especialmente en adolescentes y adultos mayores; muchos médico-cirujanos aseveran su desacuerdo con intervenciones quirúrgicas a edades cada vez más tempranas, ya que a menudo no saben lo que en realidad quieren y es posible que pasado cierto tiempo se retracten de la decisión tomada; es así que es recomendable que los procedimientos sean realizados en mayores de edad (Rincón, 2009). De allí que previo a decidir acerca de un procedimiento quirúrgico, sea necesario conocer ampliamente los procedimientos estéticos y plásticos implicados, además de sus posibles deficiencias y beneficios (INVIMA, 2013).

De acuerdo con Córdoba (2010), la apariencia física de la mujer juega un papel determinante en el momento de satisfacer sus necesidades y deseos; incluso, el aspecto físico es considerado un requisito de aceptación en la sociedad; por tal motivo las “mujeres perfectas” o hechas por el bisturí, pueden tener más acceso a entornos del narcotraficante, ya que viven en un entorno de reconocimiento, narcisismo y exhibicionismo narcoestético. Algunas de las mujeres, para encontrar ese reconocimiento social, deciden optar por una cirugía plástica; sin embargo, ello se define por factores económicos, generando que las mujeres de estratos socioeconómicos inferiores, al no contar con los medios económicos para someterse a estos procedimientos, deciden tener vínculos con los narcotraficantes a fin de lograr su objetivo. De este modo, ya sea como su dama de compañía o su “muñeca de mafia³”, una vez entablada la relación con el “capo⁴”, por efecto de patrocinio, algunas mujeres deciden someterse a una o múltiples cirugías plásticas, ya que los capos tienen una especial atención por mujeres voluptuosas. La mujer, en este escenario, es tomada como un objeto para “lucir y galantear” frente a la sociedad, siendo este hecho un factor relevante para obtener un mayor reconocimiento y poder ante su círculo.

Para Acuña (2010), las cirugías plásticas ofrecen un valor agregado al cuerpo, el cual es considerado como un medio para entablar relaciones con otros. Este cuerpo tiene un fin que se orienta hacia la necesidad de aprobación y reconocimiento; por tanto el cuerpo transformado no se construye en un fin en sí mismo, sino en medio para obtener ciertos fines o beneficios (Guimón, 2008). Una de las razones por las que se acuden a las cirugías estéticas tiene que ver con mejorar su autoestima, lo que se constituye en una acción para evitar po-

³ Constructo que representa una manera particular de dominio, en este caso, del narco con respecto a la mujer que hace las veces de pareja (o de una de ellas), en una especie de cosificación, de allí el término “muñeca”, que sugiere la instrumentalización de la belleza en dicho contexto de ilegalidad. Según Lozano (2014), el fenómeno se caracteriza entre otras cosas, por la ingenuidad femenina vs la agresividad machista; el deseo de superación vs la pobreza; y la fidelidad femenina vs la infidelidad masculina.

⁴ *Capo* es considerado como aquella persona que delinque al procesar y comercializar drogas y sustancias psicoactivas a otros territorios, en otras palabras, el narcotráfico puede ser analizado a modo de forma de acumulación mercantil o negocio que busca una ganancia económica o rentabilidad (Uprimny, 1997). El origen del término se remonta al italiano que traduce “cabeza”, que a su vez se toma del latín “caput”, dando cuenta de un centro de mando que se ubica arriba de toda la organización, inicialmente entre la población procedente de Sicilia y que emigra hacia Estados Unidos a fines del Siglo XIX por condiciones de pobreza, imponiendo su poder en diversas zonas (Ortolano, 2012).

sibles trastornos emocionales como la depresión y, en algunas ocasiones, el suicidio (Sarwer, Brown & Evans, 2007). La preocupación por la belleza existe desde la antigüedad, pues desde ese entonces se busca mantener una apariencia cercana a la juventud y la belleza exótica; sin embargo, la actividad estética y el valor de belleza cambian constantemente con el tiempo, viéndose determinadas por un sistema social y cultural que opera a partir de esquemas o ideales del cuerpo como un escenario de lenguaje y encuentro de lo social. De igual manera, el consumo de cirugías estéticas es apuntalado por una parte significativa de personas que cada vez más buscan la belleza “perfecta” y la exigen al otro, por lo que muchas mujeres y hombres complacen los deseos de su pareja antes que los suyos, con intervenciones quirúrgicas que ponen en riesgo su vida, asimilando y equiparando a menudo lo “bello” con lo “ostentoso” del cuerpo; aspectos que en algunos extremos pueden concluir en lo “grotesco”. Estos elementos pueden surgir por múltiples razones; sin embargo, en la lista de indicadores que justifican patológicamente su existencia se encuentra el deseo de complacer a su pareja, más que el hecho de cubrir necesidades psicológicas no tramitadas.

Grosso modo, en todas las personas siempre habrá cierta inclinación por la imagen corporal, que logra mantenerse vigente durante mucho tiempo, pero que cambia en relación con las necesidades, presiones y transformaciones socioculturales. Se observa que a medida que avanzan la ciencia y la tecnología, se utilizan nuevas y mejores técnicas para lograr una figura esbelta y un cuerpo voluptuoso. Dicho así, las cirugías estéticas han permitido a varias mujeres y hombres cambiar su apariencia física, por lo cual su práctica ha aumentado considerablemente durante los últimos tiempos. Desde una perspectiva psicológica, se puede considerar que la cirugía estética define una tendencia narcisista, que puede ser patológica cuando se asocia a una distorsión de la imagen corporal, la cual responde en gran medida a las demandas y presiones de la sociedad (Ulnik, 1993). En el aspecto normativo del aparato psíquico y de las motivaciones e impulsos inconscientes en la narcoestética opera la relación entre el límite y el exceso, las cuales son dos tipos de acción cultural que definen campos o dominios de acción, retroacción e inter-retroacción. En el exceso emerge la excentricidad, que guarda relación con lo “puesto en escena”⁵ y lo “espectacular”⁶, ya que es justamente en el mundo del espectáculo donde dicha conducta tiene un plus-valor por estar bajo la mirada de otros sujetos. Estos aspectos son asociados al estilo de vida del narcotráfico, en el que ser vistos y asumidos como poderosos constituye un sentido de aprobación ante una sociedad que les teme y rechaza (Valdez-Cárdenas, 2009).

De acuerdo con Butler (1990), los códigos, comportamientos y tipos de relación emergentes del devenir de la interacciones entre géneros, suelen relegar una parte importante de sujetos y grupos, de modo que existe en los colectivos un dejo de exclusión que contrasta con la necesidad de inclusión y reconocimiento demandada; asimismo cobra importancia la *performatividad* del género, la cual crea una “puesta en escena” que atraviesa

⁵ Proveniente del francés *Mise-en-scène*, refiere el elemento más importante del teatro por cuanto abarca los factores que hacen parte de la interpretación, teniendo en cuenta actores, estética y la vivencia misma del texto que da pie a la obra, provocando la relación entre actores y público (UNAM, s.f.) y que en el fenómeno narcoestética convoca a una metáfora que denota la “espectacularidad” de la imagen y el juego con la estética que se hace a través del cuerpo y de significados propios del mundo opulento del narcotráfico.

⁶ Según la teoría de Guy Debord (2005) en su libro *La sociedad del espectáculo*, “el espectáculo no es un conjunto de imágenes, sino una relación social entre personas mediatizada por imágenes” (p. 3). Así, es una visión del mundo objetivada que se muestra hacia afuera con posibles transformaciones para las nociones de un grupo o un conjunto de personas y que determina las características de ese vínculo.

el lenguaje y define, para el caso de la narcoestética, formas particulares de hablar y de describir el mundo narco. En este sentido, Butler (2002) señala la existencia de múltiples productos culturales (imaginarios, representaciones, sentidos, estilos vitales, etc.) que determinan marcos concretos de concurrencias simbólicas que tienen la propiedad de modificar la arquitectura psíquica y corporal de las personas. Cabe mencionar, que en el mundo de la mujer vinculada al narcotráfico, el cuerpo interioriza la performatividad de la existencia narco, es decir que dicha noción adquiere en este sentido la capacidad de convertirse en acción y, a la vez, de transformar el contexto en el que se desarrollan las interacciones de la mujer, de allí que las cirugías y las transformaciones biopsicosociales adjuntas cobren sentido y figurabilidad, es decir, se tornen legítimas y necesarias.

Para Pierre Bourdieu (1991), el cuerpo interactúa, se vive, y se siente por medio del campo y del *habitus* en el que se conjugan espacio-contexto y prácticas sociales «colectivamente orquestadas», los cuales generan y organizan esquemas de actuar, pensar y sentir (prácticas y representaciones), y que de acuerdo a la posición social de los sujetos, pueden ser objetivamente aceptadas (Bourdieu, 1991), de modo que en un entorno determinado, las personas pueden compartir estilos de vida y percepciones vitales similares. En este sentido, el *habitus* como *estructuras-estructurantes-estructuradas* deviene de la red de esquemas generativos construidos socio-culturalmente con los que se percibe, da cuenta y se interactúa en el mundo, de allí que para el caso de la narcoestética, el cuerpo se vea presionado por estructuras objetivas que doblegan y reorganizan las prácticas sociales y con ello, le dan forma al actuar en un contexto determinado; así, el cuerpo de la mujer es un cuerpo doblegado, impedido de romper la lógica que le da sentido a su *habitus* (lo subjetivo: impuesto o hecho al cuerpo) y al *campo* (objetivo: contextos, hechos, cosas) de interacción, mismos que son legados, asumidos, impuestos y deformados en torno a la “cultura narco”. En este campo se juegan las singularidades, pero también se fraguan los poderes, aspecto visible en un cuerpo que no solo es el vehículo de ser, sino también su expresión, movimiento, lo político, en el que se encuentran atrapados mecanismos de poder (Foucault, 1999).

La relación que tienen las mujeres con los capos de las drogas permite un acercamiento al fenómeno de la narcoestética, espacio en el que se pueden evidenciar algunas construcciones imaginarias del cuerpo con un poder subyacente a la aprobación social, cultural y política del narcotraficante. Estos imaginarios del cuerpo de la mujer, denominados “narco-cuerpo”, son la base de estructuras de sentido construidas en función de representaciones sociales acerca de lo estético, que surgen con base en el tiempo en que se instauran y se reproducen dichas prácticas de transformación corporal. Dichas estructuras pueden ser vistas como dominios de “acción y de saber”; en ellas, las representaciones sociales se fraguan, transforman y solapan unas con otras, imbricándose al lenguaje (digital y analógico) y constituyendo nuevos dominios y formas de interacción e intersubjetividad. De acuerdo con las representaciones sociales de lo corporal-belleza, la mujer tiene cierto dominio y poder con su cuerpo, el cual comparte con el narcotraficante; así, lo que se otorga y lo que se recibe constituye una forma de interacción recíproca, es decir, una forma de mutualidad emocional que opera en un plano afectivo (Valdez-Cárdenas, 2009). La mujer también pasa a compartir el poder del capo, pero desde un

dominio corporal, mientras el capo disfruta del poder derivado de la “posesión” del cuerpo femenino desde un dominio objetivamente mediado por la primicia de sus deseos, antes que por el acuerdo o la participación voluntiva del otro (elección).

Orígenes y explicaciones complejas del constructo narcoestética

La narcoestética, como término, tiene un origen que remite a la idea de un neologismo emergente de la unión de dos condiciones o fenómenos sociales, el “narcotráfico” y lo “estético” como práctica, que se asocia a quienes pertenecen a esos dominios de interacción social. Como *sociolecto*, narcoestética representa rasgos fonéticos, léxicos, sintácticos, es decir, un conjunto de elementos discursivos que componen cierta forma de ver el mundo de una manera específica (Luhmann, 1976). Los sociolectos describen una comunidad en la forma en cómo los sujetos interactúan unos con otros y también en el modo como interpretan lo que les pasa y lo que sucede en el mundo y a su alrededor; por eso, los sociolectos son construcciones sociales e históricas que no solo hablan de los sujetos, sino también de la manera en que las instituciones y creaciones de esos sujetos dan cuenta de lo que acontece en el entorno como efecto de las transformaciones sociales implicadas en sus acciones.

En este orden de ideas, los sociolectos hablan de las tradiciones, las costumbres, los ritos, mitos, identificaciones y creencias (Luhmann, 1976), por lo que todos estos elementos se pueden adscribir al imaginario social del cuerpo. Sin embargo, para que se logren vincular tienen que convertirse en representaciones dotadas de sentido, es decir, en imaginarios sociales donde se evidencien ciertas particularidades de un grupo. Dentro de esas organizaciones se cuenta con modificaciones del lenguaje, conocimientos, vivencias del y con el cuerpo, las experiencias afectivas y todas las interacciones con el otro. Estas relaciones se regulan de acuerdo con una lógica de la organización de tipo sistémico, que responde a dos momentos: 1) a la *organización* y 2) a la *interrelación* (Morin, 1977a). En la narcoestética se encuentra una relación de subordinación en la estructura de organización, en la cual se mantienen, reúnen, producen y transforman los cuerpos, generando cierto sentido de la estabilidad psicológica y social del sujeto en un dominio específico de acción denominado “narcotráfico”, mismo en el que la estabilidad generada produce dos acciones: 1) auto-aceptación, y 2) pertenencia al grupo; ambas útiles e importantes para comprender el sentido de aprobación y pertenencia de las personas en un grupo determinado. Lo anterior, se decanta en el segundo momento: “la interrelación”, la cual abre paso a la emergencia de subsistemas de relación o grupos focales que comparten, aprueban y reproducen las dinámicas, acciones, retroacciones e inter-retroacciones de la relación entre pares.

En gran medida, el sociolecto narcoestética emerge de manera inherente a la construcción de relaciones de poder que garantizan procesos de inclusión y legitimidad de los sujetos. En este sentido, designan más que individuos y se orientan a prácticas concretas; así como también, a estados emocionales, preocupaciones, afectos, condiciones sociales y representaciones globales. De suyo, la narcoestética produce, reproduce y

resignifica las interacciones colectivas e individuales de los actores sociales involucrados en el fenómeno del narcotráfico, bajo la condición ineludible de transformación corporal como garantía de los procesos de ajuste y pertenencia grupal de la mujer. En ese orden de ideas, todo sociolecto conlleva la utilización de “psicolectos”, o formas simbólicas de entender el dialecto en un plano psíquico. Lo anterior también es generador de condiciones “somatolectas”, o sea, de expresiones somáticas de vivencia del ser en el lenguaje, por lo que representan una estrecha relación con los cambios físicos o somáticos adscritos a la narcoestética como organización *bio-psico-somatolecta*. Esta organización se presenta como un todo con singularidades, lo que implica el hecho de que cada singularidad sea a la vez un todo en sí mismo (Morin, 1984). En consecuencia, en el caso de las cirugías corporales, cada transformación del cuerpo obedece no solo a una necesidad personal de inclusión en el dominio de acción del narcotráfico, sino también al aseguramiento del ingreso y participación en una subcultura de la transgresión y los excesos, a través de compartir los diversos escenarios de interacción.

La filiación a este dominio se asocia igualmente a necesidades personales que reactivan su operar de acuerdo con la presión del entorno, las necesidades prevalentes y el nivel de auto-exigencia de cada persona. La vida afectiva y social en este tipo de sistemas ilegales presenta, igualmente, emergencias respecto a las particularidades de las relaciones entre personas y grupos, al tiempo que constricciones y limitaciones cuando se trata del ejercicio de la voluntad (Castañeda y Henao, 2011; Hernández, 2010). Existen también presiones y resistencias a la integración de la totalidad de comportamientos exigidos por el otro, que modifican los procesos volitivos de las mujeres, al tiempo que determinan estilos de interacción entre la mujer y el narcotraficante, con base en la interrelación entre el deseo de aprobación, la necesidad de dependencia, y su demanda de protección y afecto (Ovalle y Giacomello, 2006). En la narcoestética, el cuerpo es reintegrado–reorganizado a un dominio determinado de relación por medio de la intervención quirúrgica. Así, la necesidad de auto–reorganización es una acción que da sentido al cambio corporal, lo cual puede conllevar, en algunas personas, acciones de arrepentimiento cuando los resultados no son los que esperaban, o en el plano de la cultura de narco se ven rechazadas por sus parejas (Rincón, 2009), en cuyo caso, algunas mujeres recurren a nuevas acciones de transformación corporal como por ejemplo, nuevas cirugías o procedimientos estéticos.

Otro de los puntos de este dominio son las *interrelaciones*, las cuales se dividen en dos momentos: 1) la *asociación* que genera una nueva identidad; y 2) la *combinación-fusión* que genera una transformación mucho más íntima del sujeto (Morin, 1977a). En la asociación, el sujeto conserva parte de su identidad, así la mujer que se opera y se incluye en el dominio del narcotráfico, lo hace desde la interrelación al producir, reproducir y fortalecer sus vínculos a través de acciones que determinan cierto estilo de vida de consumo, en que se exhibe el cuerpo como un bien transformable. Aquí, la mujer no ha perdido totalmente su identidad y de hecho nunca la pierde; sin embargo, en la combinación y fusión de identidad, sus deseos se funden con las necesidades de su pareja reproduciéndose una organización de lo que el sujeto siente y desea, y de aquello que el grupo o entorno social demanda. Para el narcotraficante, la necesidad de poder, también tiene que ver con la idea de poseer

una mujer con un cuerpo voluptuoso y poderoso que responda a su interacción dominante (Rincón, 2009). La identidad previa a la cirugía se oculta y reprime cambiando la imagen y vivencia del cuerpo por aquello que el dominio de acción “narcoestética” le exige que sea. La mujer se ve obligada a re-transformarse continuamente y así lograr pertenecer y ser reconocida por el colectivo, situación que instaura una especie de bucle-activo de transformación del cuerpo, con el cual siempre responde a las necesidades del otro más que a las necesidades propias.

Tal como lo señala Edgar Morin (1977a), en las *interacciones* se pueden observar cuatro momentos específicos, a) por dependencias fijas o rígidas; b) por interrelaciones activas o interrelaciones organizacionales; c) por retroacciones reguladoras y d) por comunicaciones informacionales. A continuación, se explicarán modestamente estos momentos, intentando acoplarlos a la forma como opera la transformación física en el mundo subjetivo de las mujeres vinculadas a la trama del narcotráfico. En el primero de ellos, por *dependencias fijas o rígidas*, la persona se encuentra en un ambiente de narcotráfico en el que se genera una dependencia al consumo, no solo de bienes y servicios, cosas materiales o lujos, sino también de ciertos niveles de atención y afecto demandados por el otro, así mismo, la interacción está connotada por la idea de contabilización-materialización del afecto, lo que obliga a que dichas relaciones se construyan con base en el altruismo mutuo y la imposición siempre de la voluntad de uno sobre el otro, más no en el acto de transformar dialógicamente la dinámica relacional; por tal motivo, quien depende siempre estará exigiendo y gobernando, aspecto presente tanto en el narcotraficante como en la mujer. Dicho de otro modo, el “narco” exige a su pareja que se transforme, al tiempo que ellas exigen ser aceptadas y admiradas a través de esta transformación.

Como resultado, estas relaciones no son móviles o dinámicas, puesto que su naturaleza rígida implica un ciclo de dependencia-aceptación-protección en que priman las jerarquías, los refuerzos y castigos, condición que determina una poca capacidad de generar nuevos sentidos de vivir la corporalidad en la auto-aceptación y legitimidad del otro. Como segundo momento, se tienen las interrelaciones activas o por interacciones organizacionales. En las *interrelaciones activas*, la necesidad de transformar el cuerpo se da con base en la búsqueda compensatoria de necesidad de prestigio, aceptación, reconocimiento social y pertenencia, las cuales son asociadas a la cirugía y adquisición de cierto plus de poder compartido con el “narco”. De esta manera influyen también sobre el entorno, al tiempo que instauran límites en la vida de pareja. La multiplicidad de operaciones se asocia en gran medida al temor al abandono, de lo que surgen nuevas necesidades estéticas, aspecto que conduce a la tendencia a la actualización del cuerpo y de las relaciones con otros. Por consiguiente, se rompe el ciclo y la mujer no se limita a la relación de pareja, puesto que expande sus intereses hacia nuevas relaciones con otras personas, especialmente estructuradas con base en el deseo de ser admiradas y aceptadas por la sociedad. Bajo este dominio comportamental se establece una denuncia existencial, es decir, un acto del cuerpo como escenario de inscripción del poder del otro, que en la interacción organizacional aprueba lo establecido como marco referencial de belleza, y rechaza lo emergente, autónomo, natural o común.

Sobre este llamado a la desobediencia existe la relación poder-voluptuosidad, anclada a la imagen del “narco”, por lo que entre más voluptuosa sea la pareja, más poder y reconocimiento es obtenido. Otro lado de la situación, es la búsqueda de aceptación al inscribir y transformar su cuerpo al lenguaje de sumisión propio de esta relación (Mata, 2012; Ramos-Rocha, 2012). Lo anterior, permite establecer un posicionamiento social, además de obtener la sensación de “control social” en las interacciones activas externas, que representan también una extensión del dominio de acción del narcotraficante. Las interrelaciones activas en la narcoestética son también *interacciones organizacionales*, puesto que, tal como lo afirma Morin (1977b), producen una organización a través del lenguaje, la emoción y el afecto. En el fenómeno narcoestético, la transformación corporal genera una vía de acceso coordinaciones conductuales, emocionales y consensuales entre sujetos, a través del lenguaje, la interacción, el encuentro y la comprensión del mundo en el cual se encuentran inmersos (Maturana, 1990). Un tercer escenario, lo constituyen las *interrelaciones por retroacciones reguladoras*; en ellas, cada acción genera una nueva acción (re-acción) o consecuencia, lo que implica que cada acción es en sí misma retroacción de lo que ya sucedió (Morin, 1977b).

De acuerdo a esto, se puede decir que cada actividad realizada tiene que ver con un proceso que se reactualiza en las nuevas decisiones de los sujetos, y en el caso del fenómeno narcoestético, es posible plantear el siguiente orden: 1) el planteamiento del objetivo de ingresar al mundo del narcotráfico, con el fin de superar la pobreza (acción); 2) el deseo de transformar su cuerpo para sostener una relación afectivo-dependiente con el narcotraficante (nueva acción-interrelación); 3) estos aspectos implican la retroacción constante a motivos originarios sobre los que cada interacción es también una búsqueda incesante de aceptación y legitimidad, en un dominio de interacción determinado (mundo narco). A lo anterior es posible denominar: *retroacción reguladora* de la interacción, y contiene como consecuencia la emergencia de resistencias, constreñimientos, dificultades para reconocer el pasado como retroacción de la actualidad. Así, la retroacción reguladora genera interacción y acuerdos en el lenguaje, además de analogías y sociolectos, posturas sociales y elecciones, a la vez que produce la experimentación de emociones y comprensiones acerca de la realidad vivida. El cuarto elemento es denominado *interrelaciones por comunicación o informacionales*; esto quiere decir que todo al interior de un sistema se conecta y se transforma entre sí, porque nada está desconectado de nada (Morin, 1977b).

Ejemplo de ello es que el sistema familiar en la narcoestética está conectado también con el modelo de consumo y el sistema de interrelación del narcotraficante (Mata, 2012; Tercero, 2012; Uprimny, 1997). Dicho de otro modo, aunque muchas mujeres traten de aislar totalmente a sus familias de las intenciones del “ambiente narco”, de alguna manera estarán sujetas e involucradas en las dinámicas interaccionales de dichos escenarios. En conclusión, la narcoestética es el producto del proceso que lleva al sujeto al cuarto nivel de *las comunicaciones informacionales*, las cuales se dan al interior del sistema, entre la pareja, la sociedad y otros grupos con quienes estos actores sociales interactúan. Las interrelaciones informacionales producen una especie de subcultura del narcotráfico que emerge de la acción-retroacción e inter-retro-acción entre las comunidades, los

grupos de interés y los sujetos con sus ecosistemas. De dicha interrelación surge lo narcoestético como experiencia más allá del cuerpo y el encuentro, como unidad de lo múltiple (*unitas multiplex*) que define–redefine–resignifica los diversos modos de ver y de operar en el mundo *narco* de estas mujeres.

Conclusiones

El origen del término narcoestética remite a la idea de un neologismo o una palabra nueva, que surge de la unión de dos condiciones sociales: el narcotráfico y las necesidades estéticas de quienes pertenecen a esos dominios de interacción social. El vocablo fue usado por primera vez por Omar Rincón (2009), para referirse a la tendencia a realizar cirugías plásticas como criterio de aceptación en el ámbito de la cultura narco. Ante el tamaño de la problemática del narcotráfico, en los últimos años se presencia el anexo de mujeres a este grupo de autores intelectuales del narcotráfico en Colombia, por lo que la comprensión de la relación que tienen las mujeres con los capos de las drogas permite un acercamiento al fenómeno de la narcoestética, en el que se puede evidenciar algunas construcciones imaginarias del cuerpo en función del poder, mismo que surge de manera adyacente a la capacidad de influencia social, bélica y lo política del narcotraficante.

Cabe anotar, que en gran medida la preocupación por la belleza existe desde la antigüedad, pues desde ese entonces se busca mantener una apariencia cercana a la juventud; sin embargo, la actividad estética y el valor de belleza cambian constantemente con el tiempo, viéndose determinadas por el sistema socio-cultural que opera a partir de esquemas o ideales del propio cuerpo como un escenario de lenguaje. Dicho así, la apariencia física de la mujer juega un papel determinante en la percepción de aceptación social, por lo que se constituye en un medio para tramitar y satisfacer ciertos fines y deseos, como también para poder ser aceptada dentro de grupos estereotípicos como el narcotráfico.

Algunas mujeres, a fin de cubrir la necesidad afectiva de reconocimiento personal-familiar-social, deciden optar por cirugías plásticas; sin embargo, en la decisión existe un factor determinante de tipo económico, a razón del alto costo de los procedimientos; por ello, algunas mujeres de estratos socioeconómicos bajos pueden escoger por tener vínculos con los narcotraficantes en aras de obtener una salida rápida ante dicha situación. En este escenario, la mujer decide someterse a múltiples cirugías plásticas, siendo uno de los gustos más prioritarios de los capos tener una mujer *voluptuosa* que no pase desapercibida ante los espectadores, transformándola en un fetiche.

En consecuencia, el cuerpo femenino es considerado en este escenario como un objeto más para lucir y galantear frente a la sociedad, siendo este suceso un camino importante para obtener un mayor reconocimiento y poder. Un poder de dos vías: una vía próxima a la autoafirmación personal y otra cercana al poder social compartido con el capo. En general, muchas mujeres con nexos con la mafia y el narcotráfico acceden a las cirugías plásticas por efecto de las exigencias de parejas narcotraficantes o personas con cierto tipo de poder y control socioeconómico sobre su vida y su familia. El hecho de complacer y estar dispuesta a las excentricidades de su compañero, puede ser en gran medida la contrapartida ante los beneficios materiales y afectivos recibidos.

Los medios de comunicación han tenido culturalmente un rol determinante en la promoción, legitimación e instauración de la intervención quirúrgica de carácter cosmético, ubicándola en el lugar de una práctica social simple, mediante la cual es posible asegurar el éxito. Ergo, en la época actual algunas mujeres quieren gozar de un cuerpo esbelto y llamativo más para la sociedad, que para sí mismas. Sin embargo, esto no es una condición *sine qua non* de todas las cirugías, pues hay otras mujeres también recurren a estos procedimientos por sentirse mejor consigo mismas, sin que ello constituya o indique un problema psicológico de base. Asimismo, el ideal estético posee un valor agregado que ha tenido una serie de repercusiones en los seres humanos, tales como el elevado consumismo de transformaciones somáticas mediante cirugías.

De acuerdo con los avances de la medicina y las nuevas tecnologías, se ha hecho posible que las transformaciones a nivel corporal sean procedimientos con pocos riesgos, pero bajo la dinámica de un negocio masivo global que poco tiene en cuenta el ideal psicológico de mujeres que posiblemente se sientan insatisfechas con alguna parte de su cuerpo; por ello es importante que la transformación estética se encuentre sostenida por un proceso de apoyo psicológico en el que se pueda generar un aval para la efectividad emocional de los procesos. En realidad, el inconveniente principal no es que las mujeres decidan someterse a cirugías plásticas con las que busque perfeccionar el cuerpo para generar atracción o aumentar su autoestima, ya que el problema radica en que no sean al menos totalmente conscientes de los daños que causa una cirugía mal realizada, siendo estos en la mayoría de veces irreversibles y pueden perdurar de por vida.

Otra situación son las cirugías en el marco de la dinámica *narco*, la cual puede determinar la pérdida de la noción corporal de sí, o “esquema corporal”, especialmente cuando se asocia a una dependencia emocional y material completa de quien resulta patrocinador del cambio estético y de la estabilidad socioeconómica de la familia. Así, en el ámbito narcoestético, la cirugía asociada a la voluptuosidad prima al momento de complacer a la pareja narcotraficante, por lo que cuando no están presentes en la relación, las mujeres pueden sufrir presiones, anulaciones emocionales e incluso, la ruptura amorosa y la pérdida del apoyo material para ella y su familia.

Aunque la elección de seguir procedimientos quirúrgicos tiene una connotación individual cuando las cosas salen mal, muchas personas recargan la responsabilidad al INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) y lo hacen en relación al censo, que debe hacerse sobre las prótesis que ingresan al país, y a la regulación de las clínicas encargadas de realizar dichos procedimientos. Por ello, la entidad recomienda a los pacientes o mujeres que desean realizarse algún procedimiento estético, informarse y tener consciencia del lugar y el profesional que le realizará la intervención. Sería preciso decir y de acuerdo con INVIMA, reafirmar el derecho a la vanidad de los seres humanos, pero incluyendo siempre límites y asunción de responsabilidades. De allí que sea recomendable que los pacientes consulten la reputación de la institución, observar los equipos, anotar sus referencias y exigir información sobre las sustancias que le serán suministradas. Con estos datos, los pacientes pueden consultar en la Internet y con otros especialistas la pertinencia de la intervención.

Referencias

- Abreu, C. I., Alessandrini, R., Leal, E., Macías, R. y Turner, O. (2000). Perfil de personalidad en pacientes que solicitan cirugía estética. *Cirugía Plástica*, 10(3), 97-101. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDPUBLICACION=480>
- Acuña, E. A. (2010). Estructuración psíquica en mujeres con múltiples cirugías estéticas. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 3(7), 2-35. Recuperado de <http://psi.usal.es/rppsm/n72010/acunabermudez.pdf>
- Aguilar, L. A., Carranza, Z. E., Castellanos, M. Y. y Hernández, N. C. (2013). Mamoplastia de aumento: significado que le atribuyen las estudiantes universitarias. *Wimblu, Rev. Electrónica de estudiantes Estudiantes de psicología*, 8(1), 7-34, 2013. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/9861/9286>
- Andrade, J. A. (2016). *Problematización del fenómeno de la violencia a partir de la noción de no-linealidad desde el pensamiento complejo*. (Tesis de Maestría). México: Multidiversidad Mundo Real Edgar Morin.
- Arias, J., y Quintero, L. J. (2014). *Comportamiento del mercado de cirugías estéticas en Colombia*. (Tesis de pregrado). Universidad ICESI, Cali. Recuperado de https://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/78028/1/TG00879.pdf
- Baudrillard, J. y Morin, E. (2003). *La violencia del mundo*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Editorial Taurus.

- Briceño-Iragorry, L. (2002). Historia de la cirugía pediátrica. *Gaceta Médica de Caracas*, 110(2), 241-252. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622002000200010&lng=es&tln g=es
- Butler, J. (1990). Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Wittig y Foucault. En: S. Benhabib y D. Cornella (Eds.), *Teoría feminista y teoría crítica* (pp. 193-211). Valencia: Edicions Alfons el Magnànim.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan, sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Capellá, A. (1996). *La histeria y lo obsesivo. Análisis de la neurosis obsesiva*. Barcelona: Editorial Herder.
- Carrillo, J. (2007). *Llueven demandas contra Ley 1122*. Periódico El Pulso. Recuperado de <http://www.periodicoelpulso.com/html/0706jun/general/general-13.htm>
- Castañeda, J. (1999). *Edgar Morin: El siglo del conocimiento puede ser también el siglo de la ceguera*. Colectivo docente maestría en pensamiento complejo [CDMPC]. México: Multiversidad Edgar Morín.
- Castañeda, L. S. y Henao, J. I. (2011). El elemento compositivo narco en los medios de comunicación. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (33), 7-24.
- Cobos, D. (2012). Colombia, país potencia en cirugías estéticas. [Mensaje de un Blog] Aló.co. Recuperado de <http://alo.co/salud-y-bienestar/colombia-pais-en-donde-se-hacen-muchas-cirugias-esteticas>
- Colectivo Docente Maestría en Pensamiento Complejo [CDMPC]. (2012). *La construcción de vías distintas*. México: Multiversidad Edgar Morín.
- Córdoba, M. (2010). La cirugía estética como práctica sociocultural distintiva: un lacerante encuentro entre corporeidad e imaginario social. *Revista latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad*, 2(2), 37-48. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273220628004>
- Cultura de Medellín. (2008). *Cirugías estéticas, un asunto de vida*. Gobernación de Antioquia. Recuperado de <http://www.culturaemedellin.gov.co/sites/CulturaE/Cluster/Noticias/Paginas/cirugiasesteticas.aspx>
- De Sola, J., Rubio, G. y Rodríguez, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales? *Salud y drogas*, 13(2), 145-155.
- Debord, G. (2005). *La sociedad del espectáculo*. Barcelona: Pre-textos.
- Delgado, C. J. (2005). *Hacia un nuevo saber. La Bioética en la revolución contemporánea del saber*. Bogotá: Editorial Universidad El Bosque.

- Dolto, F. (1997). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Dolto, F. (1971). *Psicoanálisis y pediatría*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Eddy, P., Walden, S. y Sabogal, H. (1988). *Las guerras de la cocaína*. Bogotá: Círculo de Lectores.
- El Espectador. (22 de abril de 2013). La cirugía plástica no es para empíricos. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/cirugia-plastica-no-empiricos-articulo-417757>
- Elliott, A. (2011). El auge de la cultura de la cirugía estética. *Revista Anagramas*, 9(18), 145-164. Recuperado de <http://cdigital.udem.edu.co/ARTICULO/A082000182011195225/Articulo11.pdf>
- El País. (12 de febrero de 2012). Conozca por qué Cali sigue siendo la Capital de la Silicona en Colombia. El País.com.co Recuperado de <http://www.elpais.com.co/elpais/cali/noticias/conozca-porque-cali-sigue-siendo-silicona-en-colombia>
- Foucault, M. (1999). *Arqueología del saber*. México: Editorial Taurus.
- González, L. (2010). Influencias de las cirugías plásticas. Recuperado de <http://pepacaastro.com/Monografias%202010/Influencia%20de%20las%20cirugias.pdf>
- Guimón, J. (2008). Cirugía estética: implicaciones psicológicas. *Avances en salud mental relacional*, 7(3), 1-8. Recuperado de http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0703/cirugia_estetica.pdf
- Hernández, A. (2010). *Los señores del narco*. México: Editorial Grijalbo Mondadori.
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos [INVIMA]. (2013). ABC de los dispositivos médicos. Recuperado de <https://www.invima.gov.co/images/pdf/tecnovigilancia/ABC%20Dispositivos%20Medicos%20INVIMA.pdf>
- León, A. y Rojas, D. M. (2008). *El narcotráfico en Colombia: pioneros y capos*. *Historia y espacio*, 31, 1-27. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4015471>
- Leyva, J. K. (2009). Los presupuestos teóricos de la epistemología compleja. *A parte de Rei*, 61, 1-13. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/leyva61.pdf>
- Lozano, J. (2014). *Presencia del narcotráfico en las teleseries colombianas. Caso Las muñecas de la mafia*. Perú: ALAIC. Recuperado de <http://congreso.pucp.edu.pe/alaic2014/wp-content/uploads/2013/12/Jorge-Botache-PRESENCIA-DEL-NARCOTR%C3%81FICO-EN-LA-TELENOVELA-COLOMBIANA.pdf>

- Luhmann, N. (1976). The Future cannot Begin: Temporal Structures in Modern society. *Social Research*, 43(1), 130-152.
- Mata, I. (2012). *El cuerpo de la mujer vinculada al narcotráfico como narración de sus relaciones sociales*. (Tesis de Maestría). Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Jalisco. Recuperado de <http://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/2596/ltzelin%20Mata%20Navarro.pdf?sequence=3>
- Maturana, H. (1990). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Chile: Ediciones Pedagógicas Chilenas.
- Ministerio de Protección Social [MPS]. (2012). *Decreto 2078 de 2012*. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2012/Documents/OCTUBRE/08/DECRETO%202078%20DEL%2008%20DE%20OCTUBRE%20DE%202012.pdf>
- Morin, E. (1977a). *El método I. La naturaleza de la naturaleza*. México: Multiversidad Mundo Real.
- Morin, E. (1977b). *El método I. La naturaleza de la naturaleza* (6ª ed.), Colección Teorema Serie mayor. Madrid: Editorial Cátedra.
- Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos.
- Morin, E. (1988). *El paradigma de la complejidad*. De culture, signes critiques Quebec: Presses de l'Université de Quebec.
- Morin, E. (2011). *La vía para el futuro de la humanidad*. Barcelona: Paidós.
- Munné, F. (2005). ¿Qué es la complejidad? En: F. Munné (Coord.), *Encuentros en psicología social. La complejidad en la Psicología Social y de las Organizaciones* (pp. 6-18). Málaga: Aljibe.
- Navarro, M. (2011). La cultura de violencia social y narcotráfico en los jóvenes, una mirada a los blogs y sitios públicos de gran impacto, sus implicaciones educativas. *Praxis investigativa redie*, 3(4), 74-85. Recuperado de <http://www.redie.org/librosyrevistas/revistas/praxisinv04.pdf#page=74>
- Nicolescu, B. (1998). *La transdisciplinariedad*. París: Ediciones Du Rocher.
- Ochoa, F. (1988). *Mi vida en el mundo de los caballos*. Medellín: Impresos Litográficos.
- Ortolano, M. (2012). En nombre de un padre perverso: la imagen del capo mafia en el cine estadounidense. *Revista científica de UCES*, 16(2), 145-160. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1909/Perverso_Ortolano.pdf?sequence=1

- Ovalle, P. y Giacomello, C. (2006). La mujer en el “narcomundo”. Construcciones tradicionales y alternativas del sujeto femenino. *La ventana*, 24, 297-318. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/884/88402411.pdf>
- Patterson, W., Bienvenu, J., Chodynack, P., Janniger, C. y Schwartz, R. (2001). *Trastorno dismórfico corporal*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/204705336/Transtorno-Dismorfico-Corporal>
- Promoción de turismo, inversión y exportaciones (Proexport). (2005). *El ABC del TLC*. Bogotá: Ministerio de Comercio Industria y Turismo. Recuperado de <http://www.proexport.com.co/sites/default/files/TLC%20EEUU.PDF>
- Ramos-Rocha, M. (2012). *Entre lo natural y lo artificial. El dilema bioético de la cirugía estética* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im121p.pdf>
- Rincón, O. (2009). Narcoestética, narcocultura y narcocolombia. *Revista nueva sociedad*, 222, 147-163. Recuperado de http://www.nuso.org/upload/articulos/3627_1.pdf
- Rodríguez, F. y Sánchez, A. (2007). *El hijo del “ajedrecista”*. Bogotá: Oveja Negra – Quintero editores.
- Sarwer, D. (2007). The psychological aspects of cosmetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg*, 7(1), 110-117. Doi: <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000286591.05612.72>
- Sarwer, D., Brown, G., & Evans D. (2007). Cosmetic breast augmentation and suicide. *Am J Psychiatry*, 164(7), 1006-13. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17606650> Doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1006>
- Sotolongo, P. (2005). Complejidad, sociedad y vida cotidiana. *Complexus*, 1(3), 22-32.
- Tercero, M. (2012). Vida cotidiana y narcotráfico. [Mensaje en un blog]. Hemispheric Institute E-Misférica. Recuperado de <http://hemisphericinstitute.org/hemi/es/e-misferica-82/tercero>
- Ulnik, J. (1993). Narcisismo y enfermedad somática. *Actualidad psicológica*, 18(196), 18-21.
- Ulnik, J. (1996). Constitución subjetiva y tendencia psicósomática. *Cuadernos del C.E.P.A*, 6, 1-20.
- UNAM. (s.f.). Puesta en escena [Mensaje de Blog] Recuperado de <http://portalacademico.cch.unam.mx/alumno/tlriid3/unidad4/interpretacionteatro/situacioncomunicativa>
- Uprimny, R. (1997). El “laboratorio” colombiano: Narcotráfico, poder y administración de justicia. En: B. de Sousa Santos y M. García Villegas (Comps.), *Caleidoscopio de las justicias* (pp. 371-414). Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

Valdez-Cárdenas, J. (2009). *Miss Narco. Belleza, poder y violencia. Historias reales de mujeres en el narcotráfico mexicano*. México: Aguilar.

Vallejo, V. (2007). *Amando a Pablo. Odiando a Escobar*. Bogotá: Editorial Grijalbo.

Von Foerster, J. (1998). Por una nueva epistemología. *Metapolítica*, 2(8), 629-641. Recuperado de <http://ecologiahumana.cl/pdf/por%20una%20nueva%20epistemologia.pdf>

Drogas y educación¹

Drugs and education

Enviado: 18 de julio de 2016 / Aceptado: 17 de octubre de 2016

Néncer Losada Salgado*
Marco Fidel Chica Lasso**

Forma de citar este artículo en APA:

Losada Salgado, N. y Chica Lasso, M. F. (2017). Drogas y educación. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 67-83.
Doi: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2262>

Resumen

El presente artículo busca centrarse en la revisión alrededor del tema “drogas y educación”. Aunque muchos son las naciones que han investigado acerca de esta temática, como apuesta metodológica solo fueron tomadas aquellas investigaciones realizadas en países involucrados directamente en la lucha antidrogas, ya sea desde la oferta (países latinoamericanos) y desde el lado de la demanda (España y Estados Unidos). Tomando en cuenta este criterio de delimitación de las investigaciones, se procedió a organizarlas según su naturaleza, en cuanto si eran de orden teórico, o de trabajo de campo. Ahora bien, la finalidad de esta revisión bibliográfica es, en un primer momento, hacer una descripción de cada una de las investigaciones realizadas, para posteriormente efectuar un análisis crítico, en el que se incluye el hecho de que todas las investigaciones parten de conceptos como: drogas y prevención, como si fueran estos mismos incuestionables.

Palabras Claves:

Educación; drogas; prevención; factores de protección y de riesgo.

¹ Artículo de investigación derivado de la tesis doctoral “Drogas y educación en Colombia: una mirada desde la perspectiva crítica y genealógica”, elaborada en el marco del Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales–Cinde.

* Licenciado en Filosofía y Letras, Magíster en Culturas y Drogas. Estudiante del Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud (Universidad de Manizales–Cinde). Docente de la Universidad de la Amazonia (Florencia – Colombia). Correo electrónico: nenlosa@hotmail.com

** Doctor en Educación. Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Especialista en Educación Personalizada. Especialista en Gestión Pública. Licenciado en Filosofía y Letras. Coordinador Académico y Docente Investigador del Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde. Correo electrónico: coor.doctorado@cinde.org.co



Abstract

This article pretends to focus on the review on the theme “drugs and education.” Although, there are many countries that have researched about this subject, as a methodological approach, were only considered those investigations in countries directly involved in the war against drugs, either from countries which are traditionally called suppliers (Latin American countries) or / and from the side of countries which are demanding it (Spain and the United States). Taking into account this criterion limiting the scope of the investigations proceeded to organize the same, according to their nature, as if they were of a theoretical nature, or fieldwork. However, the purpose of this review was initially to provide a description of each of the investigations, to later make a critical analysis; as questioning the fact that all investigations are based on relevant concepts such as drugs and prevention.

Keywords:

Education; drugs; literature review; prevention; protective factors and risk.

Introducción

La guerra contra las drogas, desde su inicio, estuvo enmarcada en la perspectiva de la oferta. Ello se puede constatar en la normatividad internacional antidrogas liderada por los Estados Unidos y la ONU, que desde el siglo XX, con la primera convención de La Haya de 1912, y con la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, la cual es enmendada en 1972, tuvo un componente más policivo. Esto, bajo el liderazgo de organismos internacionales como la Comisión de Estupefacientes, en lo que respecta a drogas ilícitas, y la Organización Mundial de la Salud, en lo pertinente a las drogas ilícitas y lícitas (alcohol, tabaco y medicamentos). No obstante, conforme fue pasando el tiempo, el consumo de las drogas se hizo aún más generalizado dentro la población (Unesco, 1987).

De este modo, solo hasta los años 70 se evidencia que esta guerra, para ser ganada, ha de tener presente su otra cara de la realidad: la demanda; razón por la cual, los Estados firmantes de los tratados y convenciones internacionales sobre estupefacientes, además de llevar a cabo estrategias policivas y judiciales frente al fenómeno de las drogas por el lado de la oferta, se ocupan también de diseñar, respecto de la demanda, estrategias y políticas de prevención.

Se encomendó a la Unesco llevar a cabo dicha tarea, toda vez que tal labor está familiarizada con los campos de la educación, de las ciencias naturales y sociales, de la cultura y la comunicación (Unesco, 1987); por lo cual, en 1972 “la conferencia general de este organismo aprobó un programa de acción y de investigación para la prevención de uso de drogas por medio de la educación, de actividades sociológicas y de los grandes medios de información” (Howard Nowlis, 1975).

La UNESCO (1971, 1972, 1973, 1976, y 1987) desarrolla las primeras investigaciones alrededor del tema “drogas y educación”, hasta lograr interés también del ámbito académico (Calafat, Amengual, Mejías, y Borrás, 1989; Velloso, 1989; Vega, 1980, 1981, 1988; Sweden, 1987).

Metodología

Para efectos del presente artículo, se tomaron en cuenta dos criterios: i) el contexto, que lleva a incluir las investigaciones realizadas en Latinoamérica, España y Estados Unidos, regiones que han estado más involucradas en la lucha contra las drogas, al menos en occidente; Latinoamérica más desde la orilla de la oferta; en tanto Estados Unidos en conjunto con el País Vasco, desde la demanda; y ii) la intencionalidad de las investigaciones, lo que llevó a considerar aquellas producto de reflexión en torno al deber ser de la educación en relación con las drogas (en el ámbito de la educación infantil y secundaria, no universitaria), clasificadas o categorizadas *de orden teórico*, y otras que mediante trabajo de campo han pretendido conocer o comprender estas interacciones entre drogas y educación, categorizadas como *investigaciones de orden empírico*. Las fuentes de información fueron esencialmente revistas, libros, páginas gubernamentales y bases de datos: Dialnet, Resch, Eric y Scopus.

Investigaciones de orden teórico

Calvo et al. (2003) afirman que capacitar a las personas para hacer elecciones acertadas en sus estilos de vida constituye una estrategia fundamental, y en ello, la educación para la salud juega un papel preponderante, en tanto ayuda a formar a las personas (estudiantes o jóvenes) en habilidades cognitivas, y socio-afectivas que les permitan decidir de forma correcta frente a situaciones que pongan en riesgo su integridad física o psicológica.

Este tipo de prevención alude a un enfoque de la salud, en el que la disminución del consumo se puede lograr si existe un control de factores de riesgo en términos de promoción de salud y prevención de enfermedades (Calvo et al., 2003).

Calafat y Amangual (1999) aluden a que la mejor manera de hacerle frente a la problemática de las drogas en los jóvenes es a través de la educación desde la perspectiva de la salud; en la cual el ser humano tendría un deber moral consigo mismo y frente a los demás, en cuanto preservar su salud. Como dice Vega (2006), no podrá existir una sociedad saludable, si no se dan respuestas preventivas y terapéuticas adecuadas a la cuestión de las drogas en toda su amplitud. Se da a entender que no solo es pensar en la salud individual por parte de quien consume drogas -ya sean estas de tipo legal o ilegal-, sino también en la salud de la sociedad, considerándose por ende, el consumo de drogas como un problema de salud pública.

Otros autores (Ferrando y Canal, 2004; García y Sánchez, 2005, 2008; García, Saéz y Escarbajal, 2000; Serrano, 2002; Soto, 2001; Perea, 2009) señalan que la prevención desde el enfoque de la educación para la salud, tiene como fin prevenir, identificar y controlar factores de riesgo, frente a factores de protección que se buscaría reforzar.

El análisis del fenómeno de las drogas desde la *educación para la salud*, muestra como elemento clave la prevención, teniendo en cuenta que se puede dar en dos ámbitos: universal y específico. El primero dirigido a la población general, en tanto el segundo se orienta a casos específicos de personas de alto riesgo de caer en el abuso de drogas, o aquellos que ya lo hacen, para evitar que sigan consumiendo drogas de forma abusiva. Es en este sentido, como lo mencionan Taylor & Adelman (2003), que independientemente del ámbito en el cual se aborde la prevención, debe ser comprendida en términos de evitar y/o detener una enfermedad. “La prevención debe ser, como en el caso de otras enfermedades, primaria (evitar la aparición de nuevos casos), secundaria (diagnóstico temprano para dar atención oportuna) y terciaria (tratamiento especializado y reinserción social)” (Velasco, 2005, p. 26).

Esto implica que el fenómeno de las drogas, incluyendo el alcohol, será abordado en términos de la dualidad enfermedad-salud, y por tanto, el uso o abuso problemático de una droga es enfermedad, y el consumidor un enfermo dependiente que ha de ser tratado médicamente.

La prevención de la enfermedad va en consonancia con los factores de riesgo y factores de protección en el momento de presentarse el consumo de drogas. (Anderson, Towvim, Repetti, Carney & Blaber, 2003; Asociación de técnicos para el desarrollo de programas sociales (Ades), 2004; Becoña, 1999; Clayton, 1992; Laespada, Iraurgi, Arostegi, 2004; Mora, 2005).

En este marco de reflexiones, el abuso de drogas, desde la perspectiva de la salud, es una enfermedad que se debe evitar, y el remedio es la educación. En este sentido, la educación debe cumplir el papel de liberar de la enfermedad, siendo de esta forma una educación preventiva.

Sin embargo, no solo debe verse como una educación para la salud, sino también con la finalidad de desarrollar habilidades para la vida (Epstein, Bang y Botvin, 2007; Epstein, Zhou, Bang y Botvin, 2007; Faggiano et al., 2008; Hecht, Graham y Elek, 2006; López-Torrecillas Peralta, Muñoz-Rivas, y Godoy, 2003; Nichols, Graber, Brooks-Gun & Botvin, 2006; Seal, 2006).

Vega (2006) advierte que la educación tendría como meta desarrollar habilidades para la vida, que permitan lograr en los jóvenes una existencia saludable. Por eso, apegándose a lo que menciona la Comisión Internacional para la Educación en el Siglo XX, presidida por Delors (1996), “aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a convivir. Son las metas básicas de la acción educativa en general y, por esta razón, los objetivos prioritarios de la educación sobre las drogas” (como se citó en Vega, 2006, p. 4).

Fernández Hernández, Fresnillo Poza, G., Fresnillo Poza, L., Robledo de Dios, y Poza Fresnillo, (1999) señalan que:

El sistema educativo contempla la educación integral de la persona a través del desarrollo de habilidades, valores y actitudes que permitan dotar al alumno de las herramientas adecuadas para la toma de decisiones sobre su salud y la de los que lo rodean (p. 5).

Martínez, Pérez y Renero (2003) están de acuerdo en que para enfrentar la problemática de las drogas en los adolescentes, es necesario ayudarlos a desarrollar no solo actitudes y habilidades sociales, sino también cognitivas, que les permitan actuar de forma autónoma y asertiva.

Vega (2003) plantea que se han diseñado muchos planes y programas preventivos en torno a las drogas, y pese a estos esfuerzos se pregunta si realmente han servido. Se esperaría que de hecho haya disminuido el consumo y, por ende, que los planes y campañas de prevención hayan sido eficaces; no obstante, cuando Vega va a la realidad a confirmar este tipo de hipótesis, a partir de los datos recogidos en la encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en España (Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) 2002), comprueba lo contrario, en la medida que el consumo de cocaína, cannabis y éxtasis aumenta en esos dos últimos años (2002 y 2003).

Plantea, entonces, que no basta con que existan buenas iniciativas de programas y planes de prevención, y que estos mismos sean llevados a la práctica, si no son evaluados en cuanto a su eficacia. Es decir, dentro del contexto escolar, además de proponerse campañas de prevención, estas deben ser evaluadas, con el fin de que la comunidad educativa, especialmente los maestros, estén constantemente reflexionando sobre su quehacer preventivo. Desde esta mirada, el fracaso de los programas no recae en su planteamiento y objetivos, sino precisamente en su evaluación y seguimiento.

Vega (2004) alude también al tema de la educación sobre las drogas en relación con los medios de comunicación masiva. Resalta la influencia que han tenido frente al consumo de drogas en la sociedad, especialmente en mujeres, niños, y jóvenes, al ser esta población altamente susceptible de aceptar lo que ofrecen las propagandas y avisos publicitarios.

De cara a esta realidad, la educación y los docentes cobran importancia; por un lado deben contribuir a que la sociedad en general, especialmente los niños y jóvenes, estén bien informados en torno a las drogas, en contraste con la desinformación y la poca objetividad con la que los medios de comunicación incitan a consumirlas sin advertirles sobre las verdaderas consecuencias que puede traer para la salud del consumidor el consumo abusivo de drogas como el alcohol y tabaco; y por el otro, deben ayudar a que los jóvenes y niños se formen críticamente, es decir, a que sean sujetos capaces de analizar la realidad que los rodea y como los medios de comunicación la configuran; lo que implica formar sujetos libres, que piensen por sí mismos, y no sometidos a lo que digan los medios.

Saldarriaga (2001), por su parte frente al tema de educación y drogas, hace una invitación a proponer una nueva forma de abordar y comprender la relación educación y drogas, tomando como punto de partida la teoría de sistemas, en la que la realidad de las drogas debe ser analizada como un sistema complejo que incluya las drogas, los sujetos, su contexto sociocultural y otros elementos inherentes al consumo.

Investigaciones de orden empírico

En lo que tiene que ver con el tema de prevención y factores protectores, García J. y Carvalho Ferriani (2008) realizaron un estudio de corte descriptivo y exploratorio, en el que señalan que la escuela en vez de ser un *factor protector* como se espera que sea, es un *factor de riesgo*, en la medida que algunos docentes de la institución objeto de estudio llegan en ocasiones con síntomas de haber tomado el día anterior, e incluso fuman dentro de la misma; lo cual no es un buen ejemplo para los jóvenes estudiantes.

Por su parte, Ávila, Ferriani y Nakano (2005) llevaron a cabo un estudio de corte cuantitativo-descriptivo, en el que lograron evidenciar que el accionar de los maestros está focalizado a los factores protectores de índole institucional y sociocultural, de manera general e indirecta, en los que un alto porcentaje de las actividades desarrolladas se refieren a: fomento de hábitos saludables, clima escolar, recreación, fortalecimiento e integración grupal, interacción y participación en las instituciones y sociedad, entre las principales.

Otro estudio relacionado con este tema de factores protectores y de riesgo es el de Moreira, Lemos Vóvio, & De Micheli. (2015), en el que aplicando una metodología acción-participación, se determinó que los docentes no cuentan con las condiciones para llevar a cabo este tipo de trabajo, porque no tienen el apoyo suficiente de las instituciones, además, no están capacitados sobre el tema, entre otros aspectos, que convierten su trabajo en un factor de riesgo en la medida que los estudiantes no contarían con la educación y las condiciones idóneas para recibir este tipo de prevención.

En lo pertinente a los estudios del desarrollo de habilidades, Claro (2014), mediante una encuesta a 235 estudiantes, recogió la percepción que tienen los adolescentes acerca de sus docentes en el rol de promotores de conductas de prevención de adicciones, en la que destacaron la enseñanza en valores y habilidades que les pueden servir para su proyecto de vida, trascendiendo de este modo la disciplina curricular de las materias, para otorgarle sentido a los aprendizajes y competencias educativas.

Al respecto, Botvin et al. (2000) pretenden comprobar la eficacia que tienen a lo largo del tiempo los programas de prevención de drogas de uso ilícito basados en el desarrollo de habilidades para la vida, que se orientan en las escuelas del estado de Nueva York (E.E.U.U); de los que evidencian la efectividad, tomando en consideración que el consumo de drogas de uso ilícito de otras personas que no estaban dentro del programa, es alto.

Por su parte, Pérez de la Barrera (2012) realizó un estudio transversal, cuya pretensión fue validar siete escalas de habilidades para la vida que sirvieran para identificar diferencias entre ellas, en jóvenes estudiantes no consumidores y consumidores de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables. Los resultados mostraron que los estudiantes no consumidores de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables obtuvieron puntajes más altos en las habilidades de empatía, planeación del futuro y resistencia a la presión, a diferencia de los consumidores. Por tanto, según el autor y con base en estos hallazgos, se identifica la necesidad de desarrollar programas de prevención de adicciones para estudiantes adolescentes, basados en un enfoque de habilidades para la vida.

Ahora bien, en lo que respecta a las investigaciones sobre programas de prevención, Segovia y Carvalho (2011) realizaron un estudio cualitativo, con el fin de conocer la percepción de los directivos de las instituciones escolares en cuanto a la disponibilidad de los espacios físicos y psicológicos en el ámbito escolar, relacionados con la prevención del consumo de drogas en los jóvenes escolarizados. Los autores concluyen que los directivos, en su mayoría, afirman la responsabilidad de la escuela en la implementación de un programa de prevención de la drogodependencia, al igual que destacan la importancia de contar con especialistas en el tema.

Aragón, Pastore y Alfonso (2014) pretendieron reformular un programa psicoeducativo de concientización sobre adicciones. Pare ello, entonces propusieron lo siguiente: 1) la información provista a los participantes debe ser focalizada y no excesiva, 2) las drogas de iniciación (alcohol, tabaco y marihuana) son temáticas necesarias, aunque no suficientes, para un cuarto año de la educación secundaria, 3) es recomendable evitar la exposición lineal de los contenidos y fomentar una dinámica participativa, y 4) la exposición de los aspectos biológicos debe ser articulada con los contenidos abordados en clase por cada nivel.

Finalmente, en lo pertinente a este tema de los programas de prevención, Mariño y Cendales (2000) adelantaron una investigación de sistematización de experiencias en torno a lo realizado por maestros, en el marco del proyecto o programa de prevención "Red de formación de educadores para la prevención del uso indebido de drogas" -propuesto por el Ministerio de Educación desde el año 1996-. Lo importante de esta investigación

no consistió tanto en efectuar un tipo de evaluación sobre el fracaso o el éxito de estas experiencias, sino más bien en realizar una evaluación iluminativa que permitiera a los implicados mejorar o transformar este tipo de prácticas y experiencias, según las particularidades de cada contexto en que estas mismas son llevadas a cabo.

Discusión

Para el caso de las investigaciones relacionadas por países, en Estados Unidos se destacan las de Botvin (1995, 2000, 2005); las cuales, sustentadas desde bases teóricas y experimentales, hablan sobre la eficacia de los programas de prevención en las escuelas basados en el desarrollo de habilidades. En cuanto a los países de habla hispana, se destaca España, no solo por su gran volumen de literatura sobre el tema, sino también por quienes la han producido: Becoña, Vega, Calafat, entre otros, considerados en el ámbito español e internacional como autoridades y expertos en la materia, y reconocidos por su gran trayectoria académica e investigativa, que data de los años 80, periodo en el cual se comienzan a escribir y a publicar las primeras investigaciones en Europa y España alrededor de este campo.

En cuanto a las investigaciones de los países Latinoamericanos, Colombia es donde menos se ha publicado con respecto a la temática, pues, si bien es cierto que se ha adelantado un gran número de investigaciones en torno al narcotráfico y a la oferta de las drogas en el país (Camacho, 1988; Krauthausen y Sarmiento, 1991; López, 2007; Losada, 2015; Molano, 1996; Rocha, 1997, 2000; Thoumi, 2002; entre otras) y otras relacionadas con la demanda, es decir, el consumo y su prevención (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2014; Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, y Observatorio de Drogas de Colombia, 2013; Pérez Gómez, 2010, 2015; Pérez, Mejía y Becoña, 2015; entre otras), muy pocas están relacionadas con las “drogas y la educación”, es decir, con la prevención desde el ámbito educativo, concretamente, con lo concierne a las instituciones escolares. El hecho se evidenció en la revisión bibliográfica, en donde las pocas investigaciones reportadas en esta dirección son la de Saldarriaga (2001) y Mariño y Cendales (2000).

Conclusiones

Cuando se habla de prevención, en este caso referente a las drogas, se puede concluir que es un campo muy amplio, en la medida en que se hace mención desde varios frentes: prevención y medios de comunicación, prevención y niñez, prevención en jóvenes y adolescentes, prevención desde el deporte y recreación, prevención y ámbitos comunitarios, prevención en estudiantes de secundaria y universitarios. Es ineludible que si encerramos todos ellos en el tema “drogas y educación”, cabrían, pues la educación entendida en este caso como prevención, encierra toda acción encaminada a contrarrestar este fenómeno desde diferentes ámbitos (familia, comunidad, trabajo, medios de comunicación y escuela) y desde diferentes grupos etarios (niñez, juventud y adultez). Sin embargo, en este caso, lo que interesa abordar como tema de indagación es la “educación y las drogas” desde el ámbito escolar, más específicamente, la educación secundaria, ya que también podría ser abordado desde el campo universitario, en el que se han hecho una serie de investigaciones (Velásquez, 2012; Programa Anti-Drogas Ilícitas de la Comunidad Andina (PRADICAN), 2013; Pontificia Universidad Javeriana, 2013, entre otras).

Independientemente del ámbito teórico o empírico, de habla hispana o inglés, o del contexto de Latinoamérica, España y/o Estados Unidos, en todas las investigaciones registradas sobre el tema “educación y drogas” desde el ámbito escolar (secundaria), se encuentran los siguientes elementos en común:

1) Implícita o explícitamente se enmarcan dentro del discurso médico, al considerar de un lado, que esto no es solo un problema del individuo (en este caso del joven-estudiante), sino de la sociedad y, por tanto, de salud pública; y de otro, dejar entrever que el consumo de las drogas es un problema que debe ser abordado y analizado en términos de salud-enfermedad.

Por ello la prevención, término clave dentro del discurso de la salud, y utilizado a su vez en el campo de la educación, sugiere la idea de que al joven estudiante hay que alejarlo del consumo de drogas, con el fin de proteger su salud. No es coincidencia, entonces, escuchar de forma directa -o en algunas de estas investigaciones, de forma indirecta- la idea de la *educación para la salud*.

2) Al abordar el problema del consumo de drogas, hay que tener en cuenta que en esta dinámica interactúan los factores de protección y de riesgo (Clayton, 1992), los cuales dependiendo de su grado de influencia en un sujeto determinado (joven estudiante), pueden conllevar a que éste consuma drogas o no.

3) Con el fin de promover los factores de protección, se busca mediante la educación, potenciar el desarrollo de habilidades en los jóvenes.

4) Existen principalmente cuatro modelos teóricos desde los cuales se explica el consumo de drogas (Barriga, 1986; Calbrese, 1997; Howard Nowlis, 1975; Pastor y Larrote, 1993): el ético jurídico-tradicional, el médico o sanitario, el psicosocial y el sociocultural. Sin embargo, se encuentran otros más complejos y multidimensionales que reúnen varios de estos elementos en un solo modelo (Saccone y Ryan, 2010; Touzé, 2005). En esta aproximación, las investigaciones referidas explican el consumo de drogas, reconociendo que elementos como las mismas drogas, el sujeto y el contexto socio-cultural confluyen dentro de la dinámica; toman el modelo de la salud y partiendo del supuesto de que el consumir drogas es una enfermedad que se debe prevenir desde la educación, se pretende salvaguardar la salud de los jóvenes estudiantes; y teniendo en cuenta los modelos psicosocial y sociocultural de forma conjunta, explican los factores microsociales y macrosociales que pueden influir para que el sujeto consuma o no drogas (factores protectores y/o factores de riesgo).

Además, otro elemento en común de las investigaciones es el creer que en realidad las drogas son un problema, y que la educación es una salida para superarlo; lo cual las conduce a encontrar una verdad, que les permita decir hacia dónde se debe ir o qué se debe hacer en términos educativos para ayudar a resolver el problema del consumo de drogas, especialmente, en los jóvenes.

En cuanto a las diferencias entre las investigaciones, son evidentes las ya señaladas, unas de orden teórico (basadas en reflexiones, experiencias y sustentadas en otros autores, para dar cuenta del tema drogas y educación), y otras de orden empírico (a partir de trabajo de campo). En estas últimas, se presentan divergencias en torno al tipo de estudio, pues las hay de corte cualitativo (Anderson et al., 2003; Moreira et al., 2015) y de corte cuantitativo (Pérez de la Barrera, 2012; Claro, 2014; Botvin, 2000; García J. y Carvalho Ferriani, 2008).

Referencias

Anderson, K., Towvim, L., Repetti, J., Carney, N. & Blaber, C. (2003). Substance Abuse Prevention: Snapshots from the Safe Schools/Healthy Students Initiative. Education Development Center, Inc. Recuperado de http://www.promoteprevent.org/sites/www.promoteprevent.org/files/resources/substance_abuse_prevention_compliant.pdf

- Aragón, A., Pastore, M. A., y Alfonso, G. (2014). Reformulación de un programa psicoeducativo sobre drogas de iniciación dirigido a estudiantes de una escuela secundaria pública de Rosario (Argentina). En: VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI. Jornadas de Investigación. Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-035/239>
- Asociación de técnicos para el desarrollo de programas sociales (Ades). (2004). *Guía práctica para una prevención eficaz*. Madrid: Ministerio de Interior.
- Ávila, G. E., Ferriani, M. D. G. C., y Nakano, A. M. S. (2005). Factores protectores sobre el consumo de alcohol que promueven las maestras de pre-escolares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 778-783. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea03.pdf> Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000700003>
- Barriga, S. (1986). Implicaciones sociales de la droga. En J. León-Carrión (Ed.), *Bases para la prevención de las drogodependencias* (pp. 81-103). Sevilla: Alfar.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3(3), 333-356.
- Botvin, G. (2000). Prevenir el consumo de drogas en las escuelas. *Addictive Behaviors*, 25(6), 887-897. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00119-2](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00119-2)
- Botvin, G. (2005). *Like skills training spanish parent guide*. Washington: Princeton Health Press.
- Botvin, G., Griffin, K. W., Diaz, T., Scheier, L. M., Williams, C., & Epstein, J. A. (2000). Preventing illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive Behaviors*, 25(5), 769-774. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(99\)00050-7](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(99)00050-7)
- Calafat, A., y Amengual, M. (1999). *Actuar es posible. Educación sobre el alcohol*. España: Ministerio del Interior.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G. y Borrás, M. (1989). Consumo de drogas en enseñanza media. Comparación entre 1981 y 1988. *Revista Española de Drogodependencias*, 14(1), 9-29.
- Calbrese, A. (1997). Una visión actual sobre los modelos preventivos. *Serie de Publicaciones Técnicas de FAT*, (20), 1-48.

- Calvo, J., et al. (2003). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida: El ejemplo del tabaquismo*. Recuperado de <http://www.fgcasal.org/aes/docs/Calvo.pdf>
- Camacho, A. (1988). *Droga y sociedad en Colombia: el poder y el estigma*. Cali: Universidad del Valle, CIDSE.
- Claro, P. L. (2014). *Prevención de adicciones: el docente como educador en la promoción de habilidades preventivas en adolescentes que cursan el ciclo orientado*. [Tesis de Licenciatura en Psicopedagogía] Universidad Católica Argentina, Facultad Teresa de Ávila, Departamento de Humanidades. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/prevencion-adicciones-docente.pdf>.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens. (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Epstein, A., Bang, H., & Botvin, G. (2007). Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use among inner-city adolescents? *Addictive Behaviors*, 32, 700-713. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.06.011>
- Epstein, J., Zhou, X., Bang, H., & Botvin, G. (2007). Do Competence Skills Moderate the Impact of Social Influences to Drink and Perceived Social Benefits of Drinking on Alcohol Use Among Inner-City Adolescents? *Preventive Science*, 8, 65-73. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11121-006-0054-1>
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 3, 1-12. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.11.012>
- Fernández Hernández C., Fresnillo Poza, G., Fresnillo Poza, L., Robledo de Dios, T. y Poza Fresnillo, A. (1999). *Prevención del consumo de alcohol y tabaco. Guía didáctica para el profesorado de primer ciclo de ESO*. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Educación y Cultura de España.
- Ferrando, D. y Canal, D. (2004). El profesional de enfermería y la educación para la salud en prevención de drogas en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 29(1-2), 149-157. Recuperado de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v29n1-2_14.pdf
- García J, M. C., & Carvalho Ferriani, M. G. (2008). School as a “protective factor” against drugs: perceptions of adolescents and teachers. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 16, 523-528.
- García, A. y Sánchez, A. M. (2005). *Drogas, sociedad y educación*. Murcia: Universidad de Murcia. Servicio de Publicaciones.

- García, A. y Sánchez, A. M. (2008). Prevención del abuso de drogas y promoción de la salud en los jóvenes. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 14, 117-130. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2431/243117031008.pdf>
- García, A., Saéz, J. y Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- Hecht, M. L., Graham, J. W., & Elek, E. (2006). The drug resistance strategies intervention: program effects on substance use. *Health Community*, 20, 267-276. Doi: https://doi.org/10.1207/s15327027hc2003_6
- Howard Nowlis, H. (1975). *Drugs demystified : drug education*. Washington: Unesco.
- Krauthausen, C. y Sarmiento, L. F. (1991). *Cocaína & Co. Un Mercado ilegal por dentro*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Laespada, M. T., Iraurgi, I. y Arostegi, E. (2004). Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. Madrid: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf
- López Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M. J. y Godoy, J. F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15(2), 127-136. Doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.436>
- López, A. (2007). Costos del combate a la producción, comercialización y consumo de drogas y a la violencia generada por el narcotráfico. En F. Thoumi (Comps.), *Drogas ilícitas en Colombia, su impacto económico, político y social* (pp. 409-430). Bogotá: PNUD-DNE-Planeta.
- Losada, N. (2015). *Mercado de la coca-cocaína y conflicto armado colombiano: 1998-2002*. Madrid, España: Editorial Académica Española.
- Mariño, G. y Cendales, L. (2000). *Prevención del uso indebido de drogas. Sistematización de experiencias realizadas en colegios de Colombia*. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional.
- Martínez, F., Pérez, E., y Renero, M. (2003). *Nexus. Programa para la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Asociación Deporte y Vida. Martín de los Heros.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2014). *El problema de las drogas en Colombia. Acciones y resultados 2011-2013* (Observatorio de Drogas de Colombia.). Bogotá D.C.: Observatorio de Drogas de Colombia.

- Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, y Observatorio de Drogas de Colombia. (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013*. Bogotá DC: Unodc.
- Molano, A. (1996). *Selva Adentro, una historia oral de la colonización del Guaviare*. Bogotá: El Áncora.
- Mora, C., (2005). *Factores protectores en la prevención de consumo de drogas en adolescentes en riesgo* [Tesis de grado licenciada en trabajo social]. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José de Costa Rica. Recuperado de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Tesis_Digitales/factoresprotectores.pdf
- Moreira, A., Lemos Vóvio, C., & De Micheli, D. (2015). Prevenção ao consumo abusivo de drogas na escola: desafios e possibilidades para a atuação do educador. *Educação e Pesquisa*, 41(1), 119-135. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022015011670>
- Nichols, T., Graber, J., Brooks-Gun, J., & Botvin, G. (2006). Ways to say no: Refusal skills strategies among urban adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 30, 227-236. Doi: <https://doi.org/10.5993/AJHB.30.3.1>
- Pastor, J., y Larrote, M. J. (1993). Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: Una propuesta de clasificación. *Revista Anales de Psicología*, 9(1), 19-30.
- Perea, R. (2009). *Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Pérez Gómez, A. (2010). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia*. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio del Interior y de Justicia y Dirección Nacional de Estupefacientes.
- Pérez Gómez, A. (2015). Políticas y estrategias de reducción de la demanda de drogas en Colombia: análisis y recomendaciones. En: Comisión asesora en Política de Drogas, *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia* (pp. 69-88). Bogotá, Colombia: Ministerio de Justicia.
- Pérez, A., Mejía, J. y Becoña, E. (2015). *De la prevención y otras historias*. Bogotá: Corporación Nuevos Rumbos.
- Pérez de la Barrera, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Revista Adicciones*, 24(2), 153-160. Doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.108>
- Programa Anti-Drogas Ilícitas de la Comunidad Andina (PRADICAN). (2013). *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Colombia, 2012*. Perú: Biblioteca Nacional del Perú.

- Pontificia Universidad Javeriana. (2013). Lineamientos para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), en universitarios. Bogotá: Editorial Universidad Javeriana.
- Rocha, R. (1997). Aspectos económicos de las drogas ilegales. En F. Thoumi (Comps.), *Drogas ilícitas en Colombia, su impacto económico, político y social*. Bogotá: PNUD-DNE-Planeta.
- Rocha, R. (2000). *La economía colombiana tras 25 años de narcotráfico*. Bogotá: Siglo del Hombre-UNDCP.
- Saccone, I. y Ryan, S. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas, desde el lugar del adulto en la comunidad educativa. Programa Nacional de Prevención de las Adicciones y el Consumo Problemático de Drogas*. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.
- Saldarriaga, J. (2001). Drogas, escuela y formación. Programa de educación cultura ciudadana corporación región, ONG –Medellín. *Revista educación XXI*, 4, 189-199. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/706/70600409.pdf>
- Seal, N. (2006). Preventing tobacco and drug use among Thai high school students through life skills training. *Nursing & Health Sciences*, 8, 164-8. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2006.00275.x>
- Segovia, N. S., & Carvalho, M. F. (2011). Los espacios escolares para la prevención de la drogodependencia: concepción de directivas de escuelas secundarias. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19, 782-788. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/16.pdf> Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700016>
- Serrano, M. I. (2002). *La educación para la salud del siglo XXI comunicación y salud* (2ª ed.). Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Soto, J. (Coord.) (2001). *Prevención en drogas*. Vigo: Asetil, Educación de Calle.
- Sweden. (1987). *National Swedish Board of Health and Welfare, Alcohol and Narcotics Preventive Measures in Sweden*. Estocolmo: N.S.B.H.W.
- Taylor, L. & Adelman, H. S. (2003). Creating School and Community Partnerships for Substance Abuse Prevention Programs. *The Journal of Primary Prevention*, 23(3), 329-369. Doi <https://doi.org/10.1023/A:1021345808902>
- Thoumi, E. (2002). *El imperio de la droga: Narcotráfico, economía y sociedad en los andes*. Bogotá: IEPRI y Editorial Planeta.
- Touzé, G. (2005). *Prevención de adicciones. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Troquel.
- Unesco. (1971). *Consultation on Planning for Health Education in Schools*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0000/000001/000100eb.pdf>.

- Unesco. (1972). *Meeting on Education in More-developed Countries to Prevent Drug Abuse*. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/es/education/resources/online-materials/publications/>.
- Unesco. (1973). Reunión sobre la educación destinada a prevenir el abuso de estupefacientes especialmente en los países desarrollados. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/es/education/resources/online-materials/publications/>.
- Unesco. (1976). Problemas del uso de drogas y medidas de prevención y educación en América Latina y el Caribe. Recuperado de http://www.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=17009&set=0056B656B9_2_476&gp=1&lin=1&ll=s
- Unesco. (1987). *Educating against drug abuse*. Francia, Vendôme: Presses Universitaires de France. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0007/000739/073999eo.pdf>.
- Vega, A. (1980). ¿Es posible una educación eficaz sobre las drogas? Infancia y Aprendizaje. *Journal for the Study of Education and Development*, 11, 23-35.
- Vega, A. (1981). *¿Las drogas un problema educativo?* España: Editorial Cincel.
- Vega, A. (1988). La educación escolar sobre drogas en España. *Revista Enseñanza*, 6, 241-248.
- Vega, A. (2003). Prevención sobre drogas. Repensar la educación sobre drogas para una nueva prevención. *Revista española de drogodependencias*, 28(1-2), 7-23.
- Vega, A. (2004). Las drogas y los medios de comunicación: ¿prohibir o domesticar? Apuntes para una nueva enseñanza-aprendizaje. *Enseñanza*, 22, 369-389.
- Vega, A. (2006). *Los padres y madres ante las drogas en la adolescencia: propuestas educativas*. Madrid: CEAPA, Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos.
- Velasco, R. (2005). *La escuela ante las drogas*. México: Secretaría de Educación y Cultura del Gobierno del Estado de Veracruz.
- Velásquez, A. (2012). *Equilibra tu vida*. Propuesta comunicativa de trabajo en prevención de consumo de sustancias psicoactivas desde las habilidades para la vida y artes circenses con población universitaria. Santiago de Cali, Colombia: DigiCali Color. Recuperado de http://www.infopsicologica.com/documentos/2012/Equilibra_tu_Vida.pdf
- Velloso, A. (1989). *La prevención educativa de las toxicomanías en el Reino Unido*. Madrid: UNED.

La investigación sobre el uso de sustancias psicoactivas en la ciudad de Bogotá: entre 1985 y 2005

Research on the use of psychoactive substances in the city of Bogotá: from 1985 to 2005

Enviado: 7 de julio de 2016 / Aceptado: 19 de septiembre de 2016

Sonia Bibiana Rojas Wilches*

Forma de citar este artículo en APA:

Rojas Wilches, S. B. (2017). La investigación sobre el uso de sustancias psicoactivas en la ciudad de Bogotá: entre 1985 y 2005. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 84-97.
Doi: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2263>

Resumen

Este artículo de reflexión presenta los resultados del análisis de las investigaciones sobre el uso de sustancias psicoactivas (SPA), realizadas desde el campo de las ciencias sociales, entre 1985 y 2005 en la ciudad de Bogotá. Da cuenta de los enfoques teóricos y metodológicos a partir de los cuales se abordó el fenómeno en el periodo observado, así como de algunas tendencias o ejes temáticos (concepto de SPA, actores, formas de interacción, prácticas sociales, representaciones y contextos). El análisis de estos trabajos permitió reconocer los avances en el conocimiento sobre el tema, así como los vacíos dejados, abriendo la posibilidad de plantear nuevas preguntas de investigación.

Palabras clave:

Sustancias psicoactivas; Aspectos sociales y culturales del uso de sustancias psicoactivas; Discurso científico.

* Socióloga. Especialista en Educación, Cultura y Política. Candidata a Magíster en Estudios Culturales. Docente e investigadora del Programa de Sociología de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia-UNAD. Correo electrónico: sobirw@yahoo.es



Abstract

The intention of this article is presenting the analysis of the results of some research on the use of psychoactive substances (SPA), conducted between 1985 and 2005 in the Bogotá city, in the academic field of social sciences. The theoretical and methodological approaches were taking into account, from which the phenomenon was addressed in the period observed, as well as some trends or themes (SPA concept, actors, and forms of interaction, social practices, representations, and contexts). The analysis of these studies allowed us to recognize the advances in knowledge on the subject as well as the gaps left open the possibility of raising new research questions.

Keywords:

psychoactive substances; social and cultural aspects of the use of psychoactive substances; scientific discourse.

Introducción

A lo largo de la historia, el ser humano ha encontrado múltiples herramientas para modificar su estado habitual de conciencia, destacándose, entre otras, el uso de sustancias psicoactivas (SPA). En las sociedades tradicionales, este uso ha tenido lugar en contextos altamente formalizados, como fundamento de estructuración social, siendo el elemento básico de cultos religiosos y de prácticas curativas; en definitiva, ha sido fuente de cohesión y de procesos de educación y socialización.

Por su parte, en las sociedades occidentales, los avances científicos y técnicos han permitido trabajos de síntesis química de diferentes SPA, así como el diseño y descubrimiento de otras nuevas. Sin embargo, estas sustancias de nueva introducción no han estado sujetas a las limitaciones tradicionales, y su uso actual no se encuentra necesariamente vinculado a contextos religiosos, lo que ha permitido su ampliación a diferentes capas de la sociedad. Como consecuencia, surge un fenómeno que se ha venido convirtiendo en el centro las preocupaciones del Estado y de la sociedad civil: se trata del uso compulsivo de SPA.

Por tal razón, las sustancias psicoactivas devienen un fenómeno que genera controversia y debate, tanto en los ámbitos político e ideológico, como en el ético y el académico. Cada uno de estos espacios ha producido puntos de vista desde los que se construyen los diferentes saberes que existen hoy sobre las SPA, los cuales han sido agrupados por Ronderos (2000) en tres grandes tendencias discursivas: la prohibicionista, la preventiva y la científica.

El discurso prohibicionista surge en los países con altos índices de consumo como Estados Unidos, pero de manera vertiginosa se fue extrapolando a los países productores como Colombia.

Una concepción que orienta políticas intergubernamentales para exterminar la presencia “del mal” en la sociedad, (...) y se basa en estrategias interdictivas, policivas y militares para conseguir tal fin. (...) Por tanto, las diversas agencias estatales y sus representantes oficiales, de todos los niveles, están ubicados en esta tendencia (Ronderos, 2000, p. 37).

En seguida, se encuentra el discurso preventivo, el cual tiene en común con el anterior el hecho de ver el uso de SPA como el problema actual de la sociedad. Sin embargo, reconoce que este uso es una realidad, y busca principalmente la prevención y el tratamiento, pretendiendo reducir riesgos y efectos del mismo, sin buscar eliminarlo. Actualmente, este enfoque se basa en el concepto de drogodependencia, dentro del cual se tiende a concentrar todos los tipos de uso de sustancias (Ronderos, 2000).

Finalmente, el autor presenta el discurso científico como aquel que busca identificar, caracterizar, explicar, interpretar y comprender el fenómeno del uso de SPA como tema de conocimiento. Se fundamenta en la investigación y parte de un enfoque transdisciplinario en el análisis de las relaciones, causas y efectos socio-culturales, históricos y geopolíticos del consumo, de las características químicas, farmacológicas y botánicas de las sustancias, así como de los aspectos biológicos, genéticos y psíquicos de los seres humanos que las consumen (Ronderos, 2000). Este discurso se convierte en una amenaza para el discurso prohibicionista, debido a su papel crítico; en él se inscriben profesionales de las ciencias naturales y sociales, grupos y centros de investigación.

Este artículo se adscribe a este último discurso, y busca dar una mirada del conocimiento construido sobre el uso de SPA en la ciudad de Bogotá entre 1985 y el 2005, producto de la exploración de las investigaciones que, a partir del campo académico de las ciencias sociales, dan cuenta de los diversos enfoques teóricos, metodológicos y temáticos, desde los cuales se abordó el fenómeno en ese periodo de tiempo. La revisión de la literatura fue realizada en el año 2006, en el marco de un proceso de investigación sobre la construcción de territorios e identidades colectivas alrededor del uso de sustancias psicoactivas en la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

Si bien este artículo no recoge las investigaciones más recientes (los últimos 10 años), consideramos que puede ser un punto de partida para aquellos investigadores interesados en el tema, pues no existe ningún estado del arte que sistematice la producción investigativa sobre el uso de drogas en la ciudad de Bogotá, de manera que este trabajo puede constituirse en un primer intento y dar sustento a estados del arte más completos sobre el tema.

Metodología

Se hizo una búsqueda de las publicaciones en centros de investigación, bibliotecas y otras instituciones. Los lugares consultados fueron los siguientes: Biblioteca Luis Ángel Arango, Biblioteca Nacional, Biblioteca Virgilio Barco, CINEP, Unidad Coordinadora de Prevención Integral, Universidad Central, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Nacional de Colombia, Universidad de los Andes, Universidad Distrital Francisco José de Caldas.

Un primer barrido en los centros de documentación consultados permitió hacer un levantamiento de aproximadamente 44 referencias, entre artículos de revista, libros, informes de investigación y monografías de grado, que se convirtieron en el universo de la información base del análisis. Este proceso de selección permitió identificar inicialmente cuatro criterios para la clasificación de la información: acercamientos de tipo poblacional constituidos por estudios de prevalencia del consumo, acercamientos de tipo histórico sobre el uso de SPA, acercamientos de tipo reflexivo compuestos por trabajos de corte teórico o ensayístico que aportan otros elementos comprensivos sobre el tema a nivel crítico y/o político, y acercamientos de tipo científico, compuestos por investigaciones realizadas como tesis de grado en diferentes áreas de las ciencias sociales.

Así, de 44 documentos identificados inicialmente, solo se procesaron seis trabajos, que responden a los siguientes criterios temáticos y espacio-temporales: en términos temporales, se asumió como marco la década del 80 hasta el año 2005; en cuanto a lo espacial, se escogieron los textos referidos a lo producido sobre y en Bogotá; temáticamente el interés se centró en aquellos estudios que analizaron los aspectos sociales y culturales del uso de SPA, enmarcados en un contexto específico, alejándose de temas como la prevención y/o la cuestión netamente legal de dicho uso.

Los estudios que se analizaron son básicamente tesis de grado -en sociología, antropología, psicología, comunicación social, y pedagogía en ciencias sociales-, cuya importancia radica en que ofrecen un conocimiento de primera mano sobre variados aspectos del uso de SPA, rico en detalles y descripciones que pueden ser útiles al momento de generar desarrollos más elaborados sobre el tema.

Respecto a los enfoques o perspectivas teóricas que se emplearon para abordar el fenómeno, se hace evidente que cada uno de los autores intenta generar conocimiento desde el campo disciplinar al que pertenece y, por tanto, desde las teorías propias a cada una de estas disciplinas. En el caso de los trabajos realizados desde la psicología (Navarrete, 1998; Granados y Munive, 2001; Artunduaga, Cadena y Wilson, 2003), es común el principal referente teórico: el Construccinismo Social de Kenneth J. Gergen, para quien el conocimiento es una construcción colectiva. Esta teoría hace hincapié en la narración dentro del proceso social más amplio de generación del significado, en una aceptación de la indeterminación, la exploración generativa de una multiplicidad de significados y en la comprensión (Artunduaga et al., 2003).

Así, desde este discurso comprensivo de carácter constructivista, los jóvenes usuarios de éxtasis van a ser pensados con competencias para referirse en actitud objetivante a las entidades del mundo, es decir, principalmente, como sujetos de discurso. Los trabajos que abordan el tema desde la antropología (Mican de Francisco, 1988; Mora y Avendaño, 2004), se basan especialmente en el concepto de "cultura", generado desde la antro-

pología cultural de autores como Margareth Mead (Mican de Francisco, 1988), y más recientemente los aportes realizados por Carles Feixa sobre culturas juveniles (Mora y Avendaño, 2004). En un último trabajo (Alba, 1993), no se hace referencia explícita a alguna teoría social que sustente sus análisis.

En cuanto al procedimiento metodológico, cabe anotar que los seis trabajos se han realizado desde ópticas centradas en unos grupos específicos, enmarcados en contextos también específicos de análisis. Así, mientras unos se enfocan en los grupos juveniles asistentes a los “after party”, centrando el interés en el uso del éxtasis (Navarrete, 1998; Granados y Munive, 2001; Artunduaga et al., 2003), otros se centran en el uso de SPA por parte de jóvenes universitarios (Mican de Francisco, 1988; Alba, 1993) y, finalmente, en el uso de la marihuana en el ámbito urbano (Mora y Avendaño, 2004), siempre teniendo como referencia el contexto bogotano. Casi todos con un diseño cualitativo de investigación (Alba, 1993; Navarrete, 1998; Granados y Munive, 2001; Artunduaga et al., 2003; Mora y Avendaño, 2004) y haciendo uso de estrategias, técnicas e instrumentos propios de este enfoque, tales como: la entrevista informal y semiestructurada (Artunduaga et al., 2003; Mora y Avendaño, 2004), el grupo focal (Navarrete, 1998), el testimonio focalizado y la historia de vida (Mora y Avendaño, 2004).

Sin embargo, solo dos trabajos (Artunduaga et al., 2003; Mora y Avendaño, 2004), que además tienen en común ser de carácter etnográfico, evidencian una discusión frente a la pertinencia de las técnicas e instrumentos utilizados y su relación con la posición epistemológica que han asumido, con los referentes teóricos que han utilizado y, principalmente, con el objeto de análisis construido en sus trabajos. No ocurre lo mismo con las otras investigaciones, como tampoco se hacen explícitas las técnicas utilizadas para la sistematización y el análisis de la información; de hecho, algunas de las monografías (Mican de Francisco, 1988; Mora y Avendaño, 2004), arrojan más luces sobre el fenómeno del uso de SPA desde datos no sistematizados, obtenidos mediante su propia experiencia de contacto con los grupos y de entrevistas informales.

Por otra parte, en la revisión de estos trabajos, se ubicaron por lo menos seis lugares comunes a la pregunta por los aspectos socioculturales del uso de SPA, lugares que no responden propiamente a las categorías empleadas por los autores. Así, para efectos del análisis, se agrupó el producto de las investigaciones en los siguientes ejes temáticos: concepto de SPA, actores, formas de interacción, prácticas sociales, representaciones, y contextos.

Desarrollo

- **Concepto de SPA.** Son muy pocos los trabajos que hacen alusión directa a lo que los autores conciben como sustancias psicoactivas, concepto fundamental que cruza todos estos estudios. Por un lado, están aquellas definiciones que parten de las clasificaciones hechas desde el discurso médico-toxicológico y terapéutico, en el que son entendidas como todas aquellas sustancias que al ser introducidas en el organismo, afectan el sistema nervioso central, hasta lograr adicciones físicas, psíquicas y culturales (Mican de Francisco, 1988; Alba, 1993); en estos trabajos, el concepto se acercaría más al discurso preventivo, que ve todos los usos de SPA como patológicos y todas las sustancias, en sí mismas, con capacidad de generar dependencia.

Frente a esta posición, se encuentra aquella que se enfoca en elementos psicosociales como los valores personales, los cuales determinarían si el individuo consumirá, persistirá en el consumo, se convertirá en adicto o dejará de consumir drogas; a su vez, esos valores personales son definidos por la cultura (Mora y Avendaño, 2004); pero también el contexto social particular determina el tipo de drogas que se consumen, la forma como se consumen y el significado que se le otorga a ese consumo (Navarrete, 1998; Artunduaga et al., 2003).

En general, a nivel conceptual, se puede observar que la mayoría de los trabajos usa el término más generalizado: el de “drogas”, el cual, en algunas investigaciones aparece indistintamente utilizado y/o reemplazado por términos como alucinógenos, fármacos, estupefacientes o estimulantes, lo que muestra una confusión terminológica frente a estos conceptos. Sin embargo, en aquellos trabajos que se centran en una sustancia particular, como el caso del éxtasis (Navarrete, 1998; Granados y Munive, 2001; Artunduaga et al., 2003) y de la marihuana (Mora y Avendaño, 2004), los autores son claros al evidenciar la definición de estas sustancias, así como sus características químicas y biológicas, sus efectos sociales y sus usos culturales.

Lo anterior frente al conocimiento que manejan los autores sobre las SPA, pero también es importante destacar que algunos de estos estudios (Mican de Francisco, 1988; Navarrete, 1998; Artunduaga et al., 2003), evidencian además, la escasa información que los usuarios de SPA tienen sobre estas, sus características químicas y biológicas, así como los efectos secundarios que su abuso puede acarrear a largo plazo; y aunque los conozcan, como en el caso del éxtasis, se eximen de los posibles daños, pues existe la idea de que pequeñas dosis no serán letales y en caso de que lo sean, las sensaciones y la experiencia con la droga son mucho más valiosas (Artunduaga et al., 2003).

- **Actores.** Existe una marcada tendencia en estos trabajos a asociar el uso de SPA con un actor social específico: la juventud. De ahí que todos estos estudios tomen como sujetos de análisis a los jóvenes (Mican de Francisco, 1988; Alba, 1993; Navarrete, 1998; Granados y Munive, 2001) y/o cuestiones generacionales o culturales como las llamadas “culturas juveniles” (Artunduaga et al., 2004). Sin embargo, solamente en dos de los estudios se entra a problematizar este concepto (Artunduaga et al., 2003; Mora y Avendaño, 2004). Para los autores de estos trabajos, la juventud es entendida como una categoría histórico-cultural, socialmente construida, que responde a un tipo de sociedad, esto es, a unas características culturales, sociales, económicas, tecnológicas y políticas bien definidas. Pretenden analizar el uso de SPA en el marco de las culturas juveniles, que hacen referencia a la manera en que las experiencias de los jóvenes son expresadas colectivamente mediante la construcción de estilos de vida distintivos (Mora y Avendaño, 2004).

De manera que el uso de éxtasis (Artunduaga et al., 2003) o de marihuana (Mora y Avendaño, 2004) se consolida para estos autores como una práctica que permite la diferenciación de estos jóvenes principalmente -y en contradicción- con el mundo adulto. Es común a estos dos trabajos, el que categorías como culturas juveniles, tribus urbanas, subculturas, contraculturas y cultura *underground*, aparezcan juntas, paralelas, o reemplazándose mutuamente a lo largo de las investigaciones.

En general, los actores sujetos de estudio de estos seis trabajos, son jóvenes que interactúan a partir del uso de SPA en contextos particulares. Bien sea como jóvenes universitarios (Mican de Francisco, 1988; Alba, 1993), divididos a su vez en consumidores habituales, consumidores ocasionales, no consumidores, ex-consumidores y muy consumidores, en quienes el interés se centra en las imágenes que cada uno de estos grupos construye sobre los demás; como jóvenes de estratos altos asistentes a los after party (Navarrete, 1998; Granados y Munive, 2001; Artunduaga et al., 2003), en donde el uso de éxtasis está marcado por la condición de clase; o finalmente, como jóvenes consumidores de marihuana pertenecientes a sectores “marginales” de la ciudad (Mora y Avendaño, 2004); lo cierto es que estos estudios tienden a mostrar el uso de SPA como una práctica exclusiva de la juventud.

- **Formas de interacción.** Ya se anotó que para estos estudios la interacción que surge a partir del uso de SPA, se genera entre jóvenes por fuera del mundo adulto. Desde algunos trabajos, la juventud actual, vive en una época donde los agentes realizan una búsqueda, ya no desde el sentimiento de pertenencia brindado por el pasado, sino desde lo inmediato, desde el sentido dado por el presente y lo instantáneo (Granados y Munive, 2001; Artunduaga et al., 2003). Para estos estudios, dicho estilo de relación y de vida se encuentra también vinculado con el uso de sustancias psicoactivas, puesto que estas hacen parte de ese consumo rápido de objetos renovables, con los cuales se establecen relaciones efímeras entre los sujetos, espacios y momentos (Artunduaga et al., 2003; Mora y Avendaño, 2004). Otra característica de estas nuevas formas de relación a partir del uso de sustancias como el éxtasis, tiene que ver con un fuerte componente físico: la importancia del cuerpo como

medio para sentir y relacionarse, buscando un constante contacto físico y cercanía con el otro (Artunduaga et al., 2003). Así, el uso de éxtasis hace referencia a una experiencia de lo actual, material, sensual, de piel, es decir, a una vivencia del cuerpo, expresada en cada “aquí” y “ahora” (Granados y Munive, 2001).

Es común a estos estudios, el hecho de destacar cómo a partir de la interacción con usuarios de SPA, los jóvenes pueden iniciarse en este tipo de prácticas: en el caso del éxtasis, por ejemplo, siendo los pares quienes al relatar sus experiencias placenteras pueden despertar la curiosidad y propiciar el consumo (Artunduaga et al., 2003), o de la marihuana, donde “un joven se inicia por lo general a través de personas cercanas, así se crea un círculo que debido a su carácter ilegal se hace cerrado y poco flexible” (Mora y Avendaño, 2004, p. 69). Aquí, la comunicación es determinante, ya que la información acerca de las prácticas de uso SPA se difunde por medio de la experiencia directa con los ambientes, y por la comunicación interpersonal entre sus miembros, principalmente (Alba, 1993; Navarrete, 1998; Mora y Avendaño, 2004); así como las costumbres que se adquieren en el uso, las normas que establece el grupo frente a su práctica, la ética que se guarda con el compañero, entre otras cosas (Mican de Francisco, 1988).

En general, para estos estudios la interacción está mediada por la empatía con el otro, pues a partir del uso de SPA, los jóvenes experimentan un sentimiento de cercanía emocional con los demás, que va ligado a la ruptura de los impedimentos de comunicación interpersonal (Navarrete, 1998; Granados y Munive, 2001; Artunduaga et al., 2003), fortaleciendo las relaciones micro-sociales (Mican de Francisco, 1988; Alba, 1993; Mora y Avendaño, 2004).

- **Las prácticas sociales.** Estos trabajos abordan el uso de SPA por parte de jóvenes, como un espacio para el aprendizaje, la experimentación y la praxis social, en lógicas éticas y estéticas diferentes a las del mundo adulto. Esta praxis social depende, en gran medida, de las sustancias y del contexto en el que se hace uso de las mismas; incluso, los mismos efectos que produce cada sustancia han sido los encargados de que se le brinde cierta especificidad a sus prácticas de consumo. Para el caso de la marihuana, según los autores, es común fumar en espacios abiertos, en grupo e individualmente, establecer vínculos constantes e intermitentes, recurrir a lugares del centro de la ciudad para abastecerse, identificar y manejar iconos visuales y verbales; habilidades que se establecen a través del contacto continuo al interior de los grupos (Mora y Avendaño, 2004). Por sus efectos se apropia como herramienta para diversos fines, como estudiar, escribir, crear o incluso disociar (Mora y Avendaño, 2004), pero se considera el uso preferencial para dialogar con los amigos, independientemente de cuál sea el origen social del sujeto consumidor (Mican de Francisco, 1988).

Por su parte, los trabajos que abordan el uso de éxtasis (Navarrete, 1998; Granados y Munive, 2001; Artunduaga et al., 2003) hablan de nuevas formas del placer y de experimentar la existencia, desde prácticas de liberación de lo cotidiano y lo normativo. Dicho uso está marcado por la condición de clase, de

manera que se concentra más en jóvenes de estratos altos, y es visto por los autores como expresión de nuevas individualidades y búsqueda de identidad, que se ubican de manera precisa tanto en los cambios de las sociedades contemporáneas, como en la particularidad que vive el país.

- **Representaciones sociales.** Estas hacen referencia a sistemas de normas y valores, imágenes asociadas a instituciones, colectivos u objetos, tópicos, discursos estereotipados, entre otros (Alonso, 1998), en este caso sobre las SPA, que han sido construidas tanto por los usuarios, a través de sus prácticas cotidianas, como por los autores de estos trabajos, desde su labor investigativa. Para estos últimos, el uso de SPA es concebido, por un lado, como la manifestación de un estilo de vida característico de jóvenes que intentan diferenciarse de lo que se impone masivamente a través de los medios (Mora y Avendaño, 2004); por tanto, es vista como opuesta al modelo dominante, dado que está relacionada con actividades marginales (Mican de Francisco, 1988; Mora y Avendaño, 2004) y con la trasgresión de normas y tabúes establecidos por la sociedad (Alba, 1993). Así, los jóvenes usuarios de SPA parecerían no tener vínculos con ningún tipo de institucionalidad y ser ajenos a cualquier norma, además de ser necesariamente contestatarios con respecto al discurso legitimado u oficial.

Por otro lado, el uso de SPA se muestra como una forma de escape a la realidad que viven cotidianamente los actores, realidad que está cargada de problemáticas sociales como el desempleo y la falta de educación (Mican de Francisco, 1988), que conducen a prácticas criminales como la delincuencia común, pero también a la abulia, la locura y el suicidio (Mora y Avendaño, 2004). En el caso del éxtasis, mediante el uso es posible olvidar momentáneamente los conflictos, las tensiones, las responsabilidades y dejar de lado las exigencias sociales, permitiendo renovar las fuerzas para afrontar de nuevo la realidad (Artunduaga et al., 2003). Este relacionar el uso de SPA con una forma de escapar a la realidad, se acerca a una postura funcionalista, en la que dicho uso es entendido como una respuesta normal a determinadas presiones sociales y se daría, sea por renuncia o por retraimiento, como respuesta ante las exigencias sociales (Alba, 1993; Navarrete, 1998).

En cuanto a lo que representan para los jóvenes estudiados las sustancias de las que hacen uso, se encuentra que:

La droga por naturaleza es la marihuana, es la que más se utiliza y la que tiene menos connotaciones de “degeneración”, esta tiene un carácter iniciador y cuando se habla de adictos avanzados se piensa en la cocaína, hongos, bazuco, ácidos (Alba, 1993, p. 57).

Los usuarios de esta sustancia defienden su uso considerándolo inofensivo, contrario a los efectos que producen otras sustancias (Mican de Francisco, 1988; Mora y Avendaño, 2004), incluso algunos afirman que “potencia sus habilidades físicas y mentales, y consideran que el consumo no es perjudicial en tanto no afecta negativamente los comportamientos” (Mora y Avendaño, 2004, p. 64). Por su parte, el éxtasis representa felicidad, paz, tranquilidad, amor y euforia; resistencia física, ausencia de sueño y óptimo desempeño del cuerpo

(Navarrete, 1998; Granados y Munive, 2001; Artunduaga et al., 2003); se relaciona con una nueva forma de divertirse sin correr riesgos, que es vista por estos autores como uno de los símbolos que representa la mentalidad de final de siglo (Navarrete, 1998).

- **Contextos.** Hacen referencia al entorno físico o la situación cultural en los que se considera un hecho; en estos trabajos, la calle, el barrio, la universidad y la fiesta, son percibidos como los espacios privilegiados para la comprensión del uso de SPA. En primer lugar, la calle y el barrio se evidencian como “lugares donde la normatividad social no tiene cabida y donde se gestan nuevas propuestas éticas y estéticas que definen tanto el grupo como sus prácticas” (Mora y Avendaño, 2004, p. 66). Para estos autores, dichas prácticas van dando nueva significación a los espacios de la ciudad y el barrio, fijando territorios, costumbres, símbolos y ritos, a partir específicamente del uso de la marihuana. En los tres espacios de observación del estudio (Universidad Distrital, Suba Compartir y Soacha Compartir) se puede apreciar, según este trabajo, cómo los jóvenes se facilitan espacios donde darle vía libre a las expresiones y representaciones propias.

En un segundo lugar se analiza el medio universitario. En la investigación de Alba (1993) se realizaron entrevistas con preguntas cerradas a estudiantes de siete universidades de Bogotá, tanto públicas como privadas, indagando sobre la forma en la que perciben el uso de SPA en su entorno, con qué las relacionan, las razones del consumo, la influencia de la carrera y la universidad. Allí se evidencia que el carácter público y privado de estas universidades es determinante para el análisis de las prácticas y representaciones que existen frente a estas sustancias.

Por un lado, la universidad pública se caracteriza por el hecho de que allí el espacio para el uso de SPA es mucho más amplio, y la mayoría de los estudiantes “conocen los sitios que se utilizan para el consumo como espacios reales y no imaginados. Aquí los estudiantes ven la droga con mayor naturalidad y sin tantas inhibiciones, la aceptan en su medio aunque no la consuman” (Alba, 1993, p. 88). Por el contrario, en las universidades privadas los estudiantes, que en su mayoría son “no consumidores”, no conocen los espacios en los que se hace uso de estas sustancias dentro de su universidad, mientras que “los consumidores” de estas universidades deben mantener oculto que usan drogas, ya que puede ser una razón para ser señalados (Alba, 1993).

Para el caso concreto de la Universidad Nacional, según Mican de Francisco (1988), el uso de SPA se integra a las actividades marginales (que se dan por fuera de la planeación universitaria, como un cineclub, la venta de libros, entre otras) que hacen parte del “espacio de cultura” de la universidad. Allí, si bien no se gesta la iniciación de esta práctica para los estudiantes, sí se inicia un proceso de “diferenciación cultural” (concepto que no se aclara en el trabajo) entre los jóvenes, dependiendo de la sustancia de la que hagan uso. De manera

que el interés de este trabajo no se centra en el espacio mismo, en la forma como es construido y apropiado por diferentes actores a partir de este tipo de prácticas, sino en las motivaciones que tienen los estudiantes de la Facultad de Ciencias Humanas, específicamente, para hacer uso de diferentes sustancias.

En último lugar se encuentra la fiesta, en especial asociada al consumo de éxtasis: si bien estos estudios no se dan exclusivamente dentro la fiesta electrónica, los jóvenes relatan experiencias de consumo más placenteras en este espacio (Navarrete, 1998; Granados y Munive, 2001; Artunduaga et al., 2003). Así, la fiesta se constituye en el territorio por excelencia para el consumo de éxtasis, ya que allí se conjugan los factores de tecnología y tipo de interacción dentro de un ambiente de desinhibición, que hacen que este comportamiento resulte más satisfactorio y que exista una mayor libertad para expresar las sensaciones que se experimentan con su consumo (Artunduaga et al., 2003).

Conclusiones

Este artículo evidencia un creciente interés en la producción de conocimiento científico sobre el uso de SPA, a partir del cual es posible generar miradas más complejas y holísticas, que interpelen al discurso prohibicionista, en tanto saber hegemónico, que ha permeado desde las esferas políticas, hasta los imaginarios sociales, trayendo como consecuencia la estigmatización de sustancias y de usuarios, lo que hace de cualquier uso, un uso patológico, sin tener en cuenta que no todas las prácticas de consumo pueden ser vistas y/o nombradas como tales. Sin embargo, la revisión crítica de los estudios abordados refleja grandes limitaciones teórico-metodológicas que son importantes identificar, con el fin de fortalecer el trabajo que a futuro se pueda realizar en este campo temático.

Por un lado, el análisis de las perspectivas teóricas utilizadas permite concluir que el acercamiento al uso de SPA se ha hecho desde un enfoque disciplinar, el cual debe ser trascendido hacia una mirada inter y transdisciplinar, que tenga en cuenta las múltiples dimensiones que constituyen el fenómeno (lo psicosocial, lo económico, lo político, lo cultural, lo médico). No obstante, en la mayoría de estos trabajos, el marco teórico se encuentra totalmente desconectado del proceso de análisis de los resultados, de manera que el intercambio posible queda atrapado en el nivel de la anécdota, del dato sin problematización, que resulta fácil adecuar al marco conceptual que se privilegia.

Asimismo, la utilización de un método cualitativo fue preponderante, lo que hace que las investigaciones sean ricas en detalles por su carácter descriptivo, pero esto mismo dificulta las miradas cruzadas (triangulación interpretativa), ya que los acumulados de información no se sistematizaron suficientemente y las investigaciones se hicieron desconociendo los trabajos de otros, de manera que no plantean una revisión de los antecedentes investigativos que dé cuenta de la producción académica que les precede, lo que implica que, en algunas de ellas, se llegue a las mismas conclusiones y no se produzca un conocimiento nuevo sobre el tema, como es el caso particular de los trabajos sobre el uso de éxtasis en los “after party”.

Finalmente, en términos temáticos, el análisis de estos trabajos estuvo centrado en los aspectos socioculturales del uso de SPA, lo que permitió agrupar los resultados de las investigaciones en seis ejes temáticos: concepto de SPA, actores, formas de interacción, prácticas sociales, representaciones, y contextos. Frente a estos ejes es importante destacar, que uno de los principales problemas al tratar el tema de las SPA es la inadecuada y arbitraria utilización de la terminología, así por ejemplo, en las investigaciones, se hizo más común el uso del término “drogas”, que se tiende a relacionar con decadencia física y mental, delincuencia e inseguridad ciudadana.

Asimismo, dentro de la experiencia investigativa analizada, el uso de SPA se ha venido considerando como una práctica exclusiva de los jóvenes, relacionándola con actividades marginales y delictivas, así como con la transgresión de las normas establecidas desde el mundo adulto; además, ha sido interpretado como un medio para evadir la realidad y las presiones sociales. Sin embargo, ¿no podría interpretarse dicho uso como una práctica que permite, más bien, la construcción de realidades?, ¿es posible identificar a todos los usuarios como criminales y desviados?, ¿no es viable la configuración de otro tipo de subjetividades en torno a esta práctica?, ¿no es acaso la construcción de pautas de conducta y por tanto de valores y normas de comportamiento, procesos inherentes a cualquier realidad social? Como toda revisión de antecedentes investigativos en un campo temático, las preguntas quedan abiertas para nuevas indagaciones.

Referencias

- Alba, A. (1993). *El imaginario "droga": realidad mítica*. [Tesis de grado en Comunicación Social]. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Comunicación Social.
- Alonso, L. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Artunduaga, C., Cadena, L. y Wilson J. (2003). *Las narrativas que construyen los jóvenes consumidores de éxtasis acerca del consumo de éxtasis en las fiestas electrónicas*. [Tesis de Pregrado en Psicología]. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología.
- Granados, C. y Munive, C. (2001). *Narrativas sobre éxtasis de un grupo de jóvenes asistentes a los "after party"*. [Tesis de pregrado en Psicología]. Universidad de los Andes. Facultad de Psicología.
- Mican de Francisco, M. (1988). *Aspectos culturales sobre el uso de sustancias psicoactivas en la Universidad Nacional*. [Tesis de pregrado en Antropología]. Universidad Nacional. Facultad de Antropología.
- Mora, J. y Avendaño, F. (2004). *Culturas juveniles, cannabis y ciudad: una aproximación etnográfica en Bogotá a comienzos del siglo XXI*. [Tesis de pregrado en Licenciatura en Ciencias Sociales]. Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Facultad de Ciencias y Educación.
- Navarrete, K. (1998). *Las representaciones sociales del éxtasis desde el punto de vista de las motivaciones, las actitudes, la socialización y la construcción de identidad*. [Tesis de pregrado en Psicología] Bogotá: Universidad de los Andes. Facultad de Psicología.
- Ronderos, V. J. (2000). Prácticas socioculturales sobre el uso de drogas en Manizales. *Revista Cultura y Droga*, 5(5), 33- 51. Recuperado de <http://200.21.104.25/culturaydroga/downloads/Cultura%20y%20Droga%205.pdf>



ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA
THEORETICAL REVIEW ARTICLES

La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: Una revisión descriptiva

Acceptance and Commitment therapy for disorders related to abuse and use of psychoactive substances: a descriptive overview

Enviado: 13 de junio de 2016 / Aceptado: 12 de octubre de 2016

Laura Fernanda Perea-Gil*

Forma de citar este artículo en APA:

Perea-Gil, L. F. (2017). La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 99-121. Doi: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2264>

Resumen

El abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas es una de las problemáticas asociadas a mayor deterioro en las diferentes áreas de ajuste de las personas que los presentan. Adicional a lo anterior, dentro de los tratamientos centrados en esta problemática, se presentan altos porcentajes de deserción y recaídas. Sobre esta base, resulta pertinente encontrar tratamientos psicológicos que puedan ser eficaces en el abordaje de dicha problemática. Con lo anterior, en las últimas décadas han surgido las denominadas Terapias de Tercera Generación, entre ellas, la Terapia de Aceptación y Compromiso que ha demostrado efectividad en el abordaje de las drogodependencias. Teniendo en cuenta esto, el objetivo del artículo es presentar una revisión de los estudios empíricos en adicciones basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso, a partir de la búsqueda y el análisis de la literatura científica. De acuerdo con los resultados, se concluye que la Terapia de Aceptación y Compromiso es prometedora para el abordaje de las adicciones, sin embargo, se hace necesario realizar un mayor número de estudios, con el fin de ampliar su cuerpo empírico.

* Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica. Instituto para la Protección de la Niñez y la Juventud. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: fernandap@idipron.gov.co – lperea@javeriana.edu.co



Palabras clave:

Adicciones; Estudios empíricos; Terapia de aceptación y compromiso.

Abstract

Abuse and dependence of psychoactive substances is one of the problems associated with further deterioration in different areas of adjustment of the people who present them. In addition, within this problem-centered treatments are high percentage of defection and relapse. Once it has been clarified, it is pertinent to find psychological treatments that are effective in addressing this problem. As a result, in the last decades some therapies of third generation have emerged, including the acceptance and commitment therapy that has demonstrated effectiveness in the treatment of drug addiction. With this in mind, the objective of the article was to provide a review of empirical studies on addictions, based on acceptance and commitment therapy from the search and analysis of the scientific literature. From the results it is concluded that the Acceptance and Commitment Therapy generates high expectation in the treatment of addictions; however, it is necessary to perform more studies in order to confirm how useful it is.

Keywords:

Acceptance and Commitment Therapy; addictions; empirical evidence.

Introducción

El abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas ha sido un asunto que afecta a un gran número de personas, considerándose como un problema social y de salud pública, en el que se manifiesta una amplia gama de dificultades emocionales y cognitivas (Lejuez, Paulson, Daughters, Bornovalova & Zvolensky, 2006). A partir de esto, se hace necesario implementar tratamientos que puedan ser efectivos, ya que generalmente los trastornos por abuso de sustancias propician un alto deterioro en las áreas de ajuste de las personas que lo presentan y los tratamientos actuales para su abordaje muestran altos niveles de deserción y recaídas (Mayet, Ferri, Amato & Davoli, 2004). De hecho, según un estudio sistemático realizado por Hubbard, Craddock & Anderson (2003, como se citó en Lee, An, Levin & Twohig, 2015). La abstinencia entre las personas que asisten y completan tratamientos es de 30 a 50%, es decir, estos no presentan efectos duraderos, y según la National Institute on Drug Abuse (NIDA, 1999), entre 40% y 60% de las personas que reciben un tratamiento desde la Terapia Cognitivo Conductual, recaen en el consumo.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario seguir diseñando metodologías y tratamientos que puedan aumentar el grado de efectividad en las intervenciones en esta problemática. Tal como lo planteaban Secades y Fernández (2001), uno de los tratamientos que más ha demostrado efectividad ha sido la Terapia de Conducta; sin embargo, también se ha evidenciado que aumenta su probabilidad de éxito si incluye un trabajo multidisciplinar. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) plantea que la dependencia de sustancias psicoactivas involucra factores psicosociales, ambientales, biológicos y genéticos, por tal razón, se hacen necesarias intervenciones desde múltiples componentes.

Recientemente, han surgido las terapias de tercera generación denominadas contextuales, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes & Levin, 2012), la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993), la Terapia de Prevención de Recaídas desde el Mindfulness (Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005), la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991, como se citó en Fernández y Ferro, 2006), las cuales han realizado nuevos aportes a la comprensión e intervención de algunas problemáticas, tales como las adicciones.

Profundizando en lo anterior, las terapias empleadas en psicología fueron clasificadas por Hayes (2004) en terapias de primera, segunda y tercera ola. La primera ola surge en la década 1950, en la que se generaron las terapias de conducta fundamentadas en los principios del aprendizaje, condicionamiento clásico y condicionamiento operante. La segunda ola estuvo enfocada en los procesos cognitivos, fundamentando la Terapia Cognitiva Tradicional (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979, como se citó en Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis,

2006). Con lo anterior, sus bases se cimentan en las cogniciones (pensamientos, expectativas, atribuciones) considerándolas causas de problemas emocionales y conductuales. No obstante, aunque las técnicas cognitivo conductuales han producido resultados eficaces, Hayes et al. (2006), plantean la importancia de mejorar los métodos para ampliar la comprensión de los pensamientos y sentimientos, bajo un sustento teórico. Inclusive, Pérez Álvarez, Fernández Heredia, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez (2003), planteaban que la Terapia Cognitivo Conductual –en adelante DBT- presenta dos problemas: el primero, la limitación de la misma por la tendencia a estandarizar casos y, por otro lado, su eficacia puede deberse al componente conductual de la terapia.

Finalmente, la terapia de tercera generación inicia a partir de la década de 1990, aunque fue reconocida hasta el 2004. Esta nueva generación surge con los aportes y el desarrollo del análisis de la conducta y conductismo radical, teniendo en cuenta, a su vez, las limitaciones encontradas en la DBT (Pérez Álvarez, 2006). De acuerdo con Hayes (2004), la tercera generación es especialmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, no solo de su forma, y tiende a enfatizar las estrategias de cambio de contexto y de experiencia. De hecho, estos tratamientos buscan la construcción de repertorios amplios y flexibles que puedan ser eficaces.

Con lo anterior, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) tiene la convicción fundamental que la terapia de conducta se relacione con una teoría contextualista de la cognición; de acuerdo con esto, se mantendrían los compromisos de ciencias básicas originales de la tradicional terapia conductual (Hayes et al., 2006).

Inicialmente, Hayes (2004) planteaba que la raíz de los problemas psicológicos se encontraba en el Trastorno de Evitación Experiencial (más adelante denominado falta de flexibilidad psicológica), el cual fue definido según Luciano, Gómez, Hernández y Cabello (2001) como: “un ejercicio persistente, crónico, de un mecanismo funcional primario que consiste en la deliberada o consciente eliminación o reducción en la forma o frecuencia de los eventos privados” (p. 336). Es aquí, desde donde tendrían cabida diferentes problemas como la ansiedad, la depresión, el alcoholismo y otras adicciones, que buscarían la eliminación de los eventos privados, teniendo como consecuencias a largo plazo un deterioro y limitación en la vida de las personas. En ese caso, la falta de flexibilidad psicológica estaría relacionada con una serie de conductas que buscan eliminar los eventos privados y evitar el sufrimiento, principalmente. Teniendo en cuenta lo anterior, Luciano, Paez-Blarrina y Valdivia-Salas (2010) plantean que la falta de flexibilidad psicológica es una estrategia que busca el escape y la evitación del malestar.

De hecho, desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, las adicciones, así como otros trastornos generalmente comórbidos en esta problemática, pueden agruparse desde el patrón de Evitación Experiencial. Este patrón puede estar controlado por un reforzamiento positivo que brinda la sustancia psicoactiva y que varía

según la historia de cada persona (relación entre consumo con habilidades para interactuar, permanecer en grupos o generar sensaciones agradables), o puede estar controlado por reforzamiento negativo, en tanto que puede disminuir los niveles de ansiedad, pensamientos o recuerdos poco agradables, entre otros. Del tema, Luciano et al. (2010) resumen que en el tratamiento de las adicciones, la meta de la Terapia de Aceptación y Compromiso es “orientar a los clientes a establecer contacto con el centro de sus dificultades y desde allí, trabajar para que el cliente construya la vida que le dé sentido personal” (p. 146). Teniendo en cuenta esto, poder aumentar la flexibilidad psicológica en las personas con abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, va a suponer que las acciones que elija el cliente, no van a depender del malestar que sienta, de las ganas de consumir o del craving, sino de lo que para él son sus valores personales. Con esto, tal como lo plantea López Hernández-Ardieta (2010), el objetivo principal de la ACT es alterar la función del evento privado, a diferencia de la TCC, cuyo objetivo es alterar el contenido del evento privado; de esta forma, la persona aprenderá a establecer una relación distinta con sus pensamientos y emociones. Resumiendo lo anterior, ACT buscaría que las personas puedan distanciarse de los eventos privados y tomar una dirección de acuerdo con sus valores personales (Luciano, Rodríguez & Gutiérrez, 2004).

En el proceso seguido en ACT, se distinguen varias fases cuya función es alterar los contextos que sostienen la falta de flexibilidad psicológica, estas son: la desesperanza creativa, la clarificación de valores, la identificación del problema y el costo del control de los eventos privados, la desliteralización, el yo como contexto y el estar dispuesto a escoger una dirección en la vida y colocarla en práctica. La desesperanza creativa permitiría que la persona aprecie las diferentes acciones que ha emprendido para solucionar su problema y el costo que esto le ha traído, limitando aún más su vida. En cuanto a la fase de Clarificación de valores, estaría enfocada en analizar con la persona cómo los caminos de su vida se configuran con acciones y objetivos específicos, no con sus sentimientos. Durante este proceso, se trata que la persona aprenda a dirigir sus pasos en una dirección valiosa, inclusive, llevando consigo el contenido privado. Para ello, es importante distinguir entre el yo contenido y yo contexto, en los que la persona comprende que ella no es equivalente a sus conductas, pensamientos, sensaciones, recuerdos y no se puede reducir a ellas. Por último, escoger una dirección en la vida y ponerla en práctica (Luciano et al., 2001).

De lo anterior, Hayes, Strosahl & Wilson (2014) explicaban cómo a diferencia de las terapias que buscan la reducción de síntomas y del deseo de consumo como una forma para llegar a la abstinencia, el objetivo nuclear de la ACT es que las personas puedan relacionarse de un forma distinta con estos eventos privados, mejorando su calidad de vida. Esta puede ser una de las razones para una mayor efectividad a largo plazo en la abstinencia.

Cabe resaltar que la Administración de Servicios de Sustancias de Abuso y Salud Mental (SAMSHA, 2013) ha reconocido a la ACT como un tratamiento que cuenta con apoyo empírico, razón por la cual la ha incluido dentro de los programas basados en la evidencia. En los últimos 15 años, las investigaciones han mostrado la eficacia de ACT en tratamientos de diferentes tipos de adicciones.

Evidencia empírica de la ACT para el tratamiento de los trastornos adictivos

A continuación se expone la revisión de estudios sobre la aplicación de ACT en el campo de las adicciones. Cabe resaltar, que los estudios aleatorizados y controlados se detallarán en el apartado de resultados.

Los hallazgos han indicado una mayor efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso a largo plazo en los seguimientos (Gifford et al., 2004; González-Menéndez, Fernández, Rodríguez & Villagrà, 2014; Stotts, Masuda, Sate, & Wilson, 2009; Villagrà, Fernández, Rodríguez, & Gonzales, 2014; Villagrà & Gonzales, 2013). Este efecto se ha denominado “efecto de incubación” (Gifford, 2004, como se citó en Lee, An, Levin & Twohig, 2015), en el cual, después de las intervenciones basadas en el modelo ACT, se presenta un aumento en la flexibilidad psicológica, que puede llevar a tener comportamientos positivos de continuo cambio y crecimiento en el tiempo, a diferencia de otro tipo de intervenciones. Adicional a lo anterior, se ha mostrado que se presentan mejoras en otras esferas de la vida personal, como parte de tomar el camino en la dirección valiosa (Heffner, Eifert, Parker, Hernandez & Sperry, 2003; Marín Romero, 2006).

De otro lado, Petersen & Zettle (2009) realizaron un estudio para evaluar la eficacia de la ACT vs la terapia de Facilitación Intensiva de los Doce Pasos, en personas que presentaban problemas de alcoholismo y depresión unipolar. Los hallazgos indicaron que ambos tratamientos eran efectivos para abordar la depresión, no obstante, los participantes que habían sido asignados al azar para recibir la ACT, requirieron una fase más corta de tratamiento en comparación con el otro grupo. Sus autores explican este hallazgo por la disminución en los niveles de evitación experiencial de los participantes de la ACT medidos a través de cuestionario AAQ. Sin embargo, dicha investigación no fue incluida en los resultados de esta revisión, ya que en el estudio no se aborda la eficacia de la terapia en relación al consumo de alcohol en los participantes.

Igualmente, se han realizado estudios combinados en los cuales incluyen la ACT con un tratamiento farmacológico como los de Gifford et al. (2011) y Hayes et al. (2004). Estos estudios han demostrado mayor efectividad en el tratamiento combinado, que en el tratamiento farmacológico solo.

Adicional a esto, algunas investigaciones han tenido como eje encontrar las relaciones entre variables que podrían influir en la adherencia y éxito en intervenciones en adicciones. Una de ellas, relacionada con la evaluación de la efectividad de ACT en la disminución de indicadores de autoestigmatización de personas

dependientes de sustancias (Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting, & Rye, 2008; Luoma, Kohlenberg, Hayes & Fletcher, 2012). Los hallazgos de estas investigaciones sugieren una disminución en los indicadores de auto-estigmatización en los participantes. A partir de este estudio, los autores manifestaron que esta variable podría estar relacionada con la adherencia y búsqueda de tratamiento para dejar el consumo, razón por la cual, debería ser incluida en los programas de tratamiento en adicciones, para disminuir el nivel de deserción y facilitar la adherencia a éste, partiendo desde la aceptación de sí mismos a pesar de los comportamientos adictivos y teniendo como foco el compromiso por alcanzar objetivos realistas (Larmer, Wiatrowski & Lewis-Driver, 2014). Con lo anterior, se puede plantear que la ACT es probablemente efectiva para disminuir indicadores de auto-estigmatización en población que abusa de sustancias psicoactivas (Livingston, Milne, Lan Fang & Amari, 2011).

Igualmente, se han encontrado relaciones entre variables como la ansiedad social, evitación social y la falta de control percibido, como secuelas comunes de personas que requieren tratamiento por abuso de sustancias. Por lo tanto, las estrategias de tratamiento que buscan aumentar la sensación de control de los pacientes sobre sus propias respuestas y el medio ambiente, y la disminución en la evitación experiencial, aumenta la eficacia de los tratamientos por drogodependencia (Forsyth, Parker & Finlay, 2003; Buckner, Heimberg & Schmidt, 2011; Buckner & Carroll, 2010; Buckner, Zvolensky, Farris & Hogan, 2014). Adicionalmente, se han encontrado diferencias de género en cuanto al consumo de cannabis como estrategia de afrontamiento frente a la ansiedad social, siendo las mujeres más propensas a esto cuando se encuentran en actividades con pares (Buckner, Mallott, Schmidt & Taylor, 2006).

Otros estudios han buscado evaluar la efectividad de la intervención en ACT, empleando formatos novedosos como las aplicaciones del celular, página web, e intervención telefónica (Bricker, Mann, Marek, Liu & Peterson, 2010; Bricker, Wysszynski, Comstock & Heffner, 2013; Bricker et al., 2014). Estas investigaciones han comparado la ACT con la DBT, evidenciando en los hallazgos mayor receptividad y participación en las personas que se encontraban en el grupo ACT. Igualmente, dichos participantes argumentaban que las intervenciones los habían ayudado a dejar de fumar. Por otro lado, hubo un aumento en la flexibilidad psicológica y aumentó la aceptación del craving. A partir de estos resultados, se han generado nuevas propuestas de protocolos dirigidos a personas dependientes de la nicotina, incorporando seguimientos telefónicos (Mak & Loke, 2015).

En lo que respecta a revisiones sistemáticas y descriptivas realizadas para evidenciar la efectividad de la ACT, se han encontrado dos estudios. El primero de ellos, era un metáanálisis cuyo objetivo fue examinar la eficacia (medida por los resultados en la abstinencia) de la ACT, en comparación con otro tratamiento (Doce pasos, Terapia Cognitivo Conductual). Los autores concluyen que se presenta un efecto mediano, el cual favorece la ACT en relación a otro tipo de terapia, teniendo en cuenta las comparaciones realizadas después de la intervención. Adicional a esto, argumentan que la ACT puede ser utilizada como tratamiento para trastornos de abuso o dependencia de varias sustancias psicoactivas. Dentro de las limitaciones que encontraron en los

estudios, estaba la falta de datos en cuanto a los procesos de cambio durante el tratamiento; es decir, algunos ensayos no contaban con variables relacionadas a la flexibilidad psicológica, por lo tanto, no podían explicar cuáles eran los elementos de la intervención en ACT implicados en la reducción del uso de sustancias. Lee et al. (2015) recalcan la importancia de medidas como la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial, teniendo en cuenta que el eje de la ACT es una vida orientada a los valores personales. Igualmente, concluyen que debido a la amplia gama de problemáticas tratadas eficazmente por la ACT, se necesita mayor información sobre problemáticas comórbidas como la depresión y la ansiedad en el tratamiento de abuso y dependencia de sustancias (Poderes, 2009, como se citó en Lee et al., 2015). Inclusive, desde la perspectiva del análisis contextual de la conducta en ACT, mediante éste, se podrían identificar varios problemas que estarían dentro del trastorno de Evitación Experiencial, por ejemplo, el Trastorno de Estrés Postraumático y el uso de sustancias, que presentan dentro de sus características la evitación (Batten & Hayes, 2005; Batten et al., 2009).

En cuanto al segundo estudio descriptivo, este tuvo como objetivo una revisión de las investigaciones empíricas en adicciones, tanto estudios de caso único, como estudios controlados. Dentro de los hallazgos, los autores plantean un nivel de efectividad equivalente entre la Terapia de Aceptación y Compromiso y otros tratamientos, con una efectividad mayor en los seguimientos para la ACT. No obstante, los autores expresan que esta evidencia no puede considerarse suficiente, sino que es fundamental continuar desarrollando estudios empíricos que den cuenta de la eficacia y detecten otros aspectos claves en el tratamiento, con el fin de mejorar los protocolos de intervención (López Hernandez-Ardieta, 2014).

Sin embargo, en una revisión de la Efectividad de la Terapia de Aceptación en diferentes problemas psicológicos (ansiedad, depresión, estrés, pánico y adicciones), Öst (2014) concluye que ACT no es un tratamiento bien establecido para cualquier trastorno. Sin embargo, el autor argumenta que la ACT es posiblemente eficaz para la depresión, síntomas psicóticos, ansiedad mixta, abuso de drogas y el estrés.

A pesar de que una revisión en esta área es preliminar, debido a la muestra limitada de estudios aleatorios y controlados, proporciona una perspectiva del estado actual de los resultados en la aplicación de la ACT en las adicciones. Para ello, se revisaron sistemáticamente bases de datos, donde pudieran encontrarse los diferentes artículos. El presente estudio muestra que la ACT es prometedora, así como puede ser igual de efectiva en comparación con otros tratamientos, presentando un mayor impacto en los seguimientos y dando cuenta de cómo el aumento de la flexibilidad psicológica puede ser una variable mediadora en el éxito terapéutico.

Metodología

Para la revisión de la documentación, se realizó una búsqueda de literatura en las principales bases de datos electrónicas Ebsco, Proquest, Springer Link, Psyc ARTICLES, Elsevier. En esta búsqueda, solo se tuvieron en cuenta los artículos publicados entre el 2001 y el 2016.

El estudio incluyó revisiones bibliográficas y fuentes primarias de investigaciones: ensayos controlados y aleatorizados. En cuanto a la población, se consideraron investigaciones donde todos los participantes tuvieran problemas de abuso y dependencia a algún tipo de sustancia psicoactiva, siguiendo la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM V) (American Psychiatric Association, 2014). Las intervenciones incluidas debían tener como eje la ACT en el proceso de intervención en adicciones, bien sea como única forma de tratamiento o comparada con otro tipo de modelos como la DBT, Facilitación intensiva de los 12 pasos o tratamiento farmacológico. En lo que respecta a la forma de medir los resultados, se tuvieron en cuenta estudios que evaluaban su efectividad a partir de la disminución del consumo, abstinencia, aumento en indicadores de flexibilidad psicológica, adherencia a los tratamientos, disminución de trastornos comórbidos. Para la selección de los artículos se realizó una revisión inicial de los resúmenes verificando que estuvieran incluidos los criterios mencionados anteriormente.

Resultados

A partir de la estrategia de búsqueda en bases de datos, se identificaron 400 artículos. En total se revisaron 100 referencias, de las cuales se seleccionaron 40 para la lectura a texto completo. Finalmente, se incluyeron 9 estudios localizados en las diferentes bases de datos, que cumplían los criterios anteriormente mencionados; dichos estudios fueron de carácter controlado y aleatorizado (Gifford et al., 2004; Gifford et al., 2011; González-Menéndez et al., 2014; Hayes et al. 2004; Hernandez-Lopez et al., 2009; Smout et al., 2010; Stotts, Masuda, Sate & Wilson, 2010; Villagrà et al., 2014; Villagrà & Gonzales, 2013).

Los estudios fueron conformados por participantes entre 16 y 71 años; una población mixta con predominio de mujeres. La característica principal en estos grupos fue problemas de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, y en la mayoría de los estudios se evidencian trastornos asociados con ansiedad y depresión. De todos los estudios controlados y aleatorizados, tres comparaban la ACT con otro tipo de intervenciones psicológicas; por ejemplo, en los estudios de Villagrà et al. (2014), y Hernandez-Lopez et al. (2009), realizaron la comparación de la ACT con la DBT; y Hayes et al. (2004) efectuaron la comparación de ACT con la intervención desde la Facilitación intensiva en los Doce pasos.

Para la presentación de los resultados, se agruparán según tipo de sustancia psicoactiva; igualmente, en la tabla 1 se resumen.

Tabla 1. Resumen de los estudios empíricos

Estudio	Área problema	Nº. de Participantes	Grupo Control	Porcentaje de participantes abstinentes	Otras Medidas
Hayes et al., 2004	Opiáceos	138	Doce Pasos	Postratamiento: ACT + MM (1): 52% 12 pasos + MM : 50% MM: 32%. Seguimiento 6 meses: ACT 50% 12 Pasos: 38% y MM: 12%	Disminución en indicadores de depresión, mayor ajuste social
Gifford et al., 2004	Nicotina	76	Reemplazo nicotina	Postratamiento: ACT 35% RN (2): 33% Seguimiento 12 meses: ACT 23% RN: 11%	Disminución en niveles de evitación e inflexibilidad
Smout et al., 2010	Metanfetamina	104	CBT	Postratamiento: ACT 34% 43% CBT.	Disminución en los indicadores de depresión/ Aumento en indicadores de salud mental y física No se especifican
Hernández-Lopez et al., 2009	Nicotina	81	CBT	Seguimiento 3 meses: ACT 50% 37% CBT Postratamiento: ACT 41.9%, CBT 23.7%. Seguimiento a 3 meses: ACT 37.2%, CBT 18.4% Seguimiento a 6 meses: ACT 27.9%, CBT 15.8% Seguimiento a 12 meses: ACT 30.2%, CBT 13.2%	
Gifford et al., 2011	Nicotina	303	Bupropión	Postratamiento: ACT: 26.2% BP (3): 18.2% Seguimiento 1 año: ACT 31.6% BP: 17.5%	Mayores índices de satisfacción con el tratamiento
Stotts et al., 2010	(Desintoxicación MM) Opiáceos	56	CBT	Postratamiento: ACT 37% CBT: 19%	Disminución en indicadores de miedo a la desintoxicación
Villagrà & Gonzales, 2013	Policonsumidoras	31	CBT	Seguimiento 6 meses: ACT: 43.8% CBT: 18.2%	Disminución en indicadores de ansiedad

Estudio	Área problema	Nº. de Participantes	Grupo Control	Porcentaje de participantes abstinentes	Otras Medidas
Villagrà et al., 2014	Policonsumidoras	50	CBT Y GC	Postratamiento: ACT 27.8% CBT: 15,8% GC: 7.7%	Disminución de síntomas somáticos, aumento de indicadores de flexibilidad psicológica
González-Menéndez et al., 2014	Policonsumidoras	37	CBT	Postratamiento ACT: 27,8% CBT: 15.8% Seguimiento 6 meses: ACT 42,8% CBT: 25%, Seguimiento 12 meses: ACT 84,6% CBT: 50%	Disminución en los índices de sensibilidad a la ansiedad/ Disminución en porcentaje de trastornos mentales comórbidos

Nota: (1) Metadona (2) Reemplazo de Nicotina (3) Bupropión

Estudios dirigidos a personas con dependencia a la metanfetamina

Smout et al. (2010) realizaron un estudio en el que comparaban la ACT con la DBT. Esta investigación contó con la participación de 104 personas que presentaban dependencia a la metanfetamina. Los participantes fueron distribuidos en dos grupos: 47 estuvieron en el tratamiento desde la DBT y 43 recibieron la ACT. Este tratamiento fue realizado durante doce sesiones de 90 minutos cada una. Los resultados después del mismo indicaron que no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, ya que ambos mostraron reducciones en el uso de la droga, así como en la severidad de la dependencia. Con lo anterior, el grupo participante de la DBT tuvo 43% de abstinencia (medida con una muestra de Cabello), en tanto que los participantes de la ACT presentaron 34% de abstinencia.

No obstante, en el seguimiento a los 3 meses, el grupo de DBT mostró una abstinencia de 37%, mientras que el grupo ACT de 50%. Sin embargo, la deserción en el estudio fue del 80% de la población, que bien podría explicarse, tal como lo planteaban sus autores, por el patrón crónico de consumo, bajo ajuste psicosocial y poca motivación para el cambio. En cuanto a las medidas secundarias, se observa disminución en los niveles de depresión (medidos con el Inventario de Depresión de Beck) y aumento de los indicadores de salud mental y física, para ambos grupos. Cabe resaltar que en esta investigación, no se tuvieron en cuenta instrumentos de tercera generación que evidenciaran la variable de flexibilidad psicológica. Como dato adicional, los participantes recibían veinte dólares por cada sesión que completaban en la evaluación.

Estudios dirigidos a personas con dependencia a los opiáceos

Hayes et al. (2004) llevaron a cabo un estudio con 138 personas, las cuales fueron distribuidas al azar en tres grupos; el primero de ellos solo recibiría tratamiento con dosis de metadona, el segundo grupo recibiría tratamiento con metadona y la ACT y el tercer grupo recibiría el tratamiento con metadona y la Terapia de Facilitación Intensiva de los 12 pasos. En total tuvieron 16 semanas de tratamiento. En lo que respecta a los resultados, en el postratamiento se mostró la efectividad en la abstinencia de los grupos que recibieron algún tipo de tratamiento adicional a la metadona (ACT: 52% / 12 Pasos: 50% / Metadona: 32%). La diferencia estadísticamente significativa se produjo en el seguimiento a los seis meses, encontrando que se presentaba una mayor efectividad en los grupos de ACT y Doce pasos (50% ACT, 38% 12 pasos), a diferencia del grupo que había recibido el tratamiento solo con metadona, quienes tenían 12% de efectividad. Con lo anterior, se presentó una diferencia estadísticamente significativa entre ACT y el grupo MM (solo metadona). En lo que respecta a las variables secundarias, fue utilizado el SCID, el cual es una entrevista semiestructurada que permite conocer y diagnosticar algunas dificultades como trastorno de ansiedad, abuso y dependencia de sustancias, trastornos somatomorfos, síntomas psicóticos y desorden en alimentación; igualmente, fue utilizado el Auto-SCID-II (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990, como se citó en Hayes, et al., 2014), que permite identificar trastornos de personalidad. También se empleó el ASI (Índice de gravedad a la adicción de McLellan et al., 1980, como se citó en Hayes et al., 2014), Escala de Auto-Ajuste Social (SAS-SR) (Weissman y Bothwell, 1976), Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, como se citó en Hayes et al., 2014). Todas las medidas presentaron una mejoría significativa en los tres grupos, sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Siguiendo la misma línea, Stotts et al. (2009) realizaron un estudio con 56 personas que se encontraban en proceso de reducción de dosis de Metadona por dependencia a los opiáceos. La intervención fue realizada durante 24 semanas. En los hallazgos describen que 37% de los participantes del grupo ACT se desintoxicaron con éxito al final del tratamiento, mientras que en el grupo de DBT solo 19%. En cuanto a las medidas secundarias, los hallazgos indicaron disminución en el uso de estrategias de evitación hacia experiencias relacionadas con el consumo de drogas y se presentó una disminución en los indicadores de miedo a la desintoxicación en el grupo que recibía la ACT; con lo anterior, en el grupo ACT hubo mayores indicadores de flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de relacionarse con los eventos internos sin que sean obstáculos para ir hacia los valores.

Estudios realizados a personas con dependencia a la nicotina

Gifford et al. (2004) realizaron intervención con 76 personas, en la que compararon la ACT con un tratamiento de reemplazo de la nicotina (parches). Este tratamiento fue entregado en siete sesiones individuales y siete sesiones grupales. Los hallazgos indicaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, como lo reflejan los porcentajes de abstinencia: 35% para ACT y 33% para el tratamiento de reemplazo de la nicotina. En el seguimiento a los seis meses, los porcentajes fueron 23% para ACT y 11% para el otro grupo. En lo que respecta al seguimiento a un año, la relación fue de 35% vs 15%. Con esto se evidencian mejores resultados, tras un año en el seguimiento, en los que participaron del grupo ACT. En cuanto a las variables secundarias, los hallazgos indican que los bajos niveles de evitación e inflexibilidad, aumentan la probabilidad de abstinencia al año de seguimiento; es decir, se presenta una relación entre indicadores de inflexibilidad psicológica, evitación y abstinencia. Estos resultados se fundamentan a partir de la aplicación de la Escala de Evitación e Inflexibilidad, cuyos indicadores disminuyeron al año de seguimiento para el grupo ACT.

Gifford et al. (2011) realizaron un estudio con 303 dependientes de la nicotina, que distribuyó aleatoriamente en dos grupos. El primero recibiría tratamiento con bupropión y el segundo grupo recibiría este mismo fármaco más el tratamiento desde la terapia analítico funcional y la terapia de Aceptación y Compromiso. Los resultados evidencian que en el postratamiento la relación de abstinencia fue de 26.2% para ACT; en tanto que para el grupo de bupropión tuvo 18.2%. No obstante, la terapia de Aceptación y Compromiso tuvo una diferencia estadísticamente significativa al año de seguimiento en relación con el grupo que solo había recibido el fármaco, con una prevalencia de abstinencia de 31.6% del fármaco, en relación a 17.5% en el otro grupo. En lo que respecta a las medidas secundarias, los que se encontraban en tratamiento combinado, mostraron indicadores más altos de satisfacción con el tratamiento. Igualmente, en dicha investigación se planteó que a mayor flexibilidad psicológica y menor evitación de eventos internos, mayor abstinencia en el seguimiento, es decir, estas son variables mediadoras.

Hernandez-Lopez et al. (2009) realizaron un estudio en el que comparaban la ACT con la DBT, en personas que tenían dependencia a la nicotina. Dentro de los criterios de inclusión para dicho estudio se encontraba que tuvieran una edad mínima de 18 años, antecedentes de consumo de nicotina mínimo de cinco años, que no estuvieran recibiendo actualmente un tipo de terapia y que presentaran un consumo de mínimo 10 cigarrillos al día. En total participaron 81 personas con edades entre los 25 y los 68 años. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de Aceptación Acción (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), entrevista breve para obtener información relacionada con el tabaquismo y monóxido de carbono expirado (CO), para evaluar la presencia de nicotina en el cuerpo.

En cuanto a la estructura de las intervenciones, estas fueron realizadas en sesiones de 90 minutos, durante siete semanas; los grupos contaban con 8 a 10 fumadores y la estructura de las sesiones fue similar para ambos tipos de intervención, es decir, se iniciaba con la introducción y práctica del grupo de terapia específica, establecimiento de objetivos y tareas para la próxima semana. Los tópicos de intervención en ACT estuvieron centrados en analizar el costo personal de fumar como un intento de controlar los eventos privados, clarificación de valores y compromisos con los valores personales, la difusión y la voluntad de experimentar y aceptar los eventos privados aversivos y la recaída como parte del proceso para dejar de fumar. En cuanto a la intervención centrada en la DBT, se plantó la fase de preparación en la que se les daba información sobre las consecuencias que fumar implica para la salud, se realizaron ejercicios de balance decisional y estrategias de automonitoreo para identificar disparadores de dicha conducta. Luego de esto, se les condujo a que disminuyeran el consumo de cigarrillos por día y que se auto-reforzaran por el logro de metas; igualmente, se trabajó desde estrategias de afrontamiento dirigido a evitar los disparadores. La última fase consistió en el abordaje desde la prevención de recaídas. Los resultados de esta investigación plantearon que la terapia ACT puede ser tan efectiva como la DBT, en cuanto a la abstinencia de la nicotina, presentando la primera de ellas 41.9% de abstinencia; y el grupo DBT, 23.7%. Sin embargo, en el seguimiento a los 12 meses se mostró una abstinencia mayor en el grupo de la ACT, con 30.2%; a diferencia del grupo TCC, con 13.2%.

Estudios dirigidos a personas policonsumidoras

Entre los estudios dirigidos hacia población policonsumidora, Villagrà & Gonzales (2013) y Villagrà et al. (2014), realizaron intervención desde la ACT con población de mujeres que se encontraban en prisión. En el estudio, realizado en el año 2013, participaron 31 mujeres distribuidas en dos grupos. En el grupo ACT hubo 18 personas y el grupo control 13. El tratamiento fue realizado durante 36 semanas. Los hallazgos reflejaron tasas de abstinencia de 27,8% aumentando hasta 43,8% después de seis meses en el seguimiento, en tanto que el grupo control alcanzó 18.2%. Igualmente, por medio de la aplicación de diferentes cuestionarios, se observaron reducciones en el porcentaje de la psicopatología comórbida y la ansiedad, así como un aumento en la flexibilidad psicológica, medido a través del Cuestionario de Aceptación Acción (AAQ). En este estudio, mencionaron que la Aceptación es una variable mediadora en relación a la abstinencia.

En el segundo estudio de Villagrà et al. (2014) participaron también mujeres que se encontraban en un centro de reclusión; sin embargo, a diferencia del anterior estudio, la muestra fue más amplia, en total 50 participantes. Estas fueron distribuidas en tres grupos (ACT, CBT Y GC). El tratamiento fue realizado durante 16 semanas. Los resultados en cuanto al consumo de droga fueron contrastados con pruebas de orina y auto-reportes, tanto en el pre como en el postratamiento. En este estudio, la abstinencia fue definida como tres meses sin el uso de las drogas. Los hallazgos en el postratamiento indican que 27,8 % del grupo ACT presentaba

abstinencia, mientras que 15,8% del grupo de tratamiento con DBT presentaban dicha condición. Respecto al grupo control, solo 7,7% presentaba abstinencia. En cuanto a las medidas secundarias, se tuvieron en cuenta principalmente las relacionadas con las puntuaciones del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. En esta medida, se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor de los grupos de DBT y ACT. En la subescala Somática, se presentó una disminución en los grupos DBT y ACT, y hubo un aumento de ésta en el Grupo Control. En cuanto a la escala cognitiva, ACT tuvo mejor resultado que DBT, sin ser estadísticamente significativo. Sin embargo, en relación al grupo control, sí lo fue.

Respecto a los criterios de diagnóstico de psicopatología, hubo una disminución en los trastornos por depresión y trastorno de pánico en el grupo ACT. No obstante, en los grupos de DBT y Grupo Control no se mostraron cambios significativos. Dentro de las limitaciones que plantean los autores, se encuentran la muestra pequeña de participantes y sugieren para personas que deserten del tratamiento, tener un grupo en espera.

El tercer estudio fue realizado por Gonzáles-Menéndez et al. (2014), con 37 mujeres que se encontraban en un centro de reclusión y presentaban criterios para dependencia de sustancias psicoactivas. Durante el estudio, el grupo de mujeres se dividió aleatoriamente en Grupo ACT y Grupo control con DBT. El objetivo general de este ensayo controlado aleatorio fue probar la eficacia a largo plazo de la ACT, en comparación con una DBT. Los hallazgos del estudio reflejaron que en ambos grupos hubo reducciones significativas en el consumo de sustancias psicoactivas, así como en los niveles de sensibilidad para la ansiedad. No obstante, los porcentajes de los trastornos mentales comórbidos se redujeron en el grupo ACT. A los 18 meses se encontró que la ACT tenía mayor tasa de abstinencia, a diferencia de la DBT. Los resultados para abstinencia en ACT fueron 27.8% al final del tratamiento, 42.8% a los 6 meses y 84,6% a los doce meses. En tanto que los porcentajes de abstinencia en el grupo de DBT fueron: 15.8% al final del tratamiento, 25% a los seis meses, 54,5% a los 12 meses y 50% a los 18 meses. Lo anterior indica que a los 18 meses, ACT fue estadísticamente significativa y favorable, en comparación con DBT. En cuanto a las medidas para la ansiedad, ambos grupos mostraron reducciones en los índices de sensibilidad; sin embargo, DBT mejoró más que ACT. No obstante, se evidenciaron mayores índices de aceptación de eventos privados (sensaciones, emociones, pensamientos) en el grupo ACT. Dicha variable es considerada como mediadora respecto a la abstinencia.

Discusión

El objetivo de este artículo fue brindar una revisión de los estudios empíricos en adicciones basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso, a partir de la búsqueda y el análisis de la literatura científica. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que la Terapia de Aceptación y Compromiso es tan eficaz en el tratamiento por trastornos de abuso y dependencia de sustancias como otro tipo de tratamientos psicológicos, partiendo de los resultados inmediatos en el postratamiento. No obstante, en los seguimientos a largo plazo de las intervenciones, ACT tiene más grado de efectividad que otro tipo de tratamientos (Gifford et al., 2004; González et al., 2014; Hernandez-Lopez et al., 2009; Stotts et al., 2009; Villagrà et al., 2014; Villagrà & Gonzales, 2013) en cuanto a la abstinencia de sustancias psicoactivas. Esto concuerda con lo planteado por Gifford (2004, como se citó en Lee et al., 2015) como “efecto de incubación”, el cual consiste en que después del tratamiento desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, se sigue presentando un aumento en la flexibilidad psicológica, medido generalmente en las investigaciones a través del instrumento AAQ (Hayes, 1999, como se citó en Hernandez-López et al., 2009), con el que se observa cómo se relaciona el individuo con sus eventos privados y qué tanto se convierten en un obstáculo para dirigirse hacia sus valores. Este componente de flexibilidad podría estar relacionado con los resultados de abstinencia a largo plazo. Como lo mencionaba López Hernández-Ardieta (2014), la eficacia en los seguimientos de la ACT es una característica principal en los hallazgos, teniendo en cuenta que muchos de los tratamientos tradicionales para la población con dependencia a sustancias tienen limitaciones en los seguimientos. Inclusive, en el metaanálisis realizado por Magill & Ray (2009), los autores concluyeron que los tratamientos basados en la Terapia Cognitivo Conductual son eficaces en el postratamiento, aunque dicho efecto se desvanece entre los seis y doce meses en los seguimientos.

Tal como lo menciona López Hernández-Ardieta (2014), el objetivo central de ACT difiere de las terapias habituales que persiguen la eliminación del deseo de consumo para lograr abstinencia, en tanto que esta busca que las personas puedan relacionarse de una forma distinta con sus eventos privados y que respondan siempre en dirección a sus valores. De hecho, en algunas investigaciones donde describían correlación entre las variables, encontraron que a mayor flexibilidad psicológica, menor probabilidad de recaer en el consumo; es decir, dicha variable se comportó como mediadora en cuanto a la abstinencia (Gifford et al., 2004; Villagrà & Gonzales, 2013; Villagrà et al., 2014).

Por otro lado, existe evidencia de que la ACT combinado con tratamiento farmacológico es más eficaz que el tratamiento farmacológico solo (Hayes et al., 2004). Esto contradice lo planteado por Amato et al. (2008), quienes hacen una revisión sistemática de estudios que comparaban tratamientos combinados de terapias

psicosociales más un fármaco vs el tratamiento con el fármaco, para el tratamiento de dependientes a los opiáceos. Los autores sugirieron que ningún tipo de terapia psicosocial había mejorado la adherencia o la abstinencia de los participantes en el seguimiento; sin embargo, en la revisión actual, de acuerdo con el estudio realizado por Hayes et al. (2004), hubo una mayor efectividad de tratamiento combinado. Además de lo anterior, Gifford et al. (2004; 2011), demostraron mayor efectividad en la abstinencia a la nicotina en las personas que recibieron la ACT, en comparación con tratamiento farmacológico.

Dentro de las dificultades observadas en los diferentes estudios se encuentra la deserción alta, que osciló entre 18% y 80%. Esto reduce significativamente las muestras y, con ello, los resultados de los tratamientos, aspecto que a su vez disminuye la posibilidad de generalizar. Resulta pertinente evaluar las variables mediadoras que inciden en la deserción, con el fin de que sean incluidas en los tratamientos y así acortar el nivel de retiro de los programas. En los estudios que presentaron una deserción alta (Smouth et al., 2010), sus autores explicaron con hipótesis dichas razones (patrones de consumo crónico, bajo ajuste psicosocial); sin embargo, se considera necesario poder desarrollar medidas que describan estas variables, para que en futuros estudios puedan ser tenidas en cuenta.

Conectado a lo anterior, en los estudios de Luoma et al. (2008; 2012), en los que realizaban un tratamiento desde la ACT para la reducción de la autoestigmatización en los dependientes de sustancias psicoactivas, explicaban cómo esta variable asociada con la vergüenza interna, estigma internalizado y estigma percibido, podría incidir en la búsqueda de tratamiento por consumo, adicional a esto, podría estar relacionado con la adherencia al mismo. Con lo anterior, comprobaron que la terapia de aceptación y compromiso, pueden reducir los niveles de auto-estigmatización en la población que abusa de sustancias psicoactivas. Los autores sugieren que ésta podría ser una variable a tener en cuenta en los diferentes tratamientos que se realicen para este tipo de población.

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra la muestra reducida de investigaciones revisadas, que permiten sacar unas conclusiones iniciales frente a los diferentes hallazgos después de la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en población con problemas de abuso o dependencia. Igualmente, para futuros estudios se recomienda realizar un mayor énfasis en el análisis estadístico, en cuanto a la efectividad de dicha terapia; así como incluir otro tipo de estudios como aquellos de caso único, que tal como lo mencionaba Roussos (2007), tendría dentro de sus ventajas la capacidad de generar hipótesis, establecer relaciones causa-efecto, capacidad de abordar casos con situaciones atípicas, posibilidad de proporcionar una evidencia en contra de conceptos hasta el momento universales. Por otro lado, teniendo en cuenta que la ACT está orientada hacia los valores de cada persona, se sugiere que los hallazgos de las investigaciones en poblaciones con trastornos por el abuso y/o dependencia de sustancias, puedan dar cuenta de los cambios luego del tratamiento, no solo en términos de abstinencia, sino también a nivel de condiciones de vida en general,

aspecto que no se ve claramente reflejado en algunas de las investigaciones descritas, las cuales se centran en el resultado de reducción de consumo, sin tener en cuenta mecanismos de cambio y la posibilidad de obtención y descripción de datos cualitativos donde se evidencien cambios en el repertorio conductual, asociados a la aceptación de eventos internos que pueden ser percibidos como negativos, y al compromiso hacia los valores personales. Así mismo, se recomiendan estudios que puedan dar cuenta del análisis de las diferentes fases en el proceso de tratamiento desde la ACT, y cuáles de ellas podrían ser más efectivas en el tratamiento o cómo se dan los procesos de cambio a partir de estas fases.

Cabe resaltar que no se han realizado estudios controlados en contextos latinoamericanos que pudieran ampliar la comprensión de los procesos que median la efectividad de ACT, teniendo en cuenta las diferentes variables culturales y demográficas. Esto se relaciona con lo planteado por Lee et al. (2015), quienes argumentaban que dentro de varios de los estudios controlados y aleatorizados revisados no había diversidad étnica, y dicha limitación es una de las razones de reducir las posibilidades de generalizar los resultados.

Por otro lado, aunque algunas de las investigaciones incluían instrumentos elaborados con el fin de observar variables relacionadas con la aceptación, acción y flexibilidad psicológica, cabe resaltar que la mayoría de los estudios presentaban instrumentos de segunda generación, enfocados en una visión psicopatológica, lo cual no es congruente con la dinámica manejada en la tercera generación; por tanto, se invita a que el desarrollo de investigaciones posteriores esté mucho más enriquecido en instrumentos psicométricos individualizados, con el fin de ver repertorios de comportamiento y su función en el contexto.

A modo de conclusión, se podría decir que la ACT es posiblemente eficaz en el abordaje de los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. Igualmente, se plantea la flexibilidad psicológica como variable mediadora relacionada con la abstinencia de sustancias psicoactivas. Se hace necesario realizar más estudios en esta área para ampliar su sustento empírico; así como desarrollar investigaciones en Latinoamérica que permitan enriquecer dicha terapia y aumentar su nivel de confiabilidad y eficacia.

Referencias

Administración de Servicios de Sustancias de Abuso y Salud Mental (SAMSHA). (2013). National Registry of evidence-based Programs and Practices. Recuperado de <http://www.samhsa.gov/data/evidence-based-programs-nrepp>

- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. & Mayet, S. (2008). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(4). Doi: 10.1002/14651858.CD004147.pub3
- Batten, S. & Hayes., S. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Comorbid Substance Abuse and Post-Traumatic Stress Disorder. A case study. *Clinical Studies*, (4), 246-262. Doi: <https://doi.org/10.1177/1534650103259689>
- Batten, S., DeViva, J., Santanello., A., Morris, L., Benson, P. & Mann, N. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Comorbid PTSD and substance Use Disorders. En J. T. Blackledge, J. Ciarrochi & F. Deane (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary Theory, Research and Practice* (pp. 311-328). Australia: Australian Academic Press.
- Bricker, J., Mann, S., Marek, P., Liu, J. & Peterson, A. (2010). Telephone-delivered Acceptance and Commitment Therapy for adult smoking cessation: A feasibility study. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(4), 454-458. Doi: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq002>
- Bricker, J., Wysszynski, C., Comstock, B. & Heffner, J. (2013). Pilot Randomized Controlled Trial of Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(10), 1756-1764. Doi: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt056>
- Bricker, J., Mull, K., Kientz, J., Vilardaga, R., Mercer, L., Akiola, K. & Heffner, J. (2014). Randomized, controlled pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 87-94. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.006>
- Buckner, J. D. & Carroll, K. M. (2010). Effect of anxiety on treatment presentation and outcome: Results from the Marijuana Treatment Project. *Psychiatry Research*, 178(3), 493-500. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.08.015>
- Buckner, J. D., Heimberg, R. G. & Schmidt, N. B. (2011). Social anxiety and marijuana-related problems: The role of social avoidance. *Addictive Behaviors*, 36(1-2), 129-132. Doi: 10.1016/j.addbeh.2010.08.015
- Buckner, J. D., Mallott, M. A., Schmidt, N. B. & Taylor, J. (2006). Peer influence and gender differences in problematic cannabis use among individuals with social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(8), 1087-1102. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.002>
- Buckner, J., Zvolensky, M., Farris, S. & Hogan, J. (2014). Social Anxiety and Coping Motives for Cannabis Use: The Impact of Experiential Avoidance. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 568-574. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0034545>

- Fernández, A. y Ferro, R. (2006). Psicoterapia Analítico Funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *Revista Edupsykhé*, 5(2), 203-229.
- Forsyth, J. P., Parker, J. D. & Finlay, C. G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors*, 28(5), 851-870. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00216-2](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00216-2)
- Gifford, B., Kohllenberg, B., Hayes, S., Antonuccio, D., Piasecki, M., Rasmussen-Hall, M. & Palm, K. (2004). Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 35, 689-705. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80015-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80015-7)
- Gifford, E., Kohlenberg, B., Hayes, S., Pierson, H., Piasecki, M. & Palm, K. (2011). Does Acceptance and Relationship Focused Behavior Therapy Contribute to Bupropion Outcomes? A Randomized Controlled Trial of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 42(4), 700–715. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.002>
- González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F. & Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 18-27. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70033-X](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70033-X)
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Bisset, R., Piasecki, M., Batten, S., Byrd, M. & Gregg, J. (2004). A preliminary Trial of Twelve-Step facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with Polysubstance Abusing Methadone Maintained Opiate Addicts. *Behavior Therapy*, 35(4), 667-688. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80014-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80014-5)
- Hayes, S. C. & Levin, M. (2012). *Mindfulness and Acceptance for Addictive Behaviors: Applying Contextual CBT to Substance Abuse and Behavioral Addictions*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao, España: Desclée De Brower.

- Heffner, M., Eifert, G. H., Parker, B. T., Hernandez, D. H. & Sperry, J. A. (2003). Valued directions: Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 378-383. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80055-X](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80055-X)
- Hernandez-López, M., Luciano, C., Bricker, J., Roales-Nieto, J. & Montesinos, F. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation: A Preliminary Study of Its Effectiveness in Comparison With Cognitive Behavioral Therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 723-730. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0017632>
- Larmar, S., Wiatrowski, S. & Lewis-Driver, S. (2014) Acceptanced & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 7, 216-221. Doi: <https://doi.org/10.4236/jssm.2014.73019>
- Lee, E., An, W., Levin, M. & Twohig, M. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy fortreating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1–7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>
- Lejuez, C. W., Paulson, A., Daughters, S. B., Bornovalova, M. A. & Zvolensky, M. J. (2006). The association betweenheroin use and anxiety sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. *Behav Res Ther.*, 44(5), 667–677. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.04.006>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Livingston, J., Milne, T., Lan Fang, M. & Amari, E. (2011). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
- López Hernández-Ardieta, M. (2010). Intervención psicológica en un trastorno adictivo desde el paradigma conductista radical. *Salud y drogas*, 10(2), 37-46.
- López Hernández-Ardieta, M. (2014). Estado Actual de la Terapia de Aceptación y Compromiso en Adicciones. *Salud y drogas*, 14(2), 99-108.
- Luciano, M. C., Gómez, S., Hernández, M., y Cabello, F. (2001). Alcoholismo, evitación experiencial y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 333-371.
- Luciano, M., Paez-Blarrina, M. y Valdivia-Salas, S. (2010). La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1),141-165.

- Luciano, M. C., Rodríguez, M., & Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 377-394.
- Luoma, J., Kohlenberg, B., Hayes, S., Bunting, K. & Rye, A. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, 16, 149-165. Doi: <https://doi.org/10.1080/16066350701850295>
- Luoma, J., Kohlenberg, B., Hayes, S. & Fletcher, L. (2012). Slow and Steady Wins the Race: A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Targeting Shame in Substance Use Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 43-53. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0026070>
- Magill, M. & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs*, 70(4), 516-527. Doi: <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>
- Mak, Y. W. & Loke, A. Y. (2015). The acceptance and commitment therapy for smoking cessation in the primary health care setting: a study protocol. *BMC Public Health*, 15(105), 1-7. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1485-z>
- Marín Romero, B. (2006). Dependencia de cocaína y Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(146), 781-798.
- Mayet, S., Ferri, M., Amato, L. & Davoli, M. (2004). Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. *Cochrane Drugs and Alcohol Group*, 25(1). Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004330.pub2>
- National Institute on Drug Abuse. (NIDA). (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Washington: National Institute on Drug Abuse. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations/principles>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2004). La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias. OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>
- Öst, L. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research & Therapy*, 61, 105-121. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé*, 5(2), 159-172.

- Pérez Álvarez, M., Fernández Heredia, J. R., Fernández Rodríguez, C. & Amigo Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (2ª ed.)*. Psicología de la salud. España: Ediciones Pirámide.
- Petersen, C. & Zettle, R. (2009). Treating Inpatients with Comorb in Depression and Alcohol Use Disorders: A comparison of Acceptance and Commitment Therapy Versus Treatment as Usual. *The Psychological Record*, 59, 521–536.
- Roussos, A. (2007). El diseño de cao único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.
- Secades, R. y Fernández, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción. *Revista Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Smout, M., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. & White, W. (2010). Psychosocial Treatment for Methamphetamine Use Disorders: A preliminary Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy. *Substance Abuse*, 31, 98-107. Doi: <https://doi.org/10.1080/08897071003641578>
- Stotts, A., Masuda, A., Sate, G. & Wilson, K. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy during Methadone Dose Reduction: Rationale, Treatment Description, and a Case Report. *CognBehavPract.*, 16(2), 205–213. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.08.003>
- Villagrà, P., Fernández, P., Rodríguez, F. & Gonzales, A. (2014). Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Substance Use Disorder With Incarcerated Women. *Journal of clinical psychology*, 70(7), 644–657. Doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.22060>
- Villagrà, P. & Gonzales, A. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psicothema*, 25(3), 307-312.
- Weissman, M. M. y Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry*, 33(9), 1111-1115. Doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770090101010>
- Witkiewitz, K., Marlatt, A. & Walker, D. (2005). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders. *Journal of cognitive psychotherapy: An International Quarterly*, 30(4), 295-305. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08897070903250084>

La adicción a la pornografía: causas y consecuencias

Pornography addiction: causes and consequences

Enviado: 3 de junio de 2016 / Aceptado: 31 de agosto de 2016

Angélica Velasco*
Víctor Gil*

Forma de citar este artículo en APA:

Velasco, A. y Gil, V. (2017). La adicción a la pornografía: causas y consecuencias. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 122-130.
Doi: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2265>

Resumen

La pornografía puede definirse como el material audiovisual que presenta de forma explícita actividades sexuales y genitales de manera inocultable, con el objetivo de excitar al espectador. El objetivo de este trabajo es identificar las principales causas y consecuencias de la adicción a la pornografía en hombres y mujeres. Se empleó la metodología de la revisión sistemática de literatura (RSL), tomando como referencia investigaciones previas publicadas en bases de datos científicas y publicaciones web especializadas. Este trabajo concluye que la adicción a la pornografía puede generar problemas físicos, mentales, psicológicos y sociales, que son equiparables con los que genera la adicción al consumo de sustancias psicoactivas. Establecer estrategias de autocontrol, incrementar la actividad física y la participación en actividades sociales son algunas de las alternativas que pueden ayudar a combatir y prevenir la adicción.

Palabras clave:

Adicción; comportamiento sexual; erotismo; pornografía; trastorno obsesivo compulsivo.

* Máster en Bioética, Licenciada en Pedagogía Reeducativa, Investigadora social, Bogotá-Colombia. Correo electrónico: angelicavelasco13@yahoo.com

** Máster en Ingeniería de Sistemas, Docente Investigador en la Fundación Universitaria Luis Amigó, Colombia. Grupo de Investigación Neurociencias Básicas y Aplicadas (NBA). Correo electrónico: victor.gilve@amigo.edu.co



Abstract

Pornography can be defined as the audiovisual material that presents sexual and genitals activities with great detail with the intention of spectator excitement. The objective of this paper is to identify the main causes and consequences of the pornography addiction in men and women. It was used the methodology of the systematic literature review (SLR), taking as a basis previous research published in scientific databases. This paper conclude that the pornography addiction can generate physical, mental, psychological and social problems which are comparable with those generated by the consumption of psychoactive substances. Set self-control strategies, increase physical activity and participation in social activities are some of the strategies which can help to combat the addiction.

Keywords:

addiction; pornography; sexual behavior; obsessive-compulsive disorder; eroticism.

Introducción

Según Peter y Valkenburg (2010), la pornografía hace referencia al material sexualmente explícito producido profesionalmente, cuyo principal objetivo es excitar sexualmente al espectador. Las personas adictas a la pornografía pueden pasar largos períodos de tiempo visualizando imágenes, videos y demás material pornográfico, situación que puede llevar al aislamiento social, a experimentar depresión severa, neurosis y cambios impredecibles de ánimo.

Se empleó la metodología de la revisión sistemática de literatura (RSL), que es organizada, auditable y estructurada, que busca dar respuesta a una o más preguntas de investigación tomando como referencia estudios publicados en bases de datos científicas, páginas web especializadas y literatura gris (Kitchenham, 2004; Staples & Niazi, 2007).

La pregunta para esta investigación fue: ¿Cuáles son las principales causas y consecuencias de la adicción a la pornografía? El resto del trabajo presenta la metodología de búsqueda, los resultados y la discusión. Finalmente, se concluye que la adicción a la pornografía puede generar problemas físicos y psicológicos que son equiparables con los que genera la adicción al consumo cocaína, marihuana y demás sustancias psicoactivas. Algunas de las estrategias para combatir esta adicción son: evitar visualizar material con contenido sexual explícito, incrementar la ejecución de actividades físicas, llevar una vida social activa y hábitos de vida saludables.

Metodología

Se realizó una búsqueda en Scopus, IEEE Digital Library, Springer Link, Science Direct y Scielo. Las palabras clave de búsqueda utilizadas fueron: *pornography, addiction, problems sexual, behaviour, adult, content*. El rango de fechas de la búsqueda comprendió desde el año 2000 hasta el año 2016. Los documentos que se consideraron en la revisión fueron: revistas, publicaciones web especializadas, capítulos de libros, artículos de conferencias. Los documentos que se excluyeron fueron: resúmenes de artículos y prefacios. Las ecuaciones de búsqueda utilizadas se presentan a continuación:

(TITLE-ABS-KEY (Pornography) OR (Addiction) AND (((Problems OR (Sexual)) OR (((Behaviour) OR ((Adult) OR (Content))))) >1999

(TITLE-ABS-KEY (Pornography) AND (Addiction) AND (((Problems OR (Sexual)) AND (((Behaviour) AND ((Adult) AND (Content))))) >1999

(TITLE-ABS-KEY (Pornography) AND (Addiction) AND (((Problems OR (Sexual)) OR (((Behaviour) AND ((Adult) OR (Content))))) >1999

(TITLE-ABS-KEY (Pornography) AND (Addiction) AND (((Problems OR (Sexual)) AND (((Behaviour) AND ((Adult) OR (Content))))) >1999

(TITLE-ABS-KEY (Pornography) OR (Addiction) OR (((Problems OR (Sexual)) OR (((Behaviour) OR ((Adult) AND (Content))))) >1999

La Tabla 1 presenta el número de publicaciones por tipo recopiladas en la revisión.

Tabla 1. Número de publicaciones

Tipo de Publicación	Cantidad
Artículos	23
Libros	9
Capítulos de libros	2
Publicaciones web	18
Total	41

Fuente: Elaboración de los autores

El autor, la revista y el país que registran el mayor número de publicaciones en el tema son, respectivamente, R. Jensen, Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment y EEUU. En total se recopilaron 41 publicaciones.

Los criterios de inclusión utilizados para la elección de los estudios primarios fueron los siguientes: publicaciones presentadas en español o inglés en los últimos dieciséis años, que contuvieran en su título, resumen o palabras clave los términos de búsqueda establecidos. Además, que fueran publicaciones claras y concisas que ayudaran a responder la pregunta de investigación planteada. Por su parte, los criterios de exclusión fueron: publicaciones que no correspondían con los idiomas y el periodo de búsqueda y que no estuvieran publicadas en bases de datos científicas.

Una vez evaluadas las publicaciones que fueron recopiladas en la búsqueda según los criterios mencionados con anterioridad, se seleccionaron y analizaron 15 publicaciones.

Resultados y discusión

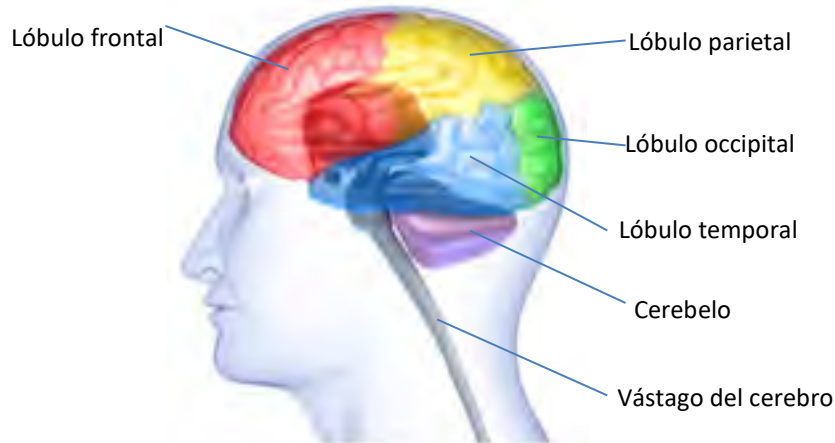
La mayoría de las personas utilizan internet de forma habitual como primera fuente de información y como medio de comunicación y socialización. En la última década, el uso de la pornografía en la internet se ha convertido en algo popular (Mayer, 2011). Para la mayoría de las personas, el uso de pornografía es algo entretenido, para otros se convierte en un hábito que genera dependencia y comportamientos fuera de control (Gola, 2016). Estudios previos han sugerido que el uso de la pornografía puede influir en los comportamientos sexuales (Gola, 2016). Según Joyce (2008), la regulación de la pornografía en la web ha demostrado ser una tarea especialmente difícil para los legisladores y la comunidad internacional, debido en gran parte a su naturaleza voluble y al medio electrónico en el que reside. Se necesitan normas internacionales para combatir la propagación ilegal de pornografía (Joyce, 2008).

Dicha industria es un fenómeno generalizado principalmente en los adolescentes, la mayoría están expuestos a ella a través de la red informática, ya sea voluntaria o involuntariamente y a una edad más o menos prematura (Bulot, Leurent y Collier, 2015). Según Rasmussen y Bierman (2016), a medida que los niños crecen, el uso de pornografía aumenta dramáticamente. El uso excesivo de estímulos sexuales visuales es el más frecuente problema de comportamiento hipersexual (Prause, Steele, Staley, Sabatinelli y Hajcak, 2015). Además, la pornografía se ha vuelto cada vez más aceptable, tanto jurídica como culturalmente, el nivel de violencia y degradación hacia la mujer se ha intensificado (Jensen & Okrina, 2004).

La pornografía está fuertemente ligada con la práctica de la masturbación, conducta sexual frecuentemente asociada a la culpabilidad sexual (Sierra, Perla, y Gutiérrez-Quintanilla, 2009). El exceso de masturbación puede generar en el individuo depresión, estrés, ansiedad e inestabilidad emocional, desórdenes de atención y mente ausente, memoria insuficiente, sensibilidad a la luz, erección débil e impotencia sexual, esterilidad, prostatitis o uretritis, eyaculación precoz, desórdenes neurológicos, de sueño y digestivos (Shekarey, Rostami, Mazdai & Mohammadi, 2011; Sierra, Monge, Santos-Iglesias, Quevedo-Blasco, Bermúdez, & Buela-Casal, 2013).

La liberación de dopamina $C_6H_3(OH)_2-CH_2-CH_2-NH_2$ en el cerebro, generada por la excitación derivada de la visualización de imágenes con un alto contenido sexual, afecta el lóbulo frontal del cerebro, que es el área encargada de las funciones cognitivas y conductuales (Lynn, 2012). Los lóbulos frontales son las estructuras más anteriores de la corteza cerebral (ver Figura 1), se encuentran situados por delante de la cisura central y por encima de la cisura lateral (Flores Lázaro, 2008).

Figura 1. Cerebro humano



Fuente: Fotolia

La Tabla 2 presenta algunas causas y consecuencias generadas por la adicción a la pornografía (Shekarey, Rostami, Mazdai, y Mohammadi, 2011; Freud, 1912).

Tabla 2. Adicción a la pornografía

Causas		Consecuencias	
Físicos	— Cambios hormonales	<ul style="list-style-type: none"> — Adicción y dependencia — Impotencia sexual y frigidez — Induce a la masturbación obsesivo compulsiva — Eyaculación precoz — Propensión al exhibicionismo 	
	— Influencia hereditaria		
	— Abuso sexual		
	— Maltrato físico y verbal		
Mentales y Psicológicos	— Curiosidad	<ul style="list-style-type: none"> — Depresión — Culpabilidad y vergüenza — Ira y neurastenia — Incremento de fantasías sexuales — Comportamiento obsesivo compulsivo 	
	— Carencia afectiva		
	— Visualización de imágenes con alto contenido sexual a temprana edad		
	— Fracazos, pensamientos y sentimientos negativos		
Sociales	— Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> — Aislamiento social — Rechazo al sexo opuesto — Destrucción de la vida sexual en pareja — Divorcios — Incremento de violaciones sexuales y homicidios relacionados con sexo — Degradación de la mujer — Despierta la necesidad de experimentar la sexualidad e induce a los niños a la masturbación 	
	— Bullying		
	— Soledad		
	— Mal ejemplo de los padres o personas cercanas		

Fuente: Adaptado de Shekarey, Rostami, Mazdai & Mohammadi, 2011; Freud, 1912.

Estrategias de mejoramiento

Algunas de las estrategias para que las personas adictas se mejoren son: en primer lugar, buscar ayuda de un profesional (psicólogo / psicoterapeuta) (Sell Llueras y Padrón Durán, 2001) para que identifiquen las posibles causas del problema. Para las personas que no son adictas, especialmente niños y adolescentes, algunas de las estrategias que ayudarían a prevenir y combatir la adicción son:

- Evitar escuchar y visualizar contenido sexual explícito en medios audiovisuales (internet, radio, revistas, diarios, etc.).
- Evitar que los niños y adolescentes tengan acceso a internet en espacios cerrados (instalar programas anti-pornográficos en ordenadores y dispositivos móviles).
- Desarrollar actividades deportivas o lúdicas.
- Llevar una vida social y espiritual activa.
- En casos extremos, acudir a un psicoterapeuta o profesional especializado en adicciones sexuales.

Conclusiones

La adicción a la pornografía puede generar problemas físicos, psicológicos, emocionales y espirituales. Así como el consumo de cocaína, marihuana, heroína u otros tipos de sustancias psicoactivas afectan el cerebro, la pornografía también lo hace.

Las personas que enfrentan fracasos sentimentales, académicos, laborales, entre otros, son más propensas a caer en esta adicción y en muchas otras. La ansiedad, angustia y depresión motivan al sujeto a llenar un vacío emocional, situación que empeora el problema.

En la actualidad, existe una gran cantidad de páginas con alto contenido sexual en internet, a las cuales se puede ingresar de manera gratuita, lo que permite al adicto satisfacer su necesidad en cualquier momento y lugar únicamente con tener un dispositivo con acceso a internet. Debido a lo anterior, se deben establecer medidas de control para evitar la proliferación del material pornográfico.

El adicto a la pornografía se degenera paulatinamente queriendo practicar todo lo que ve, como es el caso de Teb Bundy (Michaud y Aynsworth, 2000); las personas que no tienen pareja y son adictos, se les puede dificultar relacionarse con personas del sexo opuesto y pueden presentar depresión severa, culpabilidad y aislamiento social. A estas personas, por lo general, se les dificulta reconocer su adicción, hasta el punto de llegar a justificar e, inclusive, ocultar su comportamiento, lo que hace difícil que reciban ayuda de un profesional. Las personas adictas que tienen pareja, al darse cuenta que su compañero/a sentimental no tienen las mismas actitudes de los actores de las escenas, se pueden decepcionar por no encontrar satisfacción en la relación.

Referencias

- Bulot, C., Leurent, B., & Collier, F. (2015). Pornographie, comportements sexuels et conduites à risque en milieu universitaire. *Sexologies*, 24(4), 187–193. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2015.09.007>
- Flores Lázaro, J. C. (2008). Neuropsicología de Lóbulos Frontales, Funciones Ejecutivas y Conducta Humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 47–58.
- Fotolia. (2016). Ilustración del cerebro humano [Figura]. Recuperado de https://co.fotolia.com/search?k=cerebro+humano&filters%5Bcontent_type%3Aall%5D=1&order=nb_downloads
- Freud, S. (1912). Contribuciones para un debate sobre el onanismo. *Obras Completas*, 12, 247–263.
- Gola, M. (2016). Decreased LPP for sexual images in problematic pornography users may be consistent with addiction models. Everything depends on the model. (Commentary on Prause, Steele, Staley, Sabatinelli, & Hajcak, 2015). *Biological Psychology*, 117. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.05.003>
- Jensen, R., & Okrina, D. (2004). *Pornography and sexual violence*. National Online Resource Center on Violence. Recuperado de <http://www.oneangrygirl.net/jensenlong.pdf>
- Joyce, R. A. (2008). Pornography and the Internet. *IEEE Internet Computing*, 12(4), 74-77. Doi: <https://doi.org/10.1109/MIC.2008.83>
- Kitchenham, B. (2004). *Procedures for Performing Systematic Reviews*. Joint Technical Report: Australia. Recuperado de http://people.ucalgary.ca/~medlibr/kitchenham_2004.pdf

- Lynn, A. (2012). Sex, Productivity and Motivation : Pornography. [Mensaje en un blog] Asian Efficiency. Recuperado de <http://www.asianefficiency.com/health/sex-productivity-and-motivation-part-06-pornography/>
- Mayer, M. A. (2011). La utilización de Internet entre los adolescentes, riesgos y beneficios. *Atención Primaria*, 43(6), 287–288. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.12.004>
- Michaud, S. G., & Aynesworth, H. (2000). *Ted Bundy: Conversations with a killer*. Texas: Authorlink.
- Peter, J. & Valkenburg, P. M. (2010). Processes underlying the effects of adolescents' use of sexually explicit internet material: The role of perceived realism. *Communication Research*, 37(3), 375–399. Doi: <https://doi.org/10.1177/0093650210362464>
- Prause, N., Steele, V. R., Staley, C., Sabatinelli, D., & Hajcak, G. (2015). Modulation of late positive potentials by sexual images in problem users and controls inconsistent with “porn addiction.” *Biological Psychology*, 109, 192–199. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.06.005>
- Rasmussen, K., & Bierman, A. (2016). How does religious attendance shape trajectories of pornography use across adolescence? *Journal of Adolescence*, 49, 191–203. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.03.017>
- Sell Lluveras, J. L. y Padrón Durán, R. S. (2001). Disfunción sexual eréctil. *Revista Cubana de Endocrinología*, 12(2), 115-123.
- Shekarey, A., Rostami, M. S., Mazdai, K., & Mohammadi, A. (2011). Masturbation: Prevention; Treatment. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 30, 1641–1646. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.318>
- Sierra, J. C., Perla, F., y Gutiérrez-Quintanilla, R. (2009). Actitud hacia la masturbación en adolescentes: propiedades psicométricas de la versión española del Attitudes Toward Masturbation Inventory. *Universitas Psychologica*, 9(2), 531–542.
- Sierra, J. C., Monge, F. S., Santos-Iglesias, P., Quevedo-Blasco, R., Bermúdez, M. P., & Buela-Casal, G. (julio, 2013). Un estudio sobre las actitudes sexuales machistas en adolescentes peruanos. Ponencia presentada en el XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Brasilia, Brasil.
- Staples, M. & Niazi, M. (2007). Experiences using systematic review guidelines. *Journal of Systems and Software*, 80(9), 1425–1437. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2006.09.046>

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Revisión teórica de los modelos y estrategias preventivas

Prevention of psychoactive substance use. A theoretical review of prevention models and strategies

Enviado: 7 de junio de 2016 / Aceptado: 30 de septiembre de 2016

Laura Llano Sierra*
Mayra Gisella Martínez Saldarriaga**
Mariana Torres Benítez***
Jessica Magaly Ochoa Parra****
Daniela Peláez Olarte*****

Forma de citar este artículo en APA:

Llano Sierra, L., Martínez Saldarriaga, M. G., Torres Benítez, M., Ochoa Parra, J. M. y Peláez Olarte, D. (2017). Prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Revisión teórica de los modelos y estrategias preventivas. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 131-141. Doi: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2266>

Resumen

Se entienden los modelos conceptuales en prevención como construcciones que se han venido desarrollando lentamente, los cuales responden a contextos en los que se reflexiona acerca de la construcción teórica y la acción práctica. Dichos constructos, se van adaptando a la situación cultural, política, económica del país, teniendo en cuenta la posible relación entre los modelos preventivos y las necesidades. Lo ideal sería implementar, en cualquier acción que involucre lo teórico y lo práctico, referentes investigativos que retomen diversas perspectivas para asumir el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y, por tanto, de la prevención del mismo, teniendo presente a la sustancia, al individuo y al contexto y tomando al ser humano y al consumo de SPA como un proceso dinámico compuesto por variables: psicológicas, sociales-culturales-políticas y biológicas que requieren intervención. Lo anterior se puede lograr revisando modelos teóricos que centren su atención en cada una de las variables mencionadas, para construir un modelo integrativo que dé respuesta a la globalidad de la problemática, y del que sea posible evaluar constantemente la vigencia, posibilidades de aplicación, pertinencia y relevancia.

* Psicóloga, Profesional Desarrollo Humano y Organizacional EPM (Unidad de transformación Cultural), Medellín. Correo electrónico: lauris_llano@hotmail.com

** Psicóloga, Ejército Nacional, Fuerza de tarea Júpiter, Medellín. Correo electrónico: mayramartinez1893@gmail.com

*** Psicóloga, Participación Ciudadana de la Alcaldía de Bello, Medellín. Correo electrónico: mechis1217@hotmail.com

**** Psicóloga, Egresada Universidad Católica Luis Amigó, Medellín. Correo electrónico: jessica-0117@hotmail.com

***** Psicóloga, Egresada Universidad Católica Luis Amigó, Medellín. Correo electrónico: pelaezdanny@hotmail.com



A partir del abordaje de modelos teóricos basados en las representaciones sociales, se trata la prevención referida al conjunto de creencias de un sistema cultural como tal y se menciona la necesidad de intervenir en las percepciones -estructura del pensamiento de un sujeto social inscrito en un periodo histórico y en una situación específica-, percibiendo el consumo desde otra perspectiva.

Cabe mencionar que el objetivo del presente artículo es realizar una revisión teórica sobre los modelos y estrategias preventivas del consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de orientar hipótesis partiendo de la implementación de programas de prevención.

Palabras Clave:

Consumo de sustancias; estrategias preventivas; modelos de prevención; prevención; programas de prevención.

Abstract

Conceptual models understand themselves in prevention as constructions that have been developed slowly, which respond to contexts in which reflects about the theoretical construction and practical action. These constructs, are adapting to the cultural, political and economic situation of the country, taking into account the possible relationship between preventive models and needs. The ideal would be implemented, in any action that involves theoretical and practical, relating research to that resume diverse perspectives to take on the phenomenon of the consumption of substances psychoactive (SPA) and, therefore, the prevention of it, bearing in mind the substance, the individual and the context and taking the human being and the consumption of SPA as a dynamic process consisting of variables: psychological, cultural-political and biological that require intervention. It previous is can achieve reviewing models theoretical that focus your attention in each an of them variable mentioned, for build a model integrative that give response to the globality of the problematic, and of which is possible evaluate constantly the force, possibilities of application, relevance and relevance.

From the approach of theoretical models based on social representations, prevention refers to the set of beliefs of a cultural system as such is and mentioned the need to intervene in perceptions-structure of the thought of a social subject enrolled in a historical period and in a specific situation-, perceiving consumption from another perspective.

It is worth mentioning that the aim of this article is to perform a theoretical review on the models and preventive strategies of consumption of psychoactive substances, in order to guide hypothesis on the basis of the implementation of prevention programs.

Keywords:

Consumption of substances; prevention; prevention programs; prevention models; preventive strategies.

Introducción

Es pertinente contextualizar sobre uso y abuso de sustancias psicoactivas (SPA) en la sociedad actual. El consumo de sustancias legales e ilegales se ha convertido en un tema de salud pública; siguiendo el informe mundial de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2015), aproximadamente 27 millones de personas del mundo son drogodependientes, razón por la cual debe considerarse el abuso de SPA como una situación social que requiere prevención, tratamiento y atención continua, con el fin de reducir daños y promover el bienestar del ser humano.

Lo anterior tiene relación con la temática central del presente artículo, el que es un avance teórico de la investigación en curso denominada “Prevención del consumo de sustancias psicoactivas en Antioquia. Programas, modelos y prácticas”, con el cual se pretende relacionar los modelos preventivos del consumo de SPA con las necesidades en la materia, para reconocer los aciertos y limitaciones de la prevención en Antioquia.

La prevención de consumo de sustancias psicoactivas es un asunto que no ha contado con la suficiente flexibilidad para incorporar nuevos conocimientos que permitan hacerla más efectiva; por ello es pertinente, inicialmente, conocer las bases teóricas que se deben tener en cuenta para el diseño y ejecución de un programa de prevención, el cual debe estar adaptado al contexto particular para que asuma las necesidades y evidencie la teoría en la práctica. Considerando la historia de los programas y políticas de prevención, es preciso reconocer métodos de generación de evidencia, análisis y evaluación, que permitan aprender de los logros y errores, para tener presente la adaptación de los programas a las necesidades y características de cada entorno, teniendo en cuenta el balance de costos y beneficios que la aplicación de determinadas estrategias tiene para cada programa (Pérez, Mejía y Becoña, 2015).

Desarrollo del tema

Aspectos generales de Programas Preventivos

Si bien el consumo de SPA es un asunto que requiere de especial atención por las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que puede generar en ciertas personas vulnerables a desarrollar una dependencia, es prudente anticiparse al inicio y mantenimiento del consumo; por lo anterior, es necesario hacer una aproximación al término prevención. Para Martín (1995), la prevención de drogodependencias “es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas” (p. 55).

Cabe mencionar entonces, que las acciones preventivas tienen como objetivo evitar la aparición de un problema; en el caso de las drogodependencias, impiden la aparición de conductas de consumo a partir del diseño y ejecución de planes preventivos para contextos que requieren de los mismos.

Teniendo en cuenta que la finalidad está centrada en conocer las principales necesidades de los programas de prevención actual; es preciso saber en qué consiste un programa, entendido éste como la agrupación de acciones que se ejecutan con un objetivo común entre los diferentes actores involucrados; es por tanto que un programa preventivo requiere de recursos específicos para organizar acciones, con el fin de evadir la aparición de un problema particular (Escamez, 1990).

Del mismo modo, se han evidenciado que los enfoques que asumen los programas preventivos se basan en los objetivos e intereses que los sustentan. Inicialmente, la prevención se desarrollaba a través de la perspectiva de la oferta, que se fundamenta en las características y dinámicas socioculturales en las cuales está inmerso un grupo de individuos; este tipo de prevención no ha generado el suficiente impacto, puesto que no retoma factores de riesgo del entorno social, familiar e individual de los sujetos a los que van dirigidos dichos programas; tal como si lo hace el enfoque de la demanda (Glantz & Pinckens, 1992).

Cabe mencionar que en el planteamiento de los programas preventivos se tiene en cuenta la población objeto que se beneficiará de los contenidos de dichas acciones; la clasificación que se hace por poblaciones al momento de desarrollar intervenciones preventivas son nombradas por modalidades: universal, selectiva e indicada; la primera se enfoca en acciones basadas en el desarrollo de habilidades generales para un grupo

poblacional amplio; la selectiva se dirige a aquellos grupos que se perciben en riesgo de iniciar un consumo; finalmente, la indicada es aquella que se enfoca en poblaciones ya inmersas en la problemática (Calderón y Castaño, 2007).

Es importante tener en cuenta las anteriores modalidades en el momento de plantear programas de intervención, puesto que tendrán el resultado esperado en la medida en que se conocen las características de la población a la que van dirigidas las acciones preventivas, y así determinar su eficacia y pertinencia. Otro punto importante al diseñar programas de prevención se refiere a la especificidad e inespecificidad de sus acciones; cuando son específicas enfrentan la dificultad de forma directa y explícita; por el contrario, cuando son inespecíficas intervienen la situación de manera indirecta.

Modelos teóricos de prevención

Los modelos de prevención están sustentados a partir de una serie de teorías, las cuales pretenden identificar un problema específico; lo anterior es comprobado a partir de la práctica que se da empíricamente para corroborar hipótesis planteadas inicialmente.

Un asunto interesante en el campo de la prevención es la ausencia de concordancia en el mismo, en los programas preventivos y en los modelos teóricos que subyacen a estos; es pertinente hacer un rastreo teórico de los principales modelos que sustentan las intervenciones preventivas.

A continuación se exponen diferentes agrupaciones de modelos preventivos, clasificados a partir de sus características comunes, específicamente en la manera de percibir la prevención y el consumo de SPA.

1. Modelos de influencias sociales. Los modelos de este grupo tienen como fin principal identificar las razones del inicio y prolongación del consumo en ciertas personas desde el contexto sociocultural, mencionando aquellos factores que inciden en que unas personas consuman en relación con otras que no lo hacen. El primer modelo que forma parte de este grupo es el *teórico general subyacente*; se centra en conocer las causas del inicio del consumo, teniendo en cuenta tres factores referidos a conocer la predisposición que tienen algunas personas para iniciar el consumo y mantenerlo en el tiempo; de la misma manera, tiene en cuenta que el consumo de las drogas legales puede dar lugar al consumo de drogas penalizadas y, finalmente, estima las variables biológicas, psicológicas y socioculturales que tienen influencia en el mantenimiento y progresión del consumo (Becoña, 1995).

El segundo modelo que compone este grupo, denominado *Modelo de influencias sociales o psicosociales*, tiene como principio teórico los aportes sobre del aprendizaje social (Bandura, 1982), específicamente los procesos de observación e imitación, lo que se explica a través del comportamiento que tienen algunas personas que inician su consumo a partir de la imitación conductual de quienes conforman el grupo al cual quieren pertenecer. Se enfoca en la prevención desde tres factores de riesgo: del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual. Los rasgos de personalidad formados por el temperamento y el carácter están relacionados con el comportamiento del ser humano, por ende, dichos asuntos inciden en la toma de decisiones sobre las posibilidades de consumo que brinda el contexto (Becoña, 1995).

El tercer modelo, nombrado *modelo sociológico*, como base menciona la definición del sujeto en referencia a su grupo social; se relaciona con el anterior modelo y destaca la importancia de la pertenencia al grupo; siendo éste más enfático en el establecimiento de una subcultura del consumo de SPA, que se define como un grupo inmerso en una cultura con parámetros generales, identificado por características específicas que constituyen su propia identidad. Al interior de dicha subcultura emergen roles con funciones que cada sujeto cumple en el grupo de pertenencia, lo que implica su adaptación al contexto, que siga sus reglas culturales y se adhiera a la realidad particular del grupo que se ve reflejada en el ejercicio de sus actividades y funciones (Pastor y López-Latorre, 1993).

Finalmente, el *modelo ético social*, interviene en el campo de la prevención a partir de una triada compuesta por sustancia-persona-contexto; como principio destaca el hecho de que los seres humanos tengan un proyecto de vida. Tiene en cuenta los diferentes ámbitos en los cuales se desenvuelve el individuo; integrando a los principales agentes formadores en el tema de la prevención del consumo, como lo son la familia y los educadores. Es ético-social por la responsabilidad que otorga al sujeto sobre su bienestar integral (Kornblit, Camarotti y Di Leo, 2010).

2. Modelos informativos. Este grupo de modelos se enfoca en dar información a la población en general sobre las consecuencias y efectos negativos del abuso de sustancias; a partir de las evidencias y datos que provee, se dará lugar a la toma de decisiones. Así se conforman cuatro modelos: uno de ellos es el *modelo racional o informativo*; este tiene como objetivo exponer información centrada en aquellas consecuencias y efectos negativos del abuso de sustancias psicoactivas, lo que será la base para concientizar a la sociedad y que tenga la posibilidad de tomar decisiones basadas en la evidencia (Becoña, 1995).

Otro de los modelos que se considera informativo es el de *habilidades generales*, el cual tiene como premisa potencializar aquellas prácticas personales dirigidas a enfrentar situaciones en las que sea necesaria la toma de decisiones; hace énfasis en el desarrollo de destrezas para manejar las influencias sociales, enseñando habilidades cognitivo-conductuales en busca de aumentar la autoestima, tener manejo de situaciones generadoras de ansiedad, logrando comunicarse de manera efectiva y asertiva (Becoña, 1995).

Además, es de importancia señalar el *modelo médico*, el que aprecia las adicciones como una enfermedad en la que prima el déficit para controlar impulsos sobre el consumo de SPA. Es necesario tener presente que el consumo de drogas se clasifica según la percepción del riesgo, frecuencia y cantidad, para así determinar si se trata de un uso experimental o, por el contrario, de una dependencia. En este sentido, el modelo realiza prevención primaria al fomentar campañas sanitarias, programas educativos dirigidos a reducir factores de riesgo y enfermedad a partir de la concientización de efectos nocivos para la salud (Pastor y López-Latorre, 1993).

Por su parte, el *modelo de la promoción de la salud*, apunta a mejorar la calidad de vida a partir de intervenir los determinantes de la salud. Generalmente va unido al modelo de la prevención de enfermedades, puesto que busca informar sobre los riesgos de las mismas, fortaleciendo en los actores del contexto la capacidad para promover el bienestar (Kornblit, Camarotti y Di Leo, 2010).

3. Modelo jurídico para la reducción del consumo. Profundiza en los temas legales y delictivos del consumo de SPA. Este modelo clasifica las drogas a partir de su legalidad e ilegalidad; a las que caben en la última categoría, las considera como fuente de daños físicos, psíquicos y sociales, por esta razón, deben estar fuera del alcance de los ciudadanos para proteger a los individuos de los factores de riesgo asociados a las mismas. La prevención, desde este modelo, puntualiza en la prohibición del consumo de sustancias psicoactivas consideradas ilegales, dejando de lado los efectos nocivos que también son generados por el abuso de sustancias no judicializadas. El modelo jurídico no tiene interés en identificar las relaciones existentes entre la persona, la droga y el ambiente, sino presentar una visión amplia de la prevención de riesgos colectivos y promoción de la salud en general (Breen y Arnold, 1998).

4. Modelo de prevención integral. Implica aquellas perspectivas que tienen en cuenta al ser humano como un ser biopsicosocial; en el caso de la comprensión del consumo de SPA, menciona el accionar preventivo como asunto que involucra todas las esferas del sujeto inmerso en un contexto social. El primer modelo que hace parte de este grupo es el *sociocultural*, el cual combina aspectos genéticos con la teoría del aprendizaje en un marco más amplio en que se analizan variables sociológicas, antropológicas de la conducta cultural y norma social (Heath, 1980, como se citó en Pastor y López-Latorre, 1993). Describen el comportamiento humano valorando la relación dinámica que se da entre las esferas biológica, social y cultural. “El elemento biológico del modelo lleva a considerar que algunos tipos de drogodependencias pueden llegar a tener una base genética o

constitucional" (Gullota y Adams, como se citó en Pastor y López-Latorre, 1993, p. 34). A partir de lo anterior, se reconoce la base biológica como un factor explicativo del comportamiento natural del individuo; este componente interactúa con otras variables ambientales y contextuales para complementar el accionar de una persona.

El último modelo a destacar es el *multidimensional*, el cual considera la relación entre la sustancia -como elemento material-, los procesos individuales del sujeto y la organización social en la que se dan los vínculos entre las dos dimensiones anteriores, incluyendo las variables políticas y culturales; a partir de promover y potenciar los proyectos individuales, inscribiéndolos, al mismo tiempo, en un proyecto común. La propuesta de este modelo es la de operar sobre la comunidad fomentando su integración en un plan solidario y alentando el trabajo en red en beneficio de la comunidad. Un proyecto preventivo, construido desde este enfoque, tiene como objetivo el logro de la participación de la comunidad en actividades tendientes a la autogestión (Kornblit y Camarotti, 2010).

Como apreciación referente a los modelos teóricos que sustentan los programas preventivos, se puede decir que todos tienen aportes valiosos para tener en cuenta en el diseño y desarrollo; cada actor interesado en el planteamiento de propuestas retoma aspectos de los modelos que se adapten a sus necesidades, logrando a la vez un equilibrio ético entre los intereses individuales y de la población a intervenir.

Estrategias de prevención

Al hablar de estrategias de prevención se hace alusión a la manera práctica de desarrollar los programas, que inicialmente debe contar con un proceso de identificación y diagnóstico de los factores de riesgo del contexto a intervenir, para lograr objetivos específicos referentes a la disminución de la posibilidad del uso de drogas.

Con el fin de garantizar la efectividad de las estrategias preventivas, se deben focalizar tres aspectos para que se logren objetivos básicos planteados con anterioridad: en primer lugar definiendo la población con alto riesgo, segundo promoviendo el control del tráfico organizado y por último, ofertando el tratamiento para la población con problemas (Rementería, 2001).

Sin embargo, existen estrategias que se enfocan en la reducción de la demanda. Afirma Alvira (1999) que según centros e instituciones dedicadas a la prevención, existe una tipificación de las estrategias de prevención de drogas que se dividen en cinco clases:

- Las que están centradas en la difusión de la información, sustentadas desde los modelos teóricos informativos, abarcando particularidades y efectos de las drogas y resaltando, a la vez, su efecto negativo.

- Las que enfatizan en la demanda de alternativas al consumo, que son las variables que se dan en un contexto determinado a partir de la utilización del tiempo libre y de ocio en actividades de recreación.
- Las que resaltan el contenido afectivo, orientadas a fortalecer la autoestima y mejorar ese conjunto de condiciones relacionadas con el consumo, como lo son las creencias, actitudes y valores.
- Las basadas en la influencia social, que tienen en cuenta los procesos de identificación con un grupo; a la vez, valoran la toma de decisiones con respecto al inicio y prolongación del consumo.
- Las encaminadas a promover habilidades genéricas; aquellas que fortalecen competencias individuales, cuyo propósito es potencializar factores protectores ante el consumo.

Es necesario tener claro que dichas estrategias se diseñan posteriormente que se conocen los factores de riesgo que motivan a las personas a consumir drogas psicoactivas, teniendo en cuenta que se debe intervenir directamente en la planificación de programas preventivos que atiendan una necesidad específica.

Conclusiones

Una posible relación entre los modelos teóricos de prevención y las necesidades preventivas actuales, debería dar como resultado acciones de prevención que involucren a los principales actores de la problemática: la comunidad, quien se debe educar para la promoción de la salud. La formulación de programas y modelos deberá tener en cuenta la identificación de factores de riesgo y de protección pertenecientes a una comunidad específica, para minimizarlos y fomentarlos, respectivamente.

Es importante mencionar que en contexto colombiano el tema de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, viene de la mano de la implementación de la política nacional para la educación del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto; en dicha política, se tienen en cuenta factores sociales y personales y no solo pretende ofrecer los lineamientos que permitan identificar, comprender y contrarrestar los factores macrosociales, microsociales y personales que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas, sino además,

guiar el diseño de planes y programas a nivel territorial, que respondan a las diversas necesidades de la familia, la comunidad y los individuos en materia de prevención, mitigación y superación de los riesgos y daños asociados a estas sustancias (Ministerio de Protección Social de la República de Colombia, 2007, p. 5).

Retomando puntos fundamentales del párrafo anterior, se destaca la importancia que debería tener la consideración de particularidades del contexto en el que se diseña una política, programa o acción preventiva -en este caso, para el consumo de sustancias psicoactivas-, puesto que posibilita un ajuste y adaptación a las condiciones del medio, que involucra diferentes espacios integradores y pedagógicos, los cuales aportan y acompañan a los involucrados en el tema del consumo.

Es importante indagar por la información que tienen las instituciones de Antioquia que trabajan la prevención de consumo sobre los aspectos teóricos que conforman un programa preventivo, entre los cuales se encuentran modelos y estrategias, con el fin de evaluar la aplicación de los mismos según las necesidades a intervenir.

El fenómeno de consumo de sustancias psicoactivas es una realidad que enmarca la actualidad, por ello es necesario anticipar posibles daños en la comunidad general, a partir de estrategias que contengan un componente teórico y explicativo que se vea reflejado desde lo empírico, para que así genere un impacto positivo.

Antes de realizar una intervención preventiva, se debe conocer a profundidad la problemática presente, pues así se garantizará la aplicación de la teoría más adecuada, además de la implementación de estrategias acordes a los objetivos planteados según las necesidades encontradas.

Referencias

- Alvira, F. (1999). *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia Antidrogas de la Comunidad de Madrid. Recuperado de <http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/ALCOHOLISMO%20-%20DROGADICCION/Manual%20para%20la%20elaboracion%20y%20evaluacion%20de%20Programas%20de%20Prevencion%20del%20Abuso%20de%20Drogas.pdf>
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Becoña, E. (1995). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención en drogas*. Madrid: Universidad Santiago de Compostela.
- Breen, L. & Arnold, J. (1998). Agents for health promotion. En Sherri S. Gorin y J. Arnold, (Comps.), *Health promotion handbook* (pp. 26-48). San Luis: Missouri, Mosby.

- Calderón, G. & Castaño, G. (2007). *Investigaciones sobre prevención de las drogodependencias en Colombia, Estado del Arte*. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Escamez, J. (1990). Directrices para la elaboración de programas preventivos en drogodependencias. En: J. Escamez (Ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención* (pp. 203-262). Madrid: Libros Dykinson.
- Glantz, M. & Pickens, R. (Eds.). (1992). *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association. Doi: <https://doi.org/10.1037/10107-000>
- Kornblit, A. L., Camarotti, A. C. y Di Leo, P. F. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. *Modulo I: La construcción social de la problemática de las drogas*. UNICEF. Recuperado de http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf
- Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la "prevención por objetivos. En: E. Becoña, A. Rodríguez e & I. Salazar (Coord.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Ministerio de Protección Social de la República de Colombia (2007). *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*. Bogotá D.C. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf
- Pastor, J. C. y López-Latorre, M. J. (1993). Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: una propuesta de clasificación. *Anales de Psicología, España*, 9(1), 19-30. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v09/v09_1/03-09_1.pdf
- Pérez, A., Mejía, J., & Becoña, E. (Eds.) (2015). *De la prevención y otras historias: historia y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y en Europa*. Bogotá: California-Edit.
- Rementería, I. (2001). *Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6010/S019723_es.pdf?sequence=1
- UNODC. (2015). Informe Mundial sobre las drogas. Oficina De Naciones Unidas Contra el Delito y la Droga. Recuperado de http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/june/20150626_wdr



Guía para Autores

GUIDELINES FOR AUTHORS

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.

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 addictions. 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.

La contribución debe enviarse únicamente mediante el OJS:

<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB>

drugsaddictivebeh@funlam.edu.co

Universidad Católica Luis Amigó

Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Transversal 51A N° 67B - 90. Medellín, Antioquia, Colombia

Tel: (574) 448 76 66

www.funlam.edu.co