



Presentación
Presentation

Editorial

La estigmatización de las personas que usan drogas y sus consecuencias políticas y sociales
The stigmatization of people who use drugs and its social and political
Andrés Felipe Tirado Otálvaro

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
RESEARCH PAPERS

Representaciones sociales sobre consumo de sustancias en contexto universitario: la voz de los estudiantes
Social representations on substance consumption in a college context: the voices of students
Yeny Leydy Osorio-Sánchez
Paula Andrea Díez-Cardona
Alis Dahiana Bedoya-Olaya

Creencias adictivas centrales en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores
Central addictive beliefs in two population groups of multi-consumer adults
Gisella De La Torre Peña
Carolina Jaramillo Mercado
Céstar Giovanni Martínez
Camilo Andrés Vargas Rojas
Olena Klimenko

Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz
Risk and protection factors before drug consumption in Young people in the La Paz municipality
Juana Isabel Callisaya Argani

Epiméleia socrática: modelo terapéutico de Drogadictos Anónimos en Villahermosa, Tabasco, México
Socratic Epiméleia: a therapeutical model of drugaddict anonymous in Villahermosa, Tabasco, Mexico
Ángel Alejandro Gutiérrez Portillo

ESTUDIO DE CASO
CASE STUDY

Uso nocivo y potencial de abuso de la quetiapina. Reporte de caso y revisión de la evidencia
Harmful and potential abuse of quetiapine. Case report and review of the evidence
Erik García Muñoz

ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA
THEORETICAL REVIEW

Pharmakon: soluciones, desarreglos y reelaboraciones subjetivas
Pharmakon: subjective solutions, derangements and re-elaborations
Felipe Martin Drut

©Universidad Católica Luis Amigó

Vol. 3, N° 1, enero-junio de 2018
ISSN (En línea): 2463-1779

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 Escuela de Posgrados

Carlos Mario Ayala Jiménez

Coordinadora Fondo Editorial

Carolina Orrego Moscoso

Diagramación

Anamaría Vásquez Moreno

Corrector de estilo

Rodrigo Gómez Rojas

Traductores

Julián Delgado L,
Claudia Uribe H.
Diana Jaramillo C.

Contacto editorial

Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó

Transversal 51A N°. 67B-90 Medellín, Antioquia, Colombia
Tel: (574) 448 76 66. Fondo Editorial
www.ucatolicaluissamigo.edu.co-fondo.editorial@amigo.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.

Impreso y hecho en Colombia / Printed and made in Colombia

Drugs^{and} Addictive Behavior



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



Directora / Editora de la revista

Sandra Milena Restrepo Escobar
ORCID 0000-0002-1459-858X

Comité Científico

Ph. D. Guillermo Castaño Pérez
Universidad CES. Colombia
ORCID 0000-0002-0291-3511
Ph. D. Juan Vicente Beneit Montesinos
Universidad Complutense de Madrid. España
ORCID 0000-0002-7510-4408
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
ORCID 0000-0003-3646-1477
Ph. D. Efre Milanese
Cáritas Alemania. Italia
Ph. D. Mario Waldo Sandoval Manríquez
Universidad Católica Silva Henríquez. Chile
ORCID 0000-0002-0271-7959
Ph. D. Francisco López Segrera
Universidad Politécnica de Cataluña e
Instituto de Relaciones Internacionales. Cuba
Ph. D. Arturo Byron Rojas Yanguas
Profesional Independiente. Bolivia
ORCID 0000-0003-3727-6636

Comité Editorial

Ph. D. Efrén Martínez Ortiz
Fundación Colectivo Aquí y Ahora. Colombia
ORCID 0000-0003-4849-8189
Ph. D. Rafael Orlando Navarro Rueda
Universidad Mayor de San Marcos. Perú
Mg. Daniel Lloret Irlles
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)
Universidad Miguel Hernández. España
ORCID 0000-0002-2384-5749
Mg. Dedsy Yajaira Berbesy Fernández
Universidad CES. Colombia
ORCID 0000-0002-6586-4120
Mg. Francisco Javier Arias Zapata
Universidad de San Buenaventura. Colombia
Mg. Gustavo Adolfo Calderón Vallejo
Universidad Católica Luis Amigó. Colombia
ORCID 0000-0003-3138-8928





Árbitros

Md. Psiquiatra Delia Cristina Hernández
Universidad Libre de Colombia- Fundación FUNDAR
ORCID 0000-0003-2217-9104

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo
Universidad Autónoma de Nuevo León
ORCID 0000-0002-6951-8989

Mg. Natalia Sánchez de España
Universidad de Zulia

Dr. Abel Baquero Escribano
Universidad Cardenal Herrera CEU-Castellón. Fundación Amigó
Castellón.

Dr. Gonzalo Haro Cortés
Universidad CEU Cardenal Herrera
ORCID 0000-0002-1299-9611

Mg. Olga Hernández Serrano
Agencia Nacional Española de Calidad
ORCID 0000-0002-2630-7049

Mg. Alberto Ortega
Universidad de Deusto

Dr. Diego Calvo Merino
Universidad Católica San Vicente Ferrer

Dra. Marisela Rocío Soria Trujano
Universidad Nacional Autónoma de México

Mg. Belén Astrid García Salas
Universidad Autónoma De Ciudad Juárez
ORCID 0000-0001-6162-6072

Dr. Lucio Rodríguez Aguilar
Universidad Autónoma de Nuevo León

Dra. Patricia Fernández Bustos
Universidad de Alcalá

Edición

Universidad Católica Luis Amigó

Solicitud de canje

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

Para sus contribuciones

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





ISSN (En línea): 2463- 1779

Vol. 3, No. 1, enero-junio de 2018

La revista Drugs and Addictive Behavior es una publicación de carácter científico, semestral, de divulgación de artículos de alta calidad en el tema de las adicciones y 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 áreas afines. 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 regirá conforme a lo descrito en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



Contenido

Presentación Presentation

11

Editorial

La estigmatización de las personas que usan drogas y sus consecuencias políticas y sociales

The stigmatization of people who use drugs and its social and political

Andrés Felipe Tirado Otálvaro

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN RESEARCH PAPERS

17

Representaciones sociales sobre consumo de sustancias en contexto universitario: la voz de los estudiantes

Social representations on substance consumption in a college context: the voices of students

Yeny Leydy Osorio-Sánchez

Paula Andrea Díez-Cardona

Alis Dahiana Bedoya-Olaya

35

Creencias adictivas centrales en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores

Central addictive beliefs in two population groups of multi-consumer adults

Gisella De La Torre Peña

Carolina Jaramillo Mercado

Cesar Giovanni Martínez

Camilo Andrés Vargas Rojas

Olena Klimenko

52

Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz

Risk and protection factors before drug consumption in Young people in the La Paz municipality

Juana Isabel Callisaya Argani

75

Epiméleia socrática: modelo terapéutico de Drogadictos Anónimos en Villahermosa, Tabasco, México

Socratic Epiméleia: a therapeutical model of drugaddict anonymous in Villahermosa, Tabasco, Mexico

Ángel Alejandro Gutiérrez Portillo

ESTUDIO DE CASO

CASE STUDY

93

Uso nocivo y potencial de abuso de la quetiapina. Reporte de caso y revisión de la evidencia

Harmful and potential abuse of quetiapine. Case report and review of the evidence

Erik García Muñoz

ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA

THEORETICAL REVIEW

110

Pharmakon: soluciones, desarreglos y reelaboraciones subjetivas

Pharmakon: subjective solutions, derangements and re-elaborations

Felipe Martin Drut

Presentación

Forma de citar este artículo en APA:

Restrepo-Escobar, S. M. (2018). Presentación. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 7- 8. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2629>

A pesar del reporte permanente del daño que generan las sustancias psicoactivas a la salud física y mental de una persona, estas se siguen usando de diferentes formas; algunos lo hacen con propósitos recreativos sin mostrar grandes afecciones, y otros, por el contrario, empiezan a escalar en las fases que llevan hacia la adicción. El límite entre un consumo y otro, en la mayoría de los casos, se reconoce cuando se ha perdido el control y cuando las consecuencias individuales y sociales comienzan a tomar relevancia.

La reflexión permanente en el tema de las adicciones debe llevar a un trabajo articulado entre prevención, tratamiento e investigación, de ahí la relevancia de la publicación de cada uno de los artículos de la revista, con la que esperamos contribuir a la toma de decisiones en los ámbitos en que se desarrolla cada temática.

En la presente publicación, correspondiente al volumen 3, número 1, de la revista *Drugs and Addictive Behavior*, se entregan siete artículos y una editorial escrita por el candidato a Doctor Andrés Felipe Tirado Otálvaro, quien reflexiona sobre la estigmatización de las personas que usan drogas y sus consecuencias políticas y sociales, advirtiendo la necesidad de intervenciones integrales desde una perspectiva macrosocial.

En la categoría de artículos de investigación, este número cuenta con cinco textos, tres de carácter nacional y dos internacionales, que se centran en aspectos tan relevantes como las representaciones sociales que se generan alrededor del consumo, la identificación de factores de riesgo y de protección y la intervención desde modelos clásicos en las adicciones. El primer artículo titulado: “Representaciones sociales sobre consumo de sustancias en contexto universitario: la voz de los estudiantes” fue escrito por las magíster Yeny Leydy Osorio-Sánchez y Paula Andrea Díez-Cardona y la psicóloga Alis Dahiana Bedoya-Olaya; su contenido centra la atención en las percepciones que tienen los estudiantes de una institución de educación superior sobre el consumo de sustancias examinando la posibilidad de la elección y la asociación que identifican con el riesgo que trae el consumo.

El segundo artículo “Creencias adictivas centrales en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores” describe las creencias permisivas y anticipatorias asociadas al consumo y cómo el contexto sociocultural y condiciones individuales influyen en el comportamiento adictivo; este texto fue desarrollado por los psicólogos Gisella De La Torre Peña, César Giovanni Martínez, Camilo Andrés Vargas Rojas, la terapeuta ocupacional Carolina Jaramillo Mercado y la Magíster Olena Klimenko.

Desde Bolivia se recibió el artículo de la magister Juana Isabel Callisaya Argani, quien en “Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz” resalta que el mayor riesgo para el consumo y abuso de drogas se encuentra en el entorno del joven y que los factores protectores individuales referidos a la capacidad de resistir la presión del grupo, la percepción de riesgo, la pasión por actividades alternativas, alejan del consumo abusivo de drogas.

Para finalizar esta sección, el posdoctor Ángel Alejandro Gutiérrez Portillo, de México, comparte su escrito “Epiméleia socrática: modelo terapéutico de Drogadictos Anónimos en Villahermosa, Tabasco, México”, en el que se enfatiza que la propuesta de intervención desarrollada en esta localidad tiene como principio filosófico el cuidado del alma, el cuidado de uno mismo.

A continuación, se presenta un estudio de caso sobre el abuso de quetiapina. El médico psiquiatra Erik García Muñoz incluye una revisión de la literatura que toma en cuenta reportes de caso, estudios epidemiológicos y estudios con animales con dicha sustancia.

Para finalizar este número se cuenta con un artículo de revisión teórica del argentino Felipe Martin Drut. Bajo el título “Pharmakon: soluciones, desarreglos y reelaboraciones subjetivas”, el autor distingue tres tipos de relación de los sujetos con las drogas: como solución eficaz e imprescindible, como una relación ligada a la angustia y la vergüenza, y como relación caduca que el sujeto comienza a prescindir.

Este nuevo número quiere suscitar el interés en los investigadores sobre el estudio de nuevas sustancias y quiere cuestionar acerca de las formas como se interviene la adicción; además, invita a quienes están íntimamente involucrados en el tema a compartir sus experiencias desde la academia y nutrir el conocimiento científico.

Sandra Milena Restrepo Escobar

ORCID 0000-0002-1459-858X

Directora /Editora

Presentation

Forma de citar este artículo en APA:

Restrepo-Escobar, S. M. (2018). Presentation. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 9-10. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2629>

Regardless of the reports of the permanent physical and mental damage psychoactive substances cause people keep using them in different ways; some for recreational purposes without showing great affections, and others on the other hand start moving through the phases that lead to addiction. The frontier between usage and other, in most cases is acknowledged when control has been lost and when individual and social consequences become relevant.

Permanent reflection on the addiction topic requires an articulate process between prevention, treatment and research, such is the relevance of this journal and each of the articles of this issue, through which we hope to contribute to decision making in each of the topics.

This issue vol. 3, number 1 of the *Drugs and Addictive Behavior Journal* presents seven articles and an editorial written by PhD candidate Andrés Felipe Tirado Otálvaro who reflects on the stigmatization of drug users and its political and social consequences, warning of the need of integral intervention from a macro social perspective.

This issue brings three national and two international research articles, which focus on relevant issues such as social representations of use, the identification of risk factors and protection as well as classical intervention models. The first article *Social representations on substance consumption in a college context: the voices of students* was written by Yeny Leydy Osorio-Sánchez, M.A. and Paula Andrea Díez-Cardona M.A. and Alis Dahiana Bedoya-Olaya, psychologist, it focuses on the perceptions that college students hold over substance usage and analyzes the possibilities of choice and the associations they identify with the risk consumptions.

The second article “Central addictive beliefs in two population groups of multi-consumer adults” describes the permissive and anticipatory beliefs associated to consumption and the way socio cultural contexts and individual conditions influence the addictive behavior. It was written by the psychologists Gisella De La Torre Peña, César Giovanni Martínez, Camilo Andrés Vargas Rojas, Carolina Jaramillo Mercado occupational therapist and Olena Klimenko, M.A.



Juana Isabel Callisaya Argani, M.A, from Bolivia wrote the article “Risk and protection factors before drug consumption in Young people in the La Paz municipality” that points out the greater risk to consume and abuse drugs that can be found for young people and the individual protective factors related to the capacity to resist peer pressure, the risk perception, the passion for alternative activities that take them far away of using drugs.

The last text in this section was written by Ángel Alejandro Gutiérrez Portillo, Mexican post doctorate researcher, “Socratic Epiméleia: a therapeutical model of drugaddict anonymous in Villahermosa, Tabasco, Mexico” in which he emphasizes on the intervention proposal developed in this city under the philosophical principle of caring for one’s soul, for one’s self.

Then, there is a study case on the abuse of quetiapine by the psychiatrist Erik García Muñoz in which the literature review includes case reports, epidemiological studies and animal studies with such substance.

Finally, there is a theoretical review article written by the Argentine Felipe Martin Drut, “Pharmakon: subjective solutions, derangements and re-elaborations”, the author establishes tree types of relationships between individuals and drugs: as an efficient and essential solution, as a relation related to anxiety and shame and as a relation in which drugs can be seen as something which holds a solution value that has diminished and in which the subject can set it aside.

This new number strives to interest researchers on the study of new substances and to question the addiction intervention methods; besides, inviting other people who are involved in this field to share their academic experience and broaden scientific knowledge.

Sandra Milena Restrepo Escobar

ORCID 0000-0002-1459-858X

Director /Editor

Editorial

La estigmatización de las personas que usan drogas y sus consecuencias políticas y sociales

Andrés Felipe Tirado Otálvaro*

Forma de citar este artículo en APA:

Tirado Otálvaro, A. F. (2018). La estigmatización de las personas que usan drogas y sus consecuencias políticas y sociales. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 11-13. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2631>

Goffman (1970) define el estigma como un atributo negativo que establece diferencias entre las personas que lo tienen y las que no, generando situaciones de rechazo y menosprecio hacia quienes poseen dicha condición. Posterior a la conceptualización realizada por Goffman en la década de los setenta, Link & Phelan (2001) argumentan que el estigma es el resultado de un proceso que involucra cinco componentes interrelacionados entre sí, los cuales incluyen, en primer lugar, el etiquetamiento de las personas debido a sus diferencias; en el segundo, la construcción de estereotipos sociales para los etiquetados de acuerdo con características indeseables; en el tercero hay una separación entre quienes llevan consigo la marca de la etiqueta y los que no; en el cuarto, debido al etiquetamiento se produce la pérdida de la condición de sujeto, lo que da lugar a situaciones de discriminación, devaluación, rechazo y exclusión; y por último, en el quinto componente, se presenta un ejercicio desigual del poder entre los que estigmatizan y los estigmatizados.

Las drogas representan todo lo que es considerado como “malo” y “perjudicial” por la sociedad, y dado el imaginario construido alrededor de las mismas, las personas que las usan son interpretadas como ciudadanos de segunda mano, como parias, que merecen el desprecio y el rechazo colectivo, debido que se asocia el consumo con situaciones de violencia, enfermedad, degradación y pérdida del vínculo social. Es así como la categorización de las personas que usan drogas bajo la etiqueta de “delincuentes” o “drogadictos”, sin importar si es primera vez que consumen, si lo hacen de manera ocasional o continua, o si han sido condenados por cometer delitos bajo la influencia de dichas sustancias, despoja a los sujetos de su humanidad y les otorga el reconocimiento social solamente a partir de la etiqueta asignada; situación que tiene serias implicaciones en

*Candidato a PhD en Salud Pública, Magíster en Epidemiología, Enfermero. Profesor Titular de la Universidad Pontificia Bolivariana. Grupo de Investigación en Cuidado. Correo Electrónico: felipetira@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9010-1494



términos de relaciones interpersonales, pues quien está a mi lado deja de ser una persona con una historia, un presente y un futuro, deja de ser un primo, un amigo, un estudiante, un profesional, y se convierte en un drogadicto o en un delincuente en potencia, en nada más.

Lo que resulta realmente preocupante es que los argumentos arriba descritos se han convertido en la base que justifica la construcción de estructuras y mecanismos gubernamentales orientados a la represión de todas aquellas conductas que se desvían de los patrones de normalidad socialmente establecidos; y ya que quienes usan drogas son estigmatizados como drogadictos o delincuentes en potencia, a partir de allí, se erigen las estrategias estatales que legitiman el control de tal desviación desde la medicalización para los primeros y el uso del derecho penal indiscriminado para los segundos.

En tal sentido, las disciplinas médicas y las jurídicas han sido las representantes idóneas de la ciencia positiva para dominar el cuerpo y la conducta social, mediante diferentes estrategias gubernamentales que buscan reducir el riesgo de dañarse a sí mismo o a los demás, con el miedo como principal herramienta estatal para controlar la heterogeneidad humana; herramienta que, al camuflar bajo argumentos científicos el imaginario social que vincula a las drogas con la delincuencia y la enfermedad, ha dejado como consecuencia la transgresión de los límites entre la esfera pública y la privada, con el pretexto de proteger y mantener el orden social.

Los lamentables desenlaces que ha traído consigo la estigmatización de las personas que usan drogas como drogadictos o como criminales en potencia, sin hacer ninguna diferenciación entre sustancias y tipos de consumo, así como los modelos de intervención introducidos desde las disciplinas médicas y jurídicas; incluyen, por un lado, la proliferación de centros de atención de drogodependientes con medidas centradas en el castigo y la humillación como estrategias de adaptación conductual orientadas a la abstinencia, así como la medicalización indiscriminada, la culpabilización y los malos tratos por parte del personal asistencial y de salud, lo que genera retrasos en la búsqueda de tratamientos y la no consecución de objetivos intermedios como habilidades ocupacionales y mejoría en las relaciones interpersonales. Por otro lado, las consecuencias del modelo penal incluyen abusos y maltratos por parte de organismos policivos y judiciales, así como el aumento de la población carcelaria por tenencia de sustancias, sin que haya un nexo de causalidad probado entre consumo, porte y participación en redes de narcotráfico, con el agravante de que los programas penitenciarios no ofrecen medidas de resocialización efectivas, con lo que se acentúa la exclusión social y se limitan las posibilidades de resiliencia.

El consumo de drogas es un fenómeno social y cultural complejo, que no puede ser reducido a la interacción de variables biológicas, situacionales, jurídicas o medioambientales, que favorecen el riesgo de adicción o criminalidad; motivo por el cual la intervención estatal deberá trascender el modelo sanitario medicalizado, así como el modelo jurídico punitivo, con el ánimo de brindar respuestas macroestructurales acordes con la

complejidad del asunto. Dichas medidas deberán garantizar el acceso a la educación, al empleo digno, a la recreación, la vivienda y demás beneficios sociales a los cuales las personas que usan drogas tienen derecho como ciudadanos en igualdad de condiciones ante la ley, en términos de equidad y democracia.

Se propone, por tanto, abordar el fenómeno de las drogas en consonancia con políticas públicas que intervengan las múltiples formas de exclusión social como la falta de: voz pública, ingresos para satisfacer las necesidades básicas, empleo formal y de acceso a servicios de salud, entre otros; generando espacios críticos de debate que permitan la participación política de la academia, los usuarios de drogas, las comunidades y los movimientos sociales.

Referencias

- Goffman, E. (1970). Estigma e identidad social. En *Estigma: la identidad deteriorada* (10ª ed., pp. 11-55). Buenos Aires: Amorrortu.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. Recuperado de <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.363> <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Editorial

The stigmatization of people who use drugs and its social and political consequences

Andrés Felipe Otálvaro

APA citation of this article:

Tirado Otálvaro, A. F. (2018). The stigmatization of people who use drugs and its social and political consequences. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 14-15. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2631>

Goffman (1970) defines stigmatization as a negative attribute that establishes differences among people that do and those that do not, creating rejection and underestimation situations towards those who are in such situation. After Goffman's concept in the 70's, Link & Phelan (2001) establish that the stigma is a result of the process that involves five interrelated components, which include: first, labeling people because of their differences; second, the creation of social stereotypes for those labeled as undesirable; third, there is a separation between those who carry the label and those who do not; in the fourth place, comes the loss of the condition of a person as a result of the labeling, thus bring about discrimination, devaluation, rejection and exclusion; and finally, there is unequal power between those who stigmatize and those who are stigmatized.

Drugs represent everything that is considered "bad" and "harmful" for society, and with the imaginary that come about it, the people that use are considered second hand citizens, pariahs, who deserve contempt and collective rejection due to the fact that drug use is associated to violence, illness, degradation and loss of social status. This is the way classification of people that use drugs as "delinquents" or "drug addicts", whether it is the first they use, or it is occasional or continuous; or whether they have been convicted of committing crimes under the influence of such substances, tears humanity away and brings social acknowledgement only as far as the assigned label; the situation brings about serious implications regarding interpersonal relationships, for who stands by my side is no longer a person with a past history, a present and a future; he or she is no longer a cousin, a friend, a student, a professional and becomes only a drug addict or a potential delinquent.



A concern is that the previous arguments have become the basis that justify the creation of government structures and mechanisms oriented to the repression of such behaviors that stray away from socially established patterns. Those that use drugs are stigmatized as drug addicts or possible delinquents and based on this analysis legal strategies that try to control such deviation from the medicalization for the first and the use of the penal system for the latter.

In this way, the medical disciplines as well as the judicial ones have been the representatives of the positive science to dominate the body and social behavior, through several government strategies that seek to reduce harm risk to one or to others, using fear as the main state tool to control human heterogeneity; this tool that is hidden under scientific statements the fact that the social imaginary relates drugs to delinquency and illness, thus bringing about the transgression of the limits between the public and private environment, in order to protect and maintain social order.

The unfortunate results that have come about from stigmatization of people who use drugs as drug addicts or possible criminals, without differentiating substances, types of use, as well as medical and juridical interventions models; including, on the one hand, the proliferation of attention centers for drug users based on punishment and humiliation as a strategy of behavioral adaptation oriented to abstinence, likewise, there is the indiscriminate medication, the guilt and mistreatment of patients, generating setbacks in the search for treatments and not achieving intermediate objectives such as occupational skills and improving interpersonal relationships. On the other hand, the consequences of the judicial model include abuse and mistreatment carried out by police and judicial agents, also, the increase in the imprisoned population for having substances without cause-effect between using, having and participating in drug trafficking networks, even worse, the penitentiary programs do not offer effective re-socialization measures, focusing on social exclusion and limiting the possibilities of resilience.

Drug use is a social and cultural complex phenomenon, which cannot be limited to interaction of biological, situational, judicial or environmental variables, that favor the risk of addiction or delinquency; that is why, the state intervention ought to go beyond the sanitary medical model, as well as the punitive judicial model, in order to provide macro-structural to the complexity of the situation. Such measures should guarantee education, dignified jobs, recreation, housing and other social benefits that people who use drugs have rights to, as citizens who are equal before the law, in equity and democracy.

Therefore, the proposition is to approach the drug phenomenon according to public policies that intervene the multiple ways of social exclusion such as the lack of: a public voice, income to provide basic needs, formal employment and access to health services, among others; creating critical spaces to debate the political participation of the academy, drug users, communities and social movements.



ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
RESEARCH ARTICLES

Representaciones sociales sobre consumo de sustancias en contexto universitario: la voz de los estudiantes¹

Social representations on substance consumption in a college context: the voices of students

Artículo resultado de investigación

Enviado: 30 de junio de 2017 / Aceptado: 3 de octubre de 2017 / Publicado: 2 de enero de 2018

Yeny Leydy Osorio-Sánchez^{*}
Paula Andrea Díez-Cardona^{**}
Alis Dahiana Bedoya-Olaya^{***}

Forma de citar este artículo en APA:

Osorio-Sánchez, Y. L., Díez-Cardona, P. A. y Bedoya-Olaya, A. D. (2018). Representaciones sociales sobre consumo de sustancias en contexto universitario: la voz de los estudiantes. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 17-34. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2632>

Resumen

El objetivo del presente estudio fue describir las representaciones sociales asociadas al consumo de sustancias -legales e ilegales- y construidas por los estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Medellín. La investigación tuvo un enfoque cualitativo con un alcance descriptivo. Para la recolección de los datos se utilizó una encuesta de evocación libre y un listado de oraciones inconclusas y se trabajó con un grupo de 100 estudiantes. Los hallazgos muestran que los estudiantes piensan el consumo de sustancias desde la posibilidad de la elección, al tiempo que lo asocian con el riesgo del daño; así mismo, cuestionan el perjuicio social e institucional que representa el acceso a las drogas en el contexto universitario. Las categorías bajo las cuales se agrupan los hallazgos son: percepción sobre el consumidor universitario, el consumo de sustancias y el acceso a la droga.

¹ Artículo derivado del proyecto de investigación Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) -lícitas e ilícitas- en estudiantes de pregrado y posgrado de la Corporación Universitaria Minuto de Dios -sede Bello-. Estimación de prevalencias y análisis de cogniciones sociales. La investigación hace parte de los trabajos del Grupo de Estudios Interdisciplinarios -GIES- y se ejecuta con el apoyo y la financiación del Sistema de Investigaciones CTlyS - UNIMINUTO. Parte de los resultados de investigación fueron publicados y pueden consultarse en: Osorio, Y. y Díez, C. (2017). Cogniciones sociales asociadas al consumo de sustancias psicoactivas: entre la normalización y la patología. En: Memorias Congreso internacional de adicciones. "Adicciones sin límites: los desbordes del consumo". Recuperado de: http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/368_Memorias_Congreso_Internacional_de_Adicciones.pdf

^{*} Psicóloga (Universidad de Antioquia), Especialista en Literatura (Universidad Pontificia Bolivariana) y Magíster en Terapia de familia y de pareja (Universidad de Antioquia). Docente en el Programa de Psicología, Corporación Universitaria Minuto de Dios -UNIMINUTO-, seccional Bello. Correo electrónico: yilosfch@gmail.com, ORCID 0000-0002-0909-5566.

^{**} Psicóloga (Corporación Universitaria Minuto de Dios) y Magíster en Neuropsicología y educación de la Universidad Internacional de la Rioja. Docente en el Programa de Psicología, Corporación Universitaria Minuto de Dios -UNIMINUTO-, seccional Bello. Correo electrónico: pauladiezcardona12@gmail.com, ORCID 0000-0003-4885-522X.

^{***} Psicóloga (Corporación Universitaria Minuto de Dios -UNIMINUTO). ORCID 0000-0002-4756-5987.



Palabras clave:

Adicción; Drogas; Interacción social; Sistema social.

Abstract

The purpose of this study was to describe the social representations associated to legal and illegal substance consumptions created by college students in a private city in Medellín. The study was carried out under a qualitative approach with a descriptive reach. Data collection was done through a survey and a set of incomplete sentences which were completed by a group of 100 students. The findings show that students think that students consider substance consumption from the possibility of choosing, they also associate it to risk, likewise, they question the social and institutional prejudice that the access to drugs in the college context brings. The findings were classified into the following categories: perception on the college consumer, substance consumption and access to drugs.

Keywords

Addiction; Drugs; Social interaction; Social system.

Introducción

El consumo de sustancias no ha sido un comportamiento leído históricamente a la luz del discurso legal; este último se ha convertido en la perspectiva predominante tras la presencia de análisis de corte religioso, económico y político (Barona Tovar, 2012). Lo que sí ha atravesado el tiempo es el acto del consumo de sustancias en el marco de una relación entre el ser humano y la naturaleza, bien en busca de una compenetración con la misma –tal como acontece en algunos rituales religiosos–, bien con el objetivo de lograr el bienestar y la salud –acción propia de la medicina natural– (Barona Tovar, 2012).

Ahora, el consumo de sustancias, aunque sea comprendido como una acción en procura del bienestar, ha sido regulado. Indica Barona Tovar (2012) que mujeres y niños quedaban excluidos del uso de sustancias en rituales llevados a cabo por algunas tribus. De manera que la tensión social relacionada con el uso de sustancias no deriva de la existencia de regulaciones, sino de la asociación entre el consumo y el riesgo, y esto significa tanto una identificación de los riesgos reales del consumo de sustancias –comprobación de alteraciones fisiológicas y cognitivas a largo plazo, por ejemplo– como de la construcción colectiva de ideas que minimizan o ensanchan la existencia de esos riesgos reales. Es por esto que la regulación da paso al control, y la comprensión del consumo y del consumidor de sustancias se hace desde la diada prohibición/transgresión, lo cual permea, sobre todo, el uso de sustancias ilegales.

Para las instituciones, que fungen de marco de desarrollo para los sujetos, el uso de sustancias psicoactivas (SPA) es un tema inquietante, toda vez que se trata de un hecho leído desde la tensión entre consumo y riesgo que se presentó atrás. Por consiguiente, las instituciones, desde un interés por el bienestar del sujeto –que es producto, además, de las reconfiguraciones de la noción de salud y de sujeto de derechos (Red Unir, 2009; Echavarría Henao, Giraldo Lopera, Giraldo Ferrer, Pareja y Gallego, 2015)– han identificado la importancia de reconocer el consumo de SPA, en tanto acción que acarrea daños potenciales, como un fenómeno que merece atención integral (Echavarría Henao, et al., 2015).

Y esta es una preocupación que no atañe solo a entidades de salud o sistemas sociales como la familia, sino que toca la razón de ser de las instituciones educativas en coherencia con su función formadora y transformadora. Y ello implica tanto la atención a la población en el contexto de la educación básica y media –en el que predominan las investigaciones y propuestas de acción en torno al consumo de sustancias–, como su estudio e intervención en el contexto de la educación superior, en el cual se llevan a cabo procesos educativos y formativos con sujetos que retroalimentarán el sistema social de forma directa con su hacer como profesionales.

Con estas ideas de base se ha desarrollado un proceso de investigación centrado en la identificación de las cogniciones sociales, específicamente las representaciones sociales, asociadas al consumo de sustancias, y este objetivo general fue desarrollado bajo la articulación de tres específicos, a saber: (1) Identificar ideas evocadas ante tópicos relacionados con el consumo de sustancias; (2) interpretar las valoraciones emergentes en las cogniciones sociales sobre el fenómeno del consumo de sustancias en el contexto universitario y (3) describir la relevancia de las cogniciones asociadas al consumo de sustancias y a la percepción de riesgo a partir de procesos de jerarquización. Los datos que aquí se exponen dan respuesta de forma específica al primero de estos objetivos.

Ahora, la perspectiva de la cognición social, entendida como aquel ámbito teórico que se ocupa de “cómo los sujetos extraen y procesan información de su medio social” (Páez, Villarreal, Etxeberria y Valencia, 1987, p. 72), se hizo relevante para el presente estudio, toda vez que el consumo de sustancias amerita ser leído como hecho vivido, comprendido y significado socialmente. Y en relación con esto, la elección de una mirada específica sobre las representaciones sociales (comprendidas como teoría explicativa y ruta metodológica¹ para la indagación de procesos asociados a la cognición social) obedece al interés por la indagación de razonamientos espontáneos y cotidianos (Araya, 2002) de la población participante sobre el objeto de investigación.

De manera que con esta elección teórica se hace una lectura circular: el consumo de sustancias como hecho social es analizado desde una perspectiva teórica psicosocial, y esto cobra validez puesto que el estudiante universitario enfrenta nuevas experiencias en un contexto socialmente activo; en este, el educando muta cognitivamente ante nuevas ofertas no sólo académicas, sino también de consumo.

Estudios anteriores se refieren al tema investigado. En 1998 se publican los resultados de la investigación desarrollada por Velásquez y Scopetta, quienes se preguntan por el consumo de sustancias en instituciones técnicas y tecnológicas, con el propósito de “aportar información que permita evaluar y formular políticas y estrategias y reorientar los programas de salud en este campo” (p. 20). Tras aplicar una encuesta auto diligenciada a 2572 estudiantes, encuentran que el alcohol y el cigarrillo son las sustancias de mayor consumo a lo largo de la vida; el primero con un porcentaje de 90.5 y el segundo con un 51%. En tercer lugar, aparece la marihuana (5,6%) y le siguen sustancias como la cocaína (3,3%) y los tranquilizantes (4,6% pastillas para los nervios y 3,2% pastillas para dormir). El éxtasis aparece con una prevalencia de vida del 1,5% y la heroína de 0,5%.

En la investigación se revisan también la abstención y el exconsumo, así como la percepción de riesgo y las razones por las cuales se llega a consumir. Velásquez y Scopetta (1998) informan que los estudiantes perciben bajo riesgo de consumo dentro de su institución educativa y también consideraron bajo el nivel de riesgo derivado del consumo de alcohol. En relación con las razones que conllevan a consumir, aparecen con mayor

¹ Las representaciones sociales ofrecen tanto un marco conceptual sobre la estructuración del conocimiento construido de forma colectiva, como técnicas de generación y análisis de la información.

puntuación: a) *relacionarse mejor* (14,07%), b) *sentir las sensaciones que da [la droga]* (1,4%) y *otros* (18,35%); llaman también la atención razones como *ser aceptado por el grupo* (3,62%), *problemas afectivos* (2,45%), *escapar de la realidad* (2,06%) y *enfrentar la soledad* (1,79%). Este trabajo resalta, también, la preocupación por las redes de apoyo; en relación con esto, los investigadores hallaron que el 48,1% de los encuestados afirmaron haber recibido apoyo *algunas veces* por parte de compañero y un 46,9% por parte de docentes; entre tanto, un 62,8% dijo haber sido apoyado *siempre* por la familia.

Cáceres, Salazar, Varela y Tovar presentan en 2006 los resultados de una investigación que tuvo como objetivo la identificación del consumo de sustancias y de los factores de riesgo y protección en jóvenes universitarios. El trabajo implicó la construcción de un cuestionario que fue aplicado a 763 estudiantes y que reveló que la edad promedio de inicio de consumo de marihuana y alcohol está entre los 12 y 17 años; así mismo, se halló que la sustancia lícita con mayor índice de consumo es el alcohol, con un 57%, seguida del tabaco con un 33,2%, y la sustancia ilícita de mayor consumo es la marihuana, con un uso entre los encuestados del 7,1% a la que le siguen el éxtasis (1,8%), los opiáceos (1,5%) y la cocaína (0,9%). Con respecto a los factores de riesgo, los investigadores encontraron que dentro de los asuntos psicológicos que representan mayor riesgo están las habilidades de autocontrol (76,4% sujetos en riesgo) y las alteraciones de las habilidades emocionales (74% sujetos en riesgo); en los factores sociales de riesgo encontraron porcentajes representativos concernientes a las relaciones interpersonales (43,7% sujetos en riesgo), la relación con personas consumidoras (42,7% sujetos en riesgo) y el funcionamiento familiar (18% de sujetos en riesgo).

“Consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad Tecnológica de Pereira” es un estudio desarrollado por Mosquera, Atamónova y Mosquera y publicado en el año 2011. El instrumento empleado para la recolección de datos fue el formulario *Percepción social de imaginarios culturales de las drogas en población universitaria (SIDECA)*, aplicado a 1.014 estudiantes. Se expone que las sustancias a las que con mayor facilidad se tiene acceso dentro de la universidad son: tabaco (67,2%), marihuana (53,1%), alcohol (32,3%), éxtasis (20,6%) y cocaína (16,7%). Dentro de las sustancias de menor porcentaje en términos de accesibilidad en el campus se encontraron: cacao sabanero (5,3%), yagé (5%) y prozac (4,6%).

En términos de prevalencia de vida, se encontró que la sustancia de mayor consumo fue la marihuana (16,7%), seguida por los inhalables (8,8%); y dentro de las de menor prevalencia de vida se encontró un consumo de LSD del 11% y de heroína de un 0,7%. Estas sustancias ocupan los mismos lugares en la prevalencia por año y por mes. Los investigadores evaluaron el uso de tiempo libre y los lugares frecuentados por los estudiantes y su asociación con el consumo; así, se identifica que 30,3% consume sustancias en discotecas o bares en compañía de amigos. El estudio concluye que un 42,5% de estudiantes se encuentran en riesgo, dado su consumo actual de alguna sustancia.

En el año 2013, Quiroz y Matabanchoy exponen los hallazgos derivados de un trabajo investigativo con el que se buscó identificar niveles de uso y abuso de sustancias lícitas e ilícitas, este fue un estudio descriptivo transversal cuyo instrumento de recolección de datos fue el VESPA. La población objeto fueron 3382 estudiantes de la Universidad Mariana y la Universidad Centro de Estudios Superiores María Goretti. El estudio arroja como resultado la siguiente lista de presencia de sustancias, de acuerdo con índice de consumo: alcohol (89%), cigarrillo (35%), marihuana (21%), cocaína (12%), éxtasis (9%), inhalables (10%), bazuco (8%), heroína (7,9%) y morfina (7,4%). Indican los investigadores que el consumo de bazuco solo cesa en 5% y que en esta investigación no se discriminó el uso de heroína por prescripción médica.

Resalta, por su diseño metodológico, una investigación publicada en 2009 por la Red Unir. Se trata del estudio de corte cualitativo *Del viaje en U. La vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas*, dirigido por Grisales y Toro, y que tuvo como objetivo “ampliar la comprensión de las subjetividades de los universitarios y de las dinámicas de sus contextos, en aras de la cualificación de estrategias para la prevención desarrolladas en las instituciones universitarias” (Red Unir, 2009, p. 22). La observación panorámica, la entrevista semiestructurada y los talleres de guiones fueron las técnicas empleadas para generar la información.

El equipo investigador planteó tres categorías de análisis *la construcción de identidad de los universitarios, la vivencia universitaria y consumo de sustancias psicoactivas*. Con respecto a la primera, los investigadores hallaron que los vínculos establecidos más allá de las clases son importantes para la construcción de la identidad universitaria y que los estudiantes se adhieren a diferentes grupos; alrededor del consumo de sustancias algunos estudiantes se agrupan, al tiempo que otros toman distancia de estos primeros. Respecto de la segunda categoría, los investigadores mostraron cómo la vivencia universitaria implica la vivencia de la corporeidad, el consumo y una relación con espacios exteriores e interiores. Este último factor se relaciona con los hallazgos referidos al consumo de sustancias psicoactivas, pues mientras en las universidades privadas el consumo se lleva a cabo predominantemente en espacios cerrados, en ambientes de mayor intimidad, en las universidades públicas esta es una acción que se ejecuta en espacios tanto privados, como públicos. Así mismo, hay un matiz en relación con la consecución de las drogas por parte de consumidores, dado que la oferta de las SPA es más visible dentro de las universidades públicas, en las privadas el expendio de drogas se ha identificado en las afueras de los campus.

La investigación que se expone, entonces, entra en relación directa con la necesidad (descrita por los antecedentes presentados) de indagar, desde el dato de la experiencia social (fue evidente el predominio del dato empírico sobre el comprensivo en el conjunto de estudios consultados) una realidad presente y activa en la población universitaria. El predominio de población joven en el contexto universitario, las ofertas –abiertas y encubiertas– de drogas lícitas e ilícitas en el interior y el contexto inmediato de los campus y las vivencias propiamente universitarias que pueden llegar a promover el consumo (como el estrés académico y la motivación

por la pertenencia a un grupo social), han hecho nacer la necesidad de investigar, desde la misma experiencia del universitario, acerca de la forma en que el fenómeno del consumo es pensado. Una comprensión del pensamiento colectivo representado por los actores protagónicos del consumo en tanto hecho social, favorece la construcción de acciones futuras preventivas y de intervención.

Método

La investigación contó con una dimensión cuantitativa² y una cualitativa; con la primera se identificó la prevalencia del consumo y con la segunda las cogniciones sociales asociadas a esta realidad. En este artículo se refieren datos concernientes solo a la segunda dimensión³ y, de manera específica, a las representaciones sociales de los estudiantes, derivadas de la presentación de unas oraciones inconclusas sobre el consumo en el contexto universitario (Ver apéndice Instrumento oraciones inconclusas), las cuales hacían parte de un instrumento de evocación libre; esto se hizo bajo conceptualizaciones teóricas y metodológicas de las representaciones sociales.

El instrumento fue diligenciado por 100 estudiantes a los que se accedió por medio de un muestreo intencionado. A los educandos se les presentó una serie de oraciones inconclusas relacionadas con el consumo y el consumidor en el contexto universitario y ellos debían completar las oraciones (sin pensar demasiado su respuesta para acceder a una forma no controlada de pensamiento); la aplicación de este instrumento se hizo de manera presencial y su duración fue de aproximadamente 15 minutos. Para el procedimiento, los participantes debieron firmar un consentimiento informado que fue evaluado y aprobado previamente por la institución financiadora del proyecto. El análisis se llevó a cabo por medio de escalas nominales construidas en Excel y permitieron numerar todas las categorías emergentes, para luego asignar un número a cada una de ellas y, finalmente, plantear unas categorías más concretas de las que se desprenden los resultados aquí expuestos, teniendo en cuenta que una de las funciones de las categorías nominales es agrupar palabras que estén relacionadas entre sí a través de métodos numéricos y así, poder acceder a la información de una manera más precisa (Coronado Padilla, 2007).

² Para esta dimensión se usó una encuesta autoadministrada que fue validada por expertos. Con ella se identificaron datos como edad de inicio y frecuencia de consumo (por cada sustancia), factores de riesgo y factores de protección, prevalencia de consumo por mes, año y vida. Estos datos aún no han sido publicados.

³ Dado que para esta dimensión se emplearon varias estrategias y esto amplió los hallazgos, fue posible presentar una parte de los resultados en el IX Congreso Internacional de Adicciones, llevado a cabo en la Universidad Católica Luis Amigó en el segundo semestre de 2016. Estos datos están en las memorias del evento y no comprometen los aquí presentados.

Resultados

En este apartado se presentan los resultados organizados en las tres categorías expuestas en la tabla 2. Antes de pasar al análisis de los resultados, se hace necesario mostrar las categorías que se crearon a partir de los datos arrojados (ver tabla 1).

Tabla 1. Categorías iniciales escalas nominales

Categorías	Nombre de la categoría	Número de oraciones asociadas
Categoría 1.	Autonomía / toma de decisiones	2
Categoría 2.	Malestar / efectos sobre los demás	74
Categoría 3.	Normalización del consumo	10
Categoría 4.	Daño sobre sí mismo	11
Categoría 5.	Control dentro de la universidad	7
Categoría 6.	Certeza consumo en la universidad	4
Categoría 7.	Negación/ desconocimiento consumo en la U.	4
Categoría 8.	Causas del consumo	1

Nota: elaborada por los autores del presente artículo

Tabla 2. Categorías finales

Categorías	Nombre categorías	Categorías iniciales asociadas
Categoría 1.	Percepción sobre consumidor universitario	1 y 3
Categoría 2.	Percepción sobre consumo de sustancias dentro de la universidad	2, 4 y 8
Categoría 3.	Facilidad de acceso a sustancias ilícitas dentro de la universidad	5, 6 y 7

Nota: elaborada por los autores del presente artículo

Percepción sobre el consumidor universitario

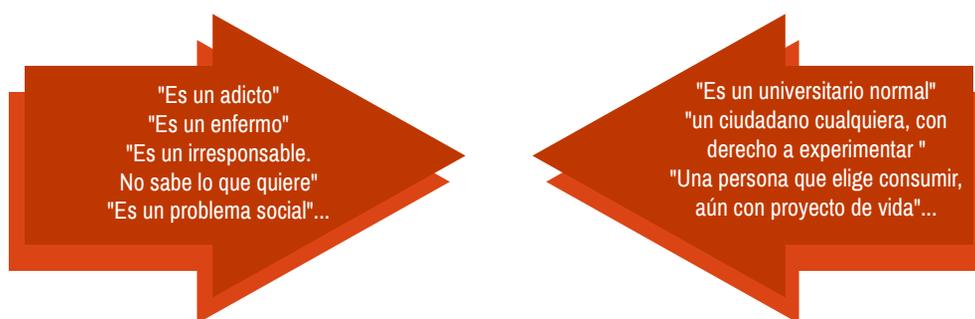
A la luz de la sociedad colombiana, el tema del consumo ha sido controversial, especialmente, por todas las posibles “ganancias” y “detrimentos” encontrados a través de su historia. Por supuesto, los estudiantes universitarios no están exentos de esta ambigüedad en el discurso, pues mientras algunos utilizan frases patologizantes

e incluso degradantes hacia los mismos consumidores universitarios, otros utilizan expresiones normalizadoras que dejan ver el consumo como consecuencia de decisiones y conductas que se desprenden de la libertad y el placer. En este caso puntual, se hace un análisis de la percepción que tienen los estudiantes hacia el consumidor universitario.

El análisis mostró que aparecen frases encaradas como se muestra en la figura 1:

El universitario consumidor de sustancias psicoactivas es...

Figura 1. Percepción del universitario consumidor. Elaborada por los autores del presente artículo



Resultan inquietantes estas posturas tan opuestas, dado que las palabras que utilizan para denominar a los universitarios consumidores son rotundas. Se hizo por esto necesario realizar una lectura amplia, pues como mencionan Briones, Cumsille, Henao, y Pardo (2013), el tema del uso de sustancias no es una mera cuestión de "consumo de drogas", sino que abarca varias problemáticas sociales, económicas, políticas y demás. De manera que es posible afirmar que esta mirada dual que presentan los estudiantes es producto de la misma dicotomía con que la sociedad colombiana ha pensado el consumo y control de sustancias.

Así, es claro que el consumo de sustancias psicoactivas es una realidad que toma forma *en* y se retroalimenta *de* realidades sociales, lo que trae de suyo una relación circular entre el individuo, su mundo intersubjetivo y las prácticas culturales, políticas y económicas que de este último derivan.

El consumo de sustancias

Los estudiantes expusieron de manera explícita su descontento frente al consumo de sustancias psicoactivas dentro de la Universidad. Para ellos, esto tiene afectaciones que van mucho más allá de las que experimenta de forma directa el consumidor; es evidente su calificación de este acto como factor de riesgo para los "otros". En esta categoría se encuentran frases como: "genera más consumo y más violencia", "es un factor de riesgo para otros", "genera un problema para la comunidad universitaria", "nos afecta a todos los estudiantes", "conlleva a un descontrol estudiantil colectivo".

Además de lo ya planteado, también se manifiesta la preocupación por una afectación en la imagen de la Universidad, pues varios estudiantes expresaron que: “se genera una mala imagen a la institución”, “es perjudicial tanto para el perfil de los universitarios y la universidad en sí”, “ocasionaría baja reputación”.

De acuerdo con lo anterior, se infiere la relación que construyen los estudiantes entre el consumo y las conductas *inadecuadas* o *reprochables*, pues asumen que el consumo dentro de su universidad tendrá efectos negativos en el medio externo.

También se pone en evidencia la apreciación que tienen los estudiantes respecto a la influencia que el consumo dentro de la Universidad puede causar en otros estudiantes; es decir, la población estudiantil refiere que dicho consumo puede ser un “incentivo” para que otros lo hagan, convirtiéndose así el consumidor en un mismo factor de riesgo para los demás estudiantes no consumidores. Para ilustrar mejor esta idea, se mencionan frases arrojadas por los estudiantes para el reactivo “*Dentro de la universidad se consumen sustancias psicoactivas y esto...*”: “genera malas influencias”, “lleva a que otras personas quieran hacerlo”, “alienta aún más al consumo en otros”, etc.

Surgen, entonces, las siguientes reflexiones desde de lo expuesto en este apartado: i) la percepción de los estudiantes en relación con el consumo dentro de la Universidad aún está atravesada por un cuestionamiento moral. ii) Una conducta que puede ser percibida inicialmente como “práctica de libertad”, “decisión individual”, etc., es también considerada como aquella que genera daños significativos a terceros. Este es el caso de las oraciones que hablan de un incentivo al consumo, daño a la imagen de la Institución y mal clima académico.

El acceso a la droga

Para este apartado, se analizaron las frases arrojadas por los estudiantes y se concluyó que dicha población percibe una gran facilidad para acceder a las drogas. La figura 2 muestra expresiones significativas que evidencian lo expuesto:

Afuera de las universidades se pueden conseguir sustancias psicoactivas, lo que significa que...

Figura 2. Percepción respecto a facilidad de acceso a sustancias ilícitas.



Nota: Elaborada por las autoras del presente artículo.

Asimismo, surgen oraciones que exponen la percepción que se tiene de la venta de sustancias ilícitas como un negocio lucrativo y rentable: "es un negocio rentable", "es un mercado activo que cada vez crea más dependencia", "los vendedores reconocen una demanda", etc.

Del mismo modo, aparecen frases alusivas a la normalización del consumo de drogas, e incluso parece haber un reconocimiento de la ciudad como "centro de consumo", esto, dando respuesta a la frase inconclusa: "Afuera de las universidades se pueden conseguir sustancias psicoactivas, lo que significa que...": "cada quien es libre de escoger lo que consume", "la sociedad debe aceptar el consumo como algo innato del mundo actual. Medellín es el centro del consumo, es inevitable", "estamos en una sociedad donde todo ya es normal", "la solución a la problemática no es la prohibición, sino principalmente la aceptación", entre otras.

Resultan significativas las denominaciones que aparecen en lo anterior, pues los estudiantes aseguran la facilidad al acceso a este tipo de sustancias ilícitas en cualquier sitio, además perciben una rentabilidad en la venta de estas sustancias ilícitas y hay una aceptación e intención de normalización del consumo.

Discusión

Con la presente investigación se pretendió describir las cogniciones sociales asociadas al consumo de sustancias psicoactivas dentro y fuera de una universidad privada de la ciudad de Medellín. Con los hallazgos se hace evidente la tensión que existe alrededor del discurso del consumo de drogas, pues se pone de manifiesto una

postura aún moralista frente a este fenómeno y, a su vez, una defensa del cambio de pensamiento y de la práctica de la libertad como una decisión personal. En diálogo con la teoría podríamos decir que la libertad se está incorporando a “modelos internos” que tienen los estudiantes, modelo que “tiene por función el conceptualizar lo real a partir de la activación del conocimiento previo” (Ayestarán, De Rosa y Páez, 1987, p. 16). Hay, así, una articulación entre el conocimiento previo y las nuevas miradas sobre el consumo de sustancias; se asume a raíz de las frases suministradas por los estudiantes, pues cuando se pone en una especie de balanza, se pueden encontrar las posturas polarizadas y encontradas.

En comparación con la investigación que se llevó a cabo por Velásquez y Scopetta (1998), en la cual se informa que los estudiantes perciben bajo riesgo del consumo dentro de su institución, el presente estudio refleja dos semblantes diferentes respecto a este tema: (1) se expresa alta preocupación por el consumo de sustancias psicoactivas dentro de la universidad, pues como se evidencia en el apartado de resultados, hay una percepción fuerte del daño a terceros, refiriéndose así a consumidores y no consumidores dentro de la Institución y, (2) los resultados muestran además una población significativa que desconoce si dentro de la Universidad se consumen drogas.

En otra investigación llevada a cabo por Red Unir (2009), los estudiosos hallaron que los vínculos establecidos más allá de las clases son importantes para la construcción de la identidad universitaria y que los estudiantes se adhieren a diferentes grupos; alrededor del consumo de sustancias algunos alumnos se agrupan, al tiempo que otros toman distancia de estos primeros. Esto podría relacionarse con la apreciación que hacen los alumnos en cuanto a la influencia que tiene el consumo en los estudiantes “no consumidores” y su relación con la motivación en estos últimos en la categoría que emergió en el análisis de frases inconclusas de “*El consumo dentro de la Universidad es...*”; pues esto se encuentra en sintonía con el deseo de ser aceptado en grupos.

¿Será entonces que en la medida en que haya interacción con otros contextos habrá un panorama más amplio para tomar decisiones acerca del ser? Araya (2002) menciona que “toda representación social contribuye al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales” (p. 24); en esta cita, la autora remite a una conceptualización importante para Moscovici (Citado en Araya, 2002). Así, resalta la idea de las cogniciones sociales como un constructo movable y continuo, pues la manera en que las personas procesan y se aproximan a su realidad es cambiante. Esto se ve influenciado en la medida en que los individuos de un contexto determinado empiezan a interactuar con miembros pertenecientes a otros entornos, ampliando así las construcciones sociales.

Siguiendo en la línea del pensamiento de Araya (2002) y de acuerdo con los datos arrojados por la investigación actual, se observa la transición que hace una población que ha vivido en un contexto de “guerra” a partir de la venta y consumo de drogas, con nuevas experiencias y paradigmas que se van formando por el conocimiento de otros ambientes.

Efectivamente, el estudio sobre los razonamientos que hacen las personas en su vida cotidiana y sobre las categorías que utilizan espontáneamente para dar cuenta de la realidad, ha permitido la aproximación a leyes y a la lógica del pensamiento social. Es decir, el tipo de pensamiento que las personas utilizan como miembros de una sociedad y de una cultura, para forjar su mundo (de las personas, de las cosas, de los acontecimientos y de la vida en general) (Araya, 2002, p. 15).

Conclusiones

El presente estudio guardó una relación coherente con las necesidades de la investigación sobre el consumo de sustancias psicoactivas relacionadas con la lectura del fenómeno en tanto realidad del sujeto, del contexto y, en nuestro caso particular, de la universidad privada de la ciudad de Medellín. Llevar a cabo este trabajo ha permitido trascender las fronteras que a veces imponen los datos de corte empírico, instaurados como verdad acabada, y ha permitido ahondar en la construcción de ideas por parte de los estudiantes. Este es el propósito que persigue cualquier estudio que se ocupe de la cognición social: indagar por el mundo construido.

De manera que esta investigación ha conducido, de un lado, a pensar el vínculo entre la institución de educación superior y los sujetos que de esta hacen parte; y estos últimos nos han dicho que las drogas hablan más que del consumo, estas hablan de las transiciones morales, políticas, y tal vez simbólicas de una cultura. El interés de las instituciones por intervenir en la presencia del consumo en la universidad ha de partir de la lectura y la escucha de estas transiciones.

Por otro lado, el presente estudio ha permitido reflexionar sobre el valor teórico y metodológico de las cogniciones sociales. Se trata de una teoría que deja clara una postura construccionista, pero que se articula a los procesos cognitivos (estructuración del conocimiento compartido), y en esta doble apuesta radica gran parte de

su valor. Como metodología, las representaciones sociales abren un sinnúmero de posibilidades técnicas; sin embargo, en el equipo investigador nació la inquietud por las estrategias que permitan una mejor articulación entre la estructura y los procesos involucrados en la representación social de las realidades.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: ejes para su construcción*. Costa Rica: FLACSO.
- Ayestarán, S., De Rosa, A. y Páez, D. (1987). Representación social, procesos cognitivos y desarrollo de la cognición social. En D, Páez (Autor), *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social* (pp. 70-182). Madrid: Fundamentos.
- Barona Tovar, G. (2012). Drogas, adicción, daño: ficciones contemporáneas. *Cultura y drogas*, 17(19), 13-38. Recuperado de [http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga17\(19\)_2.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga17(19)_2.pdf)
- Briones, A., Cumsille, F., Henao, A. y Pardo, B. (2013). El problema de las drogas en las Américas. Recuperado de http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación con el riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534. Recuperado de http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N306_consumodrogas.pdf
- Coronado Padilla, J. (2007). Escalas de medición. *Corporación Universitaria Unitec*, (2), 104-125. Recuperado de <http://mey.cl/apuntes/variablesunab.pdf>

- Echavarría Henao, M., Giraldo Lopera, A. M., Giraldo Ferrer, L. F., Pareja, L. M. y Gallego, H. A. (2015). *Abordaje integral para la intervención de conductas adictivas. Manual práctico para la detección, diagnóstico, remisión, tratamiento en el marco de la Atención primaria en salud*. Medellín: Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/296202375/Abordaje-Integral-Para-La-Intervencion-de-Conductas-Adictivas>
- Mosquera, J., Artamónova, I. y Mosquera, V. S. (2011). Consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia. *Investigaciones Andina*, 13(22), 194-210. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462011000100008
- Páez, D., Villarreal, M., Etxberria, A. y Valencia, J. (1987). Cognición social: esquema y función cognitiva aplicada al mundo social. En D, Páez (Autor), *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social* (pp. 183-197). Madrid: Editorial Fundamentos.
- Quiroz, S. y Matabanchoy, S. (2013). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad Mariana y la Institución Universitaria Centro de Estudios Superiores María Goretti. *Revista Unimar*, 61, 87-99. <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/view/384>
- Red Unir. (2009). *Del viaje en U. La vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas*. Medellín: Fondo Editorial Luis Amigó.
- Velásquez, C. y Scopetta, O. (1998). *Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas de Santa Fe de Bogotá, 1997*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, Santa Fe de Bogotá. Sistema Vespa.

Apéndice. Instrumento cualitativo

Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) –lícitas ilícitas– en estudiantes de pregrado y posgrado

Estimación de prevalencia y análisis de cogniciones sociales

Con la presente encuesta se pretende identificar las ideas que usted ha construido en relación con el tema de consumo de sustancias tanto a nivel general, como en el contexto específico de la Universidad. La información recogida será utilizada solo con fines académicos. Dado que se respeta el derecho a la confidencialidad no debe escribir datos personales en el formulario.

Para responder la encuesta siga las instrucciones dadas en cada una de las partes que la constituyen.

PARTE I.

A continuación, se presenta una serie de términos seguidos de cinco espacios. Escriba debajo de cada término las cinco primeras palabras que le vengan a la mente. Responda de forma rápida, evitando pensar demasiado en cada palabra. No hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Sustancias psicoactivas		2. Consumidor	
3. Efectos		4. Marihuana	
5. Cocaína		6. Heroína	

7. Inhalables		8. Drogas sintéticas	
9. Factor de riesgo		10. Factor de protección	
11. Causas			

Ahora asigne un número, de 1 a 5, a cada una de las palabras escritas en cada cuadro, así:

Escriba el número 1 en la casilla frente a la palabra que considera más importante de ese grupo; escriba el número 2 en la casilla frente a la segunda palabra más importante y así sucesivamente hasta asignar un valor a cada palabra de cada conjunto.

PARTE II

A continuación, se presenta una serie de oraciones inconclusas relacionadas con el consumo en el contexto universitario; *usted deberá completarla, escribiendo en la línea una breve expresión o frase*. Hágalo de forma rápida, sin detenerse demasiado a pensar en su respuesta.

El universitario consumidor de sustancias psicoactivas es:

Dentro de la universidad se consumen sustancias psicoactivas y esto:

Afuera de las universidades se pueden conseguir sustancias psicoactivas, lo que significa que:

Creencias adictivas centrales en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores¹

Central addictive beliefs in two population groups of multi-consumer adults

Artículo resultado de investigación

Enviado: 23 de marzo de 2017 / Aceptado: 3 de octubre de 2017 / Publicado: 2 de enero de 2018

Gisella de la Torre Peña^{*}
Carolina Jaramillo Mercado^{**}
César Giovanni Martínez^{***}
Camilo Andrés Vargas Rojas^{****}
Olga Klímenko^{*****}

Forma de citar este artículo en APA:

De la Torre Peña, G., Jaramillo Mercado, C., Martínez, C. G., Vargas Rojas, C. A. y Klímenko, O. (2018). Creencias adictivas centrales en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 35-51. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2634>

¹ Artículo resultado de la investigación llevada a cabo durante el año 2016 para optar al título de Especialista en Adicciones, Universidad Católica Luis Amigó.

^{*} Psicóloga, Universidad Simón Bolívar. Especialista en Adicciones, Universidad Católica Luis Amigó. Psicóloga, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Correo electrónico: gisedlt1991@gmail.com.

^{**} Terapeuta Ocupacional, Universidad Metropolitana. Fundación Chisia IPS, Sede Puerto Colombia. Correo electrónico: carojaramillo944@gmail.com.

^{***} Psicólogo. Correo electrónico: cesar.giovanni.martinezxue@gmail.com.

^{****} Psicólogo, Universidad Surcolombiana de Neiva. Especialista en Adicciones, Universidad Católica Luis Amigó. Psicólogo en Fundación Familiar Faro. Correo electrónico: cavas_99@hotmail.com

^{*****} Psicóloga, Universidad Estatal de Moscú, Lomonosov; Magister en Ciencias Sociales, Universidad de Antioquia, Doctoranda en Psicopedagogía, Universidad Católica de Argentina, Docente Institución Universitaria de Envigado, Universidad Católica Luis Amigó. Correo electrónico: olenak45@gmail.com



Resumen

Este artículo presenta los resultados de una investigación orientada a indagar por las creencias adictivas centrales en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores con edades comprendidas entre los 20 y 28 años de las ciudades de Bogotá y Barranquilla. El estudio fue de corte cuantitativo, nivel descriptivo, método no experimental. A una muestra de 100 personas de sexo masculino (50 para cada ciudad) se aplicaron el *cuestionario corto de tamizaje ASSIST* (Henry-Edwards et al, 2003) y el *inventario de creencias* acerca del abuso de sustancias (Beck, et. al.; 1999). Los resultados mostraron la predominancia de las creencias permisivas en la muestra de la ciudad de Barranquilla y de las creencias anticipadoras en la muestra de la ciudad de Bogotá. Según se obtuvo, las creencias adictivas centrales no parecen estar asociadas a las sustancias específicas, sino que pueden tener relación con el contexto sociocultural y condiciones individuales de consumo.

Palabras clave

Adultos jóvenes; Creencias adictivas centrales; Policonsumo.

Abstract

This article presents the results of a study on analyzing the central addictive beliefs in two groups of adult poli-consumers between the ages of 20 and 28 in Bogotá and Barranquilla. The study is quantitative, descriptive and a non-experimental method. The sample was made up of 100 male subjects (50 in each city) they received the The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test ASSIST (Henry-Edwards et al, 2003) as well as the set of beliefs on substance abuse (Beck, et. al.; 1999). The results show the predominance of permissive in the Barranquilla sample and the anticipative beliefs in the Bogotá sample. According to the results, the central addictive beliefs are not apparently associated to specific substances but can be related to the sociocultural context and individual consumption conditions.

Keywords

Young adults; Central addictive beliefs; Poli-consumption.

Introducción

La farmacodependencia, y más específicamente el policonsumo de sustancias psicoactivas, es un fenómeno multicausal y de manifestaciones crecientes que implica la presencia de ciertas características, atributos individuales o factores de riesgo psicosociales (Prieto Silva et al., 2012).

En Colombia, según el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado por el Observatorio de Drogas 2014, consumen drogas cerca de 400.768 personas; del total de consumidores, más de 220.000 consumen marihuana; unos 89.000 bazuco y 92.000 cocaína. La gran mayoría, un 80 por ciento, son hombres. Además, los datos evidencian un incremento en el grupo de drogas ilícitas, lo cual se explica por el aumento en el uso de marihuana. Mientras el 7.9% de la población declaró haber usado marihuana alguna vez en la vida en el estudio del 2008, un 11.5% declaró lo mismo el 2013, señalando un aumento de casi cuatro puntos porcentuales. Aunado a ello se observa un incremento significativo a nivel nacional en el uso de cocaína alguna vez en la vida, que pasó de 2.5% en 2008 a 3.2% en 2013 (Scoppetta Díaz, 2010).

El mayor consumo de sustancias ilícitas se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 8.7%; seguido por los adolescentes de 12 a 17 años, con una tasa del 4.8%; y las personas de 25 a 34 años, con una prevalencia del 4.3%. Medellín tiene la mayor tasa de consumo con el 8.2%, seguido por Quindío y Risaralda, con prevalencias superiores al 6%; Antioquia y Meta que superan el 5%; Bogotá tiene un 3,6% y Barranquilla 1,5% (Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, 2012).

Los indicadores de riesgo abarcan una serie de dimensiones que van desde aspectos sociodemográficos hasta esferas subjetivas como son los fenómenos cognitivos, tales como las creencias y las expectativas (Gómez et al., 2007). Los teóricos cognitivos plantean que las personas reaccionan ante su entorno según la percepción singular que tienen de éste. La forma de valorar los acontecimientos es lo que determina el comportamiento (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999; Beck, 1976, 1984, 2000).

Ante una situación determinada, las personas desarrollan distintos niveles en sus propios pensamientos. En uno de esos se despliegan los llamados pensamientos automáticos, que no surgen de una reflexión, sino de manera breve y rápida; constituyen el nivel más superficial de la cognición, es decir, se observan a nivel del campo perceptual consiente. Estos pensamientos automáticos provienen de esquemas cognitivos cuyo contenido son las creencias centrales (Beck, 2000), que se constituyen en ideas profundas, globales e inflexibles, dominantes acerca de sí mismo y consideradas verdades absolutas.

Uno de los obstáculos principales a la hora de terminar con el consumo de una droga es la red de creencias disfuncionales que se centran alrededor de éste (Beck et al., 1999), jugando un papel importante en la generación de impulsos. Dichas creencias ayudan a formar las expectativas que moldean los impulsos al consumo y/o abuso (Vargas y Londoño, 2016).

Los investigadores manifiestan la implicación que podrían tener las creencias (adictivas y farmacológicas), en tanto fenómeno cognitivo, en el desarrollo de vulnerabilidad al abuso de drogas, convirtiéndose en un factor de riesgo para el inicio y continuidad del consumo (Gómez, 2008; Martínez González y Verdejo García, 2010; Martínez Polo et al., 2011). Los estudios muestran que se presentan diferentes niveles de creencias sostenedoras del consumo de acuerdo con la edad cronológica y tiempo de evolución de la patología, mostrando la instauración en el adicto de creencias disfuncionales acerca del consumo que refuerzan los síntomas y perpetúan la enfermedad (Lado y Grondona, 2011; Trujillo, Martínez-Gonzales y Vargas, 2013). La identificación de creencias nucleares relacionadas con la adicción permite predecir la aparición de craving y el consumo (Martínez Gonzales, Verdejo García y Becoña Iglesias, 2012; Martínez Polo et al., 2011). Igualmente se ha establecido la relación entre las creencias, evolución, éxito del tratamiento y la presencia de los trastornos de personalidad comorbidos (Martínez González y Verdejo García, 2012).

De esta manera, partiendo de la influencia de las variables subjetivas (sistema de creencias) en la manifestación del fenómeno adictivo, el presente estudio se orientó a indagar por las creencias adictivas centrales en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores con edades comprendidas entre los 20 y 28 años.

Referentes teóricos

Creencias adictivas centrales

Las creencias centrales son las ideas más dominantes acerca de uno mismo. Algunos autores se refieren a ellas como esquemas. Aaron Beck (2000) hace diferencia entre estas categorías y sugiere que los esquemas “son estructuras cognitivas propias de la mente y las creencias centrales son el contenido específico de esas estructuras” (Beck, 2000, p. 205). Las creencias adictivas son una categoría introducida por Beck, quien señala que contribuyen a mantener la adicción y proporcionan el trasfondo para la recaída, siendo consideradas por Beck et al. (1999) como “estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia” (p. 68).

En consecuencia, las creencias adictivas pueden definirse “como un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape” (Gómez, 2008, p. 68), categorizándose en: i) creencias anticipatorias, que hacen referencia a las expectativas de recompensa ligada al consumo de

drogas; ii) creencias de alivio, que remiten a la asunción de que las drogas mitigarán o impedirán un malestar determinado y, iii) creencias permisivas o facilitadoras en donde el sujeto minimiza las consecuencias adversas de las drogas.

Policonsumo

En los últimos años, el fenómeno de consumo de sustancias se ha complejizado aún más, debido a la creación de nuevas drogas y el aumento en el uso en general. No solo se observa el empleo de más de una sustancia, lo cual se denomina policonsumo, sino también el manejo combinado de sustancias al mismo tiempo, que se denomina policonsumo simultáneo (Prieto Silva et al., 2012). Al crearse la tolerancia a una sustancia psicoactiva por parte del adicto, este tiene la necesidad de consumir cantidades mayores de la droga de su preferencia o acudir a otras con el propósito de obtener una sensación más fuerte (Murillo Castro, 2013).

El policonsumo puede tener distintas motivaciones y estar asociado a diferentes conductas. Las drogas se mezclan para potenciar al máximo la experiencia psicoactiva; también se consume una segunda sustancia para compensar los efectos negativos de una primera droga (Murillo Castro, 2013).

Desde la neurobiología, el policonsumo presenta un fenómeno complejo que afecta varias estructuras cerebrales relacionadas con el sistema dopaminérgico y la regulación cognitiva y conductual, dificultando los procesos de tratamiento (Acosta López et al., 2011).

Metodología

El estudio contó con el enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y método no experimental.

Población y muestra²

El estudio se desarrolló con base en un muestreo no probabilístico o de selección intencional, por el cual se eligen sujetos típicos de una población con características determinadas. La población estuvo constituida por adultos policonsumidores con edades comprendidas entre los 20 y 28 años, que se encuentran en un proceso de tratamiento en las ciudades de Bogotá y Barranquilla.

² Se expresa especial agradecimiento a la Fundación San Francisco de Asís y la IPS Creser, de Barranquilla y la Fundación IDIPRON, de Bogotá, quienes facilitaron el acceso a la población del estudio.

La muestra corresponde a 50 sujetos de sexo masculino de cada una de las ciudades del estudio, para un total de 100 personas. Se emplearon los siguientes criterios de inclusión para la conformación de la muestra: cumplir con los criterios diagnósticos del CIE 10 para trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas; tiempo abstemio mínimo de 2 meses; ausencia de síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas; ausencia de trastorno psicótico residual y/o trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas; evidencia de procesos cognitivos normales (atención, percepción, memoria, comprensión, pensamiento lógico); adulto entre los 20 y 28 años de edad.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó el cuestionario corto de tamizaje ASSIST, diseñado para atención primaria. Abarca todas las sustancias psicoactivas, incluyendo alcohol, tabaco/cigarrillo y drogas ilícitas. Ayuda a los profesionales de la salud a identificar pacientes con consumo peligroso, nocivo, o dependencia de una o más sustancias; permitiendo diferenciar personas abstemias o con bajo riesgo, consumidores problemáticos o en riesgo y dependientes (Henry-Edwards, Humeniuk, Ali, Monteiro & Poznyak, 2003).

También se utilizó el Inventario de Creencias acerca del abuso de sustancias (Beck et al., 1999). Esta herramienta consta de 20 afirmaciones, teniendo los sujetos la posibilidad de responder opiniones que oscilan del 1 al 7, correspondiendo el máximo puntaje al mayor grado de afirmación, y el menor puntaje al grado máximo de desacuerdo. El cuestionario contiene afirmaciones relacionadas con los tres tipos de creencias adictivas anteriormente explicitadas. Y la distribución es la siguiente: ítems de creencias anticipadoras 1, 2, 5, 7, 11, 12, 20; ítems creencias de alivio 4, 8, 9, 14, 17, 19; ítems de creencias facilitadoras o permisivas 3, 6, 10, 13, 15, 16, 18.

Para la ejecución de la presente investigación, se contó con el consentimiento del grupo de pacientes, a quienes se les explicó previamente el propósito del estudio y el uso confidencial de los resultados.

Resultados

Una vez cumplida la aplicación de los instrumentos, siendo estos el Cuestionario ASSIT y el Inventario de Creencias acerca del abuso de sustancias (Beck et al., 1999) (ver tablas 1 y 2), se llevó a cabo un análisis descriptivo de las diversas variables contempladas en la evaluación.

Tabla 1. Sumatoria de puntuaciones alcanzadas por los 50 sujetos de la ciudad de Barranquilla en cada creencia adictiva

Creencias adictivas	Sumatoria puntuación
Anticipadoras	954
De alivio	1020
Permisivas	1101

Nota: elaborada por los autores del presente artículo

En las puntuaciones de cada una de las creencias adictivas evaluadas en la población de la ciudad de Barranquilla, se observa que la más elevada corresponde a la creencia permisiva con una puntuación de 1101, siguiendo en orden descendente con las creencias de alivio con un 1020 y, en última estancia, las creencias anticipadoras con 954.

Tabla 2. Sumatoria de puntuaciones alcanzadas por los 50 sujetos de la ciudad de Bogotá en cada creencia adictiva

Creencias Adictivas	Sumatoria puntuación
Anticipadoras	1304
De Alivio	1081
Permisivas	1245

Nota: elaborada por los autores del presente artículo

Por su parte, en la ciudad de Bogotá se obtuvo la puntuación más elevada correspondiente a las creencias anticipadoras con un total de 1304, siguiendo en orden descendente las creencias permisivas con 1245 y, finalmente, las creencias de alivio con 1081.

Lo anterior indica que existen diferencias entre los dos grupos poblacionales, de modo que mientras en los sujetos de la ciudad de Barranquilla la predominante es la creencia de carácter permisivo, en los sujetos bogotanos es la creencia anticipadora.

Tabla 3. Distribución de puntuaciones obtenidas por el grupo poblacional de la ciudad de Barranquilla en cada creencia

Creencias adictivas	Cantidad	Porcentaje
Anticipadoras	9	18%
De alivio	15	30%
Permisivas	26	52%

Nota: elaborada por los autores del presente artículo

Se evidencia que de los 50 sujetos evaluados en la ciudad de Barranquilla, 26 de ellos tienen creencias permisivas, lo que corresponde a un 52%; 15 tienen creencias de alivio que corresponde a un 30%; y 9 creencias anticipadoras, correspondiente a un 18%; para un total de 100% (Ver Tabla 3).

Tabla 4. Distribución de puntuaciones obtenidas por el grupo poblacional de la ciudad de Bogotá en cada creencia

Creencias adictivas	Cantidad	Porcentaje
Anticipadoras	23	46%
De alivio	4	8%
Permisivas	16	32%
Simultáneas	7	14%

Nota: elaborada por los autores del presente artículo

Atendiendo a la distribución porcentual de los sujetos bogotanos respecto a las creencias adictivas, se tiene que de los 50 evaluados, en 23 (46%) hay prevalencia de creencias anticipadoras; siguiendo en orden descendiente, en 16 individuos (32%) hay creencias permisivas; en 7 individuos (14%) hay presencia simultánea de todas las creencias en igual proporción o sin predominio de ninguna; finalmente, en 4 sujetos (8%) se hallan arraigadas las creencias de alivio.

Lo anterior indica que se sostiene la prevalencia según la distribución de creencias permisivas en los sujetos de la ciudad de Barranquilla, con un 52%; y de creencias anticipadoras en los individuos de la ciudad de Bogotá, con un 46%.

Tabla 5. Análisis y distribución de los 50 sujetos evaluados en la ciudad de Barranquilla, según el tipo de droga consumida

Drogas consumidas	Cant. Sujetos
Tabaco	38
Bebidas alcohólicas	47
Cannabis	47
Cocaína	44
Anfetaminas	6
Inhalantes	9
Tranquilizantes o pastillas	29
Alucinógenos	9
Opiáceas	9
Otras	3

Nota: elaborada por los autores del presente artículo

Al realizar un análisis estadístico del cuestionario ASSIST aplicado a los 50 sujetos de la ciudad de Barranquilla, tenemos que un 94% de la población consumía cannabis y bebidas alcohólicas, 88% consumía cocaína, 76% era consumidor de tabaco, 58% de tranquilizantes o pastillas, 18% de alucinógenos, opiáceos e inhalantes y 6% otro tipo de drogas, siendo las drogas mayormente consumidas el alcohol y el cannabis.

Tabla 6. Análisis y distribución de los 50 sujetos evaluados en la ciudad de Bogotá, según el tipo de droga consumida

Drogas consumidas	Cant. Sujetos
Tabaco	46
Bebidas alcohólicas	47
Cannabis	49
Cocaína	48
Anfetaminas	5
Inhalantes	34
Tranquilizantes o pastillas	12
Alucinógenos	10
Opiáceas	2
Otras	1

Nota: elaborada por los autores del presente artículo

Al realizar el mismo análisis en los sujetos evaluados de la ciudad de Bogotá tenemos que un 98% fue consumidor de cannabis, 96% de cocaína, 94% bebidas alcohólicas, 92% tabaco, 68% inhalantes, 24% tranquilizantes o pastillas, 20% alucinógenos, 4% opiáceos y 2% otras; siendo las drogas mayormente consumidas cannabis y cocaína.

Tabla 7. Distribución y análisis del tipo de creencia preponderante, según el tipo de droga consumida en los sujetos evaluados de la ciudad de Barranquilla

Drogas consumidas	Creencia anticipadora	Creencia de alivio	Creencia permisiva
Tabaco	0%	0%	100%
Bebidas alcohólicas	0%	17%	83%
Cannabis	12.5%	0%	87.5%
Cocaína	16.6%	16.6%	66.6%
Anfetaminas	0%	0%	100%
Inhalantes	0%	0%	100%
Tranquilizantes o pastillas	11.1%	11.1%	77.7%
Alucinógenos	0%	0%	100%
Opiáceos	25%	25%	50%
Otras (MDA)	0%	100%	0%

Nota: elaborada por los autores del presente artículo

Se realizó un análisis estadístico para determinar la creencia preponderante atendiendo al tipo de droga consumida, encontrándose que en los consumidores de tabaco, un 100% posee creencias permisivas; en quienes consumen bebidas alcohólicas, un 83% presenta creencias permisivas y un 17% creencias de alivio; para quienes consumen cannabis, un 87.5% tiene creencias de contenido permisivo y un 12.5% creencias anticipadoras; en los consumidores de cocaína, un 66.6% tiene creencias permisivas, 16.6% creencia de alivio

e igualmente un 16.6% creencias anticipadoras; en cuanto a las anfetaminas, el 100% tiene creencias permisivas, de igual forma en los inhalantes; para los consumidores de tranquilizantes o pastillas, el 77.7% tiene creencias permisivas, el 11.1% tiene creencias de alivio y el otro 11.1% tiene creencias anticipadoras. Para los alucinógenos, el 100% presenta creencias permisivas; en los opiáceos, 50% presenta creencias de contenido permisivo, 25% de alivio y 25% anticipadoras; y finalmente en los consumidores de otras (que en este caso se refiere al MDA), el contenido de sus creencias responde a 100% de alivio.

Tabla 8. Distribución y análisis del tipo de creencia preponderante, según el tipo de droga consumida en los sujetos evaluados de la ciudad de Bogotá

Drogas consumidas	Creencia anticipadora	Creencia de alivio	Creencia permisiva	Simultáneas
Tabaco	43.75%	8.33%	33.33%	14.58%
Bebidas alcohólicas	43.75%	8.33%	33.33%	14.58%
Cannabis	46%	8%	32%	14%
Cocaína	46.9%	6.1%	32.6%	14.2%
Anfetaminas	100%	0%	0%	0%
Inhalantes	42.8%	8.5%	34.2%	14.2%
Tranquilizantes o pastillas	53.8%	7.6%	23%	15.3%
Alucinógenos	36.3%	18.1%	36.3%	9%
Opiáceos	50%	50%	0%	0%
Otras	100%	0%	0%	0%

Nota: elaborada por los autores del presente artículo

Para los habitantes de la ciudad de Bogotá se realizó, de igual modo, un análisis estadístico para determinar la creencia preponderante atendiendo al tipo de droga consumida, encontrándose que en los consumidores de tabaco, el 43.75% tiene creencias anticipadoras, el 33.33% presenta creencias permisivas, el 14.58% evidencia simultaneidad en el patrón de creencias y un 8.33% muestra creencias de alivio; en quienes consumen bebidas alcohólicas, el 43.75% tiene creencias anticipadoras, el 33.33% presenta creencias permisivas, el 14.58% indica simultaneidad en el patrón de creencias y un 8.33% presenta creencias de alivio.

Para quienes consumen cannabis, el 46% tiene creencias anticipadoras, el 32% demuestra creencias permisivas, el 14% simultaneidad en patrón de creencias y el 8% creencias de alivio; en los consumidores de cocaína, un 46.9% presenta creencias anticipadoras, 32.6% creencias permisivas, 14.2% creencias simultáneas y 6.1% creencias de alivio.

En cuanto a las anfetaminas, el 100% presenta creencias anticipadoras; en lo correspondiente a los inhalantes, el 42.8% muestra creencias anticipadoras, el 34.2% tiene creencias permisivas, el 14.2% creencias simultáneas y el 8.5% creencias de alivio; para los consumidores de tranquilizantes o pastillas, el 53.8% demuestra creencias anticipadoras, el 23% creencias permisivas, 15.3% creencias simultáneas y 7.6% creencias de alivio.

Para los alucinógenos, un 36.3% presenta creencias anticipadoras, otro 36.3% creencias permisivas, 18.1% creencias permisivas y 9% creencias simultáneas. En los opiáceos, 50% presenta creencias de contenido anticipador y otro 50% creencias de alivio; y finalmente en los consumidores de otras, el contenido de sus creencias responde a un 100% en creencias anticipadoras.

Discusión

Tras realizarse un análisis de las puntuaciones obtenidas por los sujetos evaluados en cada uno de los ítems del *inventario de creencias adictivas* y la posterior sumatoria de los mismos, tanto en Barranquilla, como en Bogotá, se evidencia que mientras en la ciudad de Barranquilla, la creencia mayormente asociada al consumo es la permisiva con una puntuación de 1101, en la ciudad de Bogotá la puntuación más elevada corresponde a las creencias anticipadoras con un total de 1304, lo cual posiblemente puede asociarse a la prevalencia de la droga de mayor consumo en cada una de las ciudades, considerando que en Barranquilla las drogas principalmente consumidas son el alcohol y el cannabis con un 94%, en Bogotá son cannabis con un 98%, cocaína en un 96%, bebidas alcohólicas y tabaco con un 94 y 92%, respectivamente. Según estos datos se puede observar que el fenómeno de policonsumo en la ciudad de Bogotá es mayor; o sea, las personas combinan más drogas a la hora de consumir.

También se observa que el sistema de creencias no está ligado al tipo de droga consumida, sino que se distribuye de forma diferente en las muestras de ambas ciudades. Por ejemplo, en el consumo de tabaco en Barranquilla un 100% posee creencias permisivas, en Bogotá 43.75% tiene creencias anticipadoras y el 33.33% presenta creencias permisivas, el 14.58% muestra simultaneidad en el patrón de creencias y un 8.33% presenta creencias de alivio.

En quienes consumen bebidas alcohólicas, en Barranquilla un 83% presenta creencias permisivas y un 17% creencias de alivio, mientras que en Bogotá el 43.75% tiene creencias anticipadoras, el 33.33% evidencia creencias permisivas, el 14.58% presentan simultaneidad en el patrón de creencias y un 8.33% presenta creencias de alivio.

Para quienes consumen cannabis en la ciudad de Barranquilla, un 87.5% tiene creencias de contenido permisivo y un 12.5% creencias anticipadoras; mientras que en la ciudad de Bogotá, 46% tiene creencias anticipadoras, el 32% presenta creencias permisivas, el 14% simultaneidad en patrón de creencias y el 8% creencias de alivio.

Para cocaína en la ciudad de Barranquilla, un 67% presentan creencias permisivas, y 17 % para las otras dos creencias; y en Bogotá, 47% manejan creencias anticipadoras con 33% de permisivas.

Para los alucinógenos, el 100% presenta creencias permisivas en Barranquilla y en Bogotá un 36.3% presenta creencias anticipadoras, otro 36.3% creencias permisivas, 18.1% creencias de alivio y 9% creencias simultáneas.

Lo anterior permite ver notoria diferencia entre creencias asociadas al consumo de cada droga, según la muestra poblacional en cada ciudad. Es un dato interesante que dirige la atención a una posible incidencia que pueden tener factores socioculturales en el surgimiento y configuración de creencias de consumo en los habitantes de diferentes contextos culturales. Por ejemplo, algunos estudios muestran que el consumo de droga puede estar relacionado con las representaciones sociales a nivel cultural que manejan personas al respecto de su consumo (Trujillo et al., 2013). El consumo de algunas drogas puede, a veces, llegar a considerarse como un valor social positivo (Comas, 1994), como por ejemplo, el consumo de alucinógenos como ayahuasca o peyote en las sociedades indígenas, o incluso, consumo de marihuana “medicinal” que se está estableciendo actualmente como una norma socialmente permitida y deseada en algunas regiones del mundo. Estas representaciones pueden llegar a ser homogéneas y ampliamente difundidas en los colectivos sociales (Wagner y Elejabarrieta, 1995), influyendo, a su vez, en la formación de ciertas creencias de consumo que respaldan el consumo en una población determinada. En este caso, aparece como un dato interesante, alta predominancia de creencias permisivas de consumo en la muestra de la ciudad de Barranquilla, lo cual podría dar paso a una indagación sobre las representaciones sociales que existen a nivel social en esta subcultura sobre el uso de drogas, teniendo en cuenta que las drogas más usadas en la muestra fueron cannabis y alcohol, lo cual puede apuntar a una probable aceptación social existente frente al uso de estas u otras en la población de adultos jóvenes de esta ciudad (20-28 años).

Wagner y Elejabarrieta (1995) resaltan que los consumidores tienen una tendencia de identificarse más con las personas no consumidoras que tienen las creencias favorables sobre el uso social de las drogas. Este aspecto es importante para la consideración de las representaciones sociales existentes en una cultura o subcultura como factores que pueden influir en la predominancia de ciertas creencias sobre el consumo en una población. Por ejemplo, el fenómeno de predominancia de creencias anticipatorias en la muestra de sujetos de Bogotá denota una prevalencia de las expectativas de recompensa ligada al consumo de drogas, a diferencia de una actitud permisiva en la muestra de Barranquilla.

En relación con esto, es importante considerar que las recompensas ligadas al consumo no son solo de índole fisiológica, también pueden ser recompensas sociales, como por ejemplo, entrar en un círculo de personas selectas, con posición social alta, o simplemente ser aceptado en algún grupo de personas de su preferencia, entre otras. En este aspecto es importante traer a colación el fenómeno, cada vez creciente, en la ciudad de Bogotá al respecto de una expansión de consumo entre las empleadas de oficinas, altos ejecutivos, empresarios y demás, que combinan el consumo, negocios y establecimiento de contactos sociales. Para este fin, en la ciudad aparecen, cada vez más, exclusivos clubes con membresía de pertenencia, cuya entrada representa tanto la posibilidad de consumir una droga (cocaína, bazuco, alcohol, etc.) sin problemas y en libertad, como asociarse a un círculo social que conlleva recompensas sociales de contactos lucrativos, ayudando a sus integrantes en los negocios y ganancias de dinero (Semana, 2017). Este fenómeno social que refleja las representaciones sociales existentes en la población bogotana al respecto del consumo como una moda o tendencia socialmente aprobada, y sobre todo en los círculos de clase alta de empresarios y ejecutivos, puede contribuir a fomentar en los consumidores sus creencias anticipadoras, relacionadas no solo con el efecto físico de la droga, sino también con su recompensa a nivel social como una vía de entrada en círculos socialmente deseables.

Por último, es interesante el dato de diferencias en consumo de sustancias predominantes que se evidenció entre las ciudades: cannabis mostró el mismo nivel de consumo, pero en Bogotá se mostró prácticamente el mismo nivel de consumo de cocaína.

Al respecto, se pueden considerar los planteamientos de Sáiz Martínez et al. (2014) acerca de una relación existente entre algunas problemáticas a nivel psicológico de las personas y el uso de ciertas drogas como parte de la hipótesis de automedicación. Se podría contemplar la posibilidad de que algunas problemáticas de salud mental de las personas en la sociedad contemporánea –como el estrés, causado por la vida laboral, o altas exigencias de rendimiento ejecutivo–, podrían estar asociadas con el consumo de algunas drogas que permiten, a partir de los efectos depresores o estimulantes, contribuir a contrarrestar el malestar causado por estos y/o alcanzar más altos rendimientos, consumo que puede incluir tanto el de psicofármacos estimulantes o calmantes, como el de cocaína, marihuana, alcohol, etc. (Elustondo, 2010). Es una de las razones por los

cuales la cocaína se ha vuelto una droga de mayor consumo en los altos ejecutivos y empresarios en todo el mundo, quienes inician “su consumo de forma accidental o esporádica en el marco de un ambiente social favorable al consumo de estas sustancias, o debido a un trabajo estresante que exige de mayores niveles de atención y rendimiento” (De la Serna, 2016, párr. 4). Es posible que altas exigencias de estrés de vida en la capital puede considerarse como uno de los factores que inciden de alguna forma en el alto porcentaje de uso de cocaína en la muestra estudiada.

Conclusiones

Tanto en la ciudad de Barranquilla, como en la ciudad de Bogotá prevalece el consumo de sustancias diferentes.

El presente estudio permite pensar en la existencia de relaciones causales entre los factores contextuales y socioculturales presentes en cada ciudad (Barranquilla y Bogotá) y las creencias adictivas centrales predominantes en cada muestra, al igual que con el tipo de droga de elección predominante.

Al parecer, el sistema de creencias no está ligado al tipo de droga consumida, sino que está sujeto a otros factores biopsicosociales, culturales y la historia de vida de cada sujeto desde su individualidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

- Acosta López, J., Cervantes Henríquez, M., Pineda Alhucema, W., De La Torre Peña, G., López Aristizábal, L., Cárdenas Cueto, B. (2011). Policonsumo desde una perspectiva neuropsicológica. *Psicogente*, 14(25), 178-189. Recuperado de <http://www.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente>
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy of emotional disorders*. NY: International University Press.
- Beck, A. (1984). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. NY: Raven Press.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Comas, D. (1994). *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Juventud.
- De la Serna, J. (2016). *Adicción a la cocaína*. *Webconsultas, Revista de Salud y Bienestar, Mente y Emociones*. Recuperado de <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/adicciones/adiccion-la-cocaina/ causas-y-consecuencias-de-la-adiccion-la-cocaina>
- Elustondo, G. (2010). Crece el consumo de drogas entre los mayores de 40 años. *Clarín.com*, Salud. Recuperado de http://entremujeres.clarin.com/entremujeres/vida-sana/salud/drogas-psicofarmacos-estimulantes-abuso-sustancias-alcohol_0_Sk9FGJqvXx.html
- Gómez, R., Bustos, J., Krainbül, W., Martín, M., Tuttolomondo, M. y Múrua, V. (2007). *Estudio descriptivo acerca de las creencias farmacológicas sobre los efectos de las drogas en sujetos consumidores y no consumidores de sustancias*. Memorias del I Congreso de Psicología de la Facultad de Psicología. UNC. Córdoba. Argentina
- Gómez, R. (2008). *Abuso y consumo de drogas. Creencias y vulnerabilidad*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.academica.org/000-032/181.pdf>
- Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Monteiro, M., & Poznyak, V. (2003). *Brief intervention for substance use: a manual for use in primary care (Draft Version 1.1 for Field Testing)*. Geneva: World Health Organization.

- Lado, G. y Grondona, J. (2011). *Creencias asociadas al consumo en pacientes adictos del hospital general de agudos Teodoro Álvarez*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación, Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.academica.org/000-052/169.pdf>
- Martínez González, J. y Verdejo García, A. (2010). Creencias adictivas y craving. *Adicciones*, 23(1), 45-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122829006.pdf>
- Martínez González, J. y Verdejo García, A. (2012). Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependientes con y sin trastornos de personalidad. *Adicciones*, 24(3), 229-238. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/94/93> <https://doi.org/10.20882/adicciones.94>
- Martínez González J., Verdejo García, A. y Becoña Iglesias, E. (2012). Estudio exploratorio del impacto de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en el consumo tras la abstinencia. *Rev. Trastornos Adictivos*, 14(4), 105-111. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097312700533> [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(12\)70053-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(12)70053-3)
- Martínez Polo, I., Restrepo Atuesta, M., Cerra Betancour, C., Parra Santander, M., Medina Feris, V. y Páez Girón, A. (2011). Categorías de creencias adictivas en un programa de rehabilitación en farmacodependencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 36(2), 185-196. Recuperado de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v36n2_4.pdf
- Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. (2012). Diagnóstico nacional de salud ambiental. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/Diagnostico%20de%20salud%20Ambiental%20compilado.pdf>
- Murillo Castro, L. (2013). El policonsumo de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (24), 1-13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44826081006> <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i24.8416>
- Observatorio de Drogas de Colombia (2014). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2013. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

- Prieto Silva, R., Simich, L., Strike, C., Brands, B., Giesbrecht, N. y Khenti, A. (2012). Diversidad y complejidad en el fenómeno de las drogas: el policonsumo simultáneo en estudiantes universitarios en una universidad, Cundinamarca – Colombia. *Texto Contexto Enferm*, 21(Esp), 49-55. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21nspe/v21nspea06.pdf> <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000500006>
- Sáiz Martínez, P., Jiménez Treviño, L., Díaz Mesa, E., García-Portilla González, M., Marina González, P., Al-Halabí, S., Szerman, N., Bobes García, J. y Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, 26(3), 254-274. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289132251007.pdf> <https://doi.org/10.20882/adicciones.7>
- Scoppetta Díaz, O. (2010). *Consumo de drogas en Colombia, características y tendencias*. Dirección Nacional de Estupeficientes. Bogotá DC: Guadalupe S.A. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03102010-consumo-drogas-colombia-caracteristicas-tendencias-.pdf>
- Semana (12 de marzo de 2017). Las casas del bazuco en Bogotá. Sección Tendencias. Recuperado de <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/las-casas-del-bazuco/7515-3>
- Trujillo, H., Martínez-Gonzales, J. y Vargas, C. (2013). Relaciones asociativas entre las creencias acerca del uso social de las drogas y el consumo en estudiantes jóvenes. *Universitas Psychologica*, 12(3), 875-885. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-3.race>
- Vargas, A. y Londoño, N. (2016). Creencias asociadas al consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. *Revista Katharsis*, (21), 111-130. Recuperado de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis> <https://doi.org/10.25057/25005731.624>
- Wagner, W. y Elejabarrieta, F. (1995). Representaciones sociales. En J. F. Morales (Coord.), *Psicología social* (pp. 816-841). Madrid: McGraw-Hill.

Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz

Risk and protection factors before drug consumption in Young people in the La Paz municipality

Artículo resultado de investigación

Enviado: 26 de abril de 2017 / Aceptado: 29 de septiembre de 2017 / Publicado: 2 de enero de 2018

Juana Isabel Callisaya Argani*

Forma de citar este artículo en APA:

Callisaya Argani, J. I. (2018). Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 52-74.
Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2635>

Resumen

La investigación identifica factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas en jóvenes del Municipio de La Paz, para la proposición de líneas estratégicas en la Prevención del consumo/abuso de drogas, basado en el último estudio de hogares sobre la prevalencia del consumo de drogas, la ciudad de La Paz se encuentra entre los primeros lugares de consumo de drogas (prevalencia de año) en cuanto al alcohol, tabaco y marihuana, las edades de mayor consumo están ubicadas entre los 18 a 35 años, por otra parte estos consumos se ubican según el AUDIT dentro del consumo problemático. La metodología cualitativa fue a través de grupos focales donde se indago respecto a las percepciones y opiniones que influyen en consumo y abuso de drogas y factores protectores. Los resultados evidencian que el factor de mayor riesgo para el consumo y abuso de drogas se encuentran en el entorno del joven; con las normas permisivas o incumplimiento de las mismas sobre la prohibición, venta y control de alcohol y tabaco; la presencia de las drogas como oferta y disponibilidad; el consumo abusivo y exagerado de alcohol en las fiestas folklóricas del Municipio. En la familia el modelo permisivo y los patrones frecuentes de consumo del padre/madre. A nivel personal la presión del grupo, el consumo a menor edad, y la curiosidad son influyentes. Los factores de protección a nivel: personal, referido a la capacidad de resistir la presión del grupo, la percepción de riesgo, la pasión por actividades alternativas; a nivel familiar, el modelo de padre/madre alejadas del consumo o consumo responsable, la comunicación y disciplina flexibles; y en el entorno las posibilidades de realizar actividades culturales/sociales/deportivas alejan del consumo abusivo de drogas. En conclusión, los y las jóvenes perciben mayores factores de riesgo que de prevención.

* Master en Ciencias de la Familia, Magíster en Drogodependencias, mención en Prevención Integral. Docente de la Universidad La Salle La Paz. Bolivia. Correo electrónico: jcallisayaargani@gmail.com
ORCID: 0000-0003-2552-4364



Palabras Clave

Consumo de drogas; Factores de protección; Factores de riesgo; Jóvenes; Prevención

Abstract

The study identifies risk and protection factors before drug consumption in Young people in the La Paz municipality, in order to propose strategies to prevent drug abuse or consumption. According to the last home study on the prevalence of drug consumption (2014), the city of La Paz, Bolivia is among the first places (year prevalence) of alcohol, tobacco and marihuana for adults between 18 and 35, such consumption, according to AUDIT to be in the problematic category. The qualitative methodology was carried out through focus groups to analyze how perceptions and opinions influence drug abuse and consumption as well as protective factors. The results show that the highest risk factor is found for young people that is the permissive norms or not following the ones established regarding alcohol and tobacco sale, control or prohibition; the presence and the offer of drugs, the exaggerated and abusive consumption of alcohol during folklore municipal celebrations. In the family, the permissive model and frequent consumption patterns of either the mother or father. In the personal level, group pressure, underage consumption, as well as curiosity hold great influence. The protection factors at the personal level are related to the resistance to group pressure, risk perception, passion for alternative activities; at the family level, the non-consumer or responsible consumer father/mother model, communication and flexible discipline; and in the social environment there is the possibility to carry out cultural/social/sport activities help to stay away from drug abuse. In conclusion, young people perceive greater risk factors than preventive ones.

Keywords

Drug use; Protective factors; Risk factors; Youth; Prevention

Introducción

La necesidad de identificar los factores de riesgo que influyen en el consumo y abuso de drogas, así como los factores que protegen de la drogadicción desde la percepción y experiencia de los jóvenes es una de las tareas pendientes y olvidadas en la comprensión del fenómeno de las drogodependencias en muchos países de Latinoamérica, siendo esta una de las recomendaciones específicas de la Organización de los Estados Americanos OEA (2005) refiriendo que la prevención del consumo de drogas debe estar basada en evidencia científica.

En este sentido, muchos de los programas preventivos del consumo de drogas en Bolivia y particularmente en La Paz, a pesar del esfuerzo de profesionales e instituciones están basados en ideas y preconceptos con insuficiente evidencia científica, o son réplicas de experiencias foráneas alejadas de la realidad y del contexto actual donde no asumen cuáles y cómo los factores de riesgo crean situaciones de vulnerabilidad en la población joven, y por otro lado, no toman en cuenta particularidades positivas (individuales, familiares y del contexto) que se pueden considerar como factores protectores ante el consumo problemático o abusivo de las drogas en los programas preventivos.

De acuerdo al último Censo de Población y Vivienda (2012) del Instituto Nacional de Estadística, la población joven (adolescentes y jóvenes) corresponde a 275.233 habitantes entre 10 y 29 años de edad en Bolivia. Los datos para La Paz son aproximadamente similares en cuanto a la población entre 10 a 29 años, es decir que de cada 10 paceños/as 4 se encuentran entre 10 a 29 años, los cuales poseen necesidades urgentes a atender en cuanto a la prevención del consumo de drogas y otras problemáticas.

Respecto al consumo de drogas según el último estudio a nivel nacional (CONALTID, 2014), la prevalencia del año sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas es: alcohol 48,53%, tabaco 25,05%, tranquilizantes 1,87%, estimulantes 0,26%, marihuana 1,27%, inhalables 0,30% y cocaína 0,32%, siendo las drogas de mayor consumo el alcohol, tabaco, tranquilizantes y marihuana a nivel nacional.

El grupo etario de mayor consumo según el estudio de CONALTID (2014) en la prevalencia de año para la ciudad de La Paz, se ubica entre los 25 a 35 años con 85,13% para el alcohol, para el tabaco entre los 25 y 35 años el 31,38%. Para la marihuana los grupos entre 18 a 24 y 25 a 35 tienen porcentajes altos de consumo en comparación a otras ciudades 4,87%.

Por otra parte, la ciudad de La Paz ocupa el primer lugar de consumo (prevalencia de año) para el alcohol con 57,26%, seguido por Oruro 57,22% y Sucre con 51,51%. Para el tabaco 33,90% seguido por Sucre con 33,34%. Respecto a la marihuana posee 2,09% junto con Sucre y después de Trinidad que tiene 2,15% (CONALTID, 2014).

La media de edad de inicio del consumo en La Paz es de 19,09 para el alcohol, 19,54 para el tabaco, para la marihuana está en 20,80 (CONALTID, 2014) que ubica al grupo etario de la adolescencia y la juventud como una población en situación de vulnerabilidad, primero al uso de drogas y con probabilidad de abuso de las mismas, siendo esta edad y la anterior momentos críticos para desarrollar programas de prevención del consumo de drogas y otros riesgos psicosociales.

Otro indicador muy importante a la hora de explicar la problemática del consumo de drogas, son los datos obtenidos a través del AUDIT (por sus siglas en inglés Alcohol User Disorders Identification Test) con cuatro niveles que indican el nivel de riesgo del consumo de alcohol: como consumo problemático (sumando los porcentajes de nivel de riesgo 2, nivel 3 consumo perjudicial) y nivel 4 (dependencia), en total resulta 41,54% a nivel nacional (CONALTID, 2014).

Del párrafo anterior se puede presumir que el 41, 54% de hombres y mujeres en Bolivia y específicamente en La Paz el 37,70% de la población están ubicados dentro del consumo problemático (Callisaya, 2011), lo que puede implicar problemas:

- Personales; descuido y cambios en la fisonomía por los efectos de la droga, síntomas de depresión y/o ansiedad, cambios de humor, entre algunos además de la dependencia al alcohol.
- Familiares; situaciones de violencia con los hijos/as, con la pareja y altos índices de sufrimiento en la familia, la codependencia, etc.
- Laborales y sociales; pérdida de empleo, alejamiento del grupo de amigos/as, accidentes y mayor vulnerabilidad en varias esferas de la vida.

En ese entendido resalta la importancia de conocer las percepciones y experiencias de los y las jóvenes¹ del Municipio de La Paz sobre los temas que no son cotidianamente identificados, pero son parte de la vivencia que los ubica o no ante situaciones de vulnerabilidad del consumo y abuso de drogas, estos factores de riesgo que incrementan las probabilidades de abuso de drogas y los daños colaterales que pueden presentarse. O, aquellos factores protectores que pueden influir en un “consumo responsable²” o una “relación responsable con la sustancia” hacia estilos de vida saludables y responsables.

¹ Joven, personas que se encuentran entre los 15 y 21 años, definido por la OMS.

² Consumo referido a aquel donde es posible beber o fumar en situaciones sociales y que dependen de la educación, características individuales, y capacidad de decisión, con menores probabilidades del abuso de drogas.

La ciudad de La Paz aglutina una variedad de zonas con características territoriales y condiciones sociodemográficas particulares, calidad de vida y condiciones económicas diversas que están organizadas en 8 macro distritos (Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, 2011):

- Macro Distrito 1 Cotahuma, con mayor cantidad de población juvenil y adulta y la calidad de vida esta diferencia por la cercanía al centro urbano y las laderas.
- Macro Distrito 2 Max Paredes, con mayor población infantil, adolescente y adultos jóvenes, es una zona eminentemente comercial (cerca al centro urbano) y residencial hacia las laderas.
- Macro Distrito 3 Periférica, tiene mayor población infantil, adolescentes y adultos jóvenes, es una zona con altos índices de población migrante del norte paceño y el comercio es una actividad principal.
- Macro Distrito 4 San Antonio, también con mayor población infantil, adolescente y adultos jóvenes, siendo una zona con mayor vocación residencial.
- Macro Distrito 5 Sur, la población predominante son los adultos y adultos jóvenes, donde contrastan residencias lujosas y otras populares.
- Macro Distrito 6 Mallasa, con mayor población de niños, niñas y jóvenes adultos, considerada una reserva natural con vocación ecoturística.
- Macro Distrito 7 Centro, con mayor población joven, adulta y adulta mayor, denominado Parque Urbano Central, es el centro administrativo, arquitectónico e histórico.
- Macro Distrito 8 Zongo, de reciente creación y considerada área rural.

La juventud paceña (modismo para referirse al habitante de La Paz) vive con ciertas particularidades que se resumen a continuación: son jóvenes de la era digital, de la globalización y pueden considerarse nativos digitales lo que involucra nuevas formas de relacionarse, a pesar de ello mantienen estereotipos y prejuicios de otras generaciones, como el uso de la violencia en grupos juveniles, consumo de drogas, dificultades laborales por la escasa oferta, pero también viven nuevos riesgos con las redes sociales, así como la trata de personas, el feminicidio, embarazos adolescentes, entre algunas. Asimismo, se ven influidos por las constantes amenazas de conflictos bélicos y el terrorismo como efecto de la globalización. Y como efecto de la globalización y el uso de la tecnología, las modas, música, deportes, etc., pueden ser de acceso inmediato lo que los mantiene virtualmente al día (Delegación Municipal para la promoción de la Juventud, 2015).

Marco Conceptual

El enfoque de los factores de riesgo y protección en la prevención del consumo de drogas, consumo problemático y abusivo de las drogas, tiene la finalidad de modificar el balance entre los factores de riesgo y protección, de manera que se promueva/facilite con mayor énfasis los factores protectores antes que las situaciones de riesgo. Por otra parte, cuando los factores de riesgo son excesivos la idea y objetivo es reducirlos (la idea de eliminarlos es utópica), entonces tiene mejor pronóstico promover factores de protección que reduzcan la vulnerabilidad de los y las jóvenes (en este caso) de desarrollar consumos problemáticos, abusivos y/o de retrasar el consumo de drogas.

Factores de riesgo que influyen en el consumo y abuso de drogas

Se entiende por factor de riesgo: “Un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, como se citó en Becoña, 2002, p. 23).

Entre los factores de riesgo en la población juvenil se identifica: la sobrecarga de responsabilidades, maltrato físico y psicológico, crisis de la edad, enseñanza tradicional en el colegio secundario y la universidad, necesidad de pertenencia al grupo de pares, la disponibilidad de las drogas (con mayor énfasis del alcohol y el tabaco).

Sin embargo, los factores de riesgo que se constituyen en situaciones de adversidad no son estáticas, sino cambiantes y se modifican de acuerdo a cuantas nuevas variables se presenten en la realidad y el contexto, por ejemplo: hace 20 años el acceso a Internet era un lujo, pero ahora es una necesidad y con ella todo el riesgo que implica esta nueva forma de relación de los seres humanos.

Factores de protección para la prevención del consumo/abuso de drogas

Por factor de protección se entiende “un atributo o característica individual condición situacional y /o contexto ambiental, que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas “ (Clayton, como se citó en Becoña, 2002, p. 24).

Se puede entender también que los factores protectores son antagónicos de los factores de riesgo, sin embargo la relación no es lineal ni causal, los mismos factores protectores en un individuo pueden ser condiciones de vulnerabilidad para otro, es decir los diferentes factores intervinientes son distintos y para una posible

explicación se debe tomar en cuenta la siguiente trilogía; el sujeto, el contexto y la droga (triada de Zimberg), Delegación Municipal para la promoción de la Juventud (2015). Para ejemplificar algunas situaciones protectoras se citan las siguientes circunstancias:

- Familias “comunicantes”, horizontales y con una clara idea de la disciplina.
- Sentido del humor, capacidad para reírse de uno mismo.
- Pasión por asuntos, temas, áreas, alternativas al consumo de drogas.
- Infancia “normal”, con padres/madres nutricos y aceptantes.
- Comunidad con lazos estrechos y organización clara frente a sus problemas.
- Sentido de trascendencia (incluye, aunque no necesariamente religiosidad o espiritualidad).
- Gobernantes pro políticas sociales, coherentes con el no uso de sustancias psicoactivas
- Escuelas afectivas, con profesores afectivos y formadores de habilidades para la vida.
- Control de la delincuencia, incluyendo aquella que involucra la comercialización ilegal de sustancias.

Prevención del consumo y/o abuso de drogas

La prevención del consumo de drogas se entiende como un proceso activo de implementación de iniciativas (políticas, programáticas, estratégicas, etc.) tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de vulnerabilidad (factores de riesgo) desde la formación integral y de la calidad de vida de los individuos, de la comunidad y de un país, fomentado “habilidades para la vida” y una resistencia colectiva ante la presencia y oferta de las drogas.

En este entendido, la actuación preventiva será toda acción tendente a evitar o disminuir el consumo de drogas o a paliar los efectos que el consumo de drogas produce en las y los individuos, sus familias, allegados y en la sociedad en general. Todo ello actuando desde y sobre la propia sociedad y sobre los individuos, buscando la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios y la promoción de unas personas y unos grupos sociales más libres, más seguros y más solidarios ante los problemas de las drogas (CIEC y AECID, 2011). Algunos de los objetivos más destacados son:

- Educar a los individuos para que sean capaces de mantener relaciones responsables con las drogas.
- Retrasar la edad de inicio del consumo.
- Modificar aquellas condiciones del entorno socio-cultural que favorecen el aprendizaje del uso de drogas.

- Intervenir en las causas del malestar individual, ya sea modificando aquello que los produce o bien ayudando al sujeto a superarlo.
- Ofertar alternativas de vida saludable

Entre las primeras acciones para desarrollar la prevención del consumo de drogas esta reconocer la situación actual del consumo de drogas, en este caso desde las percepciones y experiencias de las personas (investigación cualitativa). Además, para llevar a cabo con éxito cualquier actividad preventiva sea una política municipal, un programa escolar de prevención conviene tener en cuenta, entre otras, las siguientes consideraciones, Delegación Municipal para la promoción de la Juventud (2015):

- El uso de drogas varía entre individuos, generaciones, subculturas y sociedades. Existen diferencias en las propias sustancias, en las formas de consumo, en las motivaciones y expectativas, etc.
- No se da una relación simple de causa – efecto; ésta viene determinada por el individuo (su esquema de valores, creencias, grado de madurez...), su familia, grupo de iguales, escuela, cultura, religión, medios de comunicación, etc.
- Todo comportamiento se produce en un contexto socio-cultural concreto dentro del cual cobra sentido. Así, el significado que una determinada sociedad otorga a la utilización de drogas será más importante a la hora de valorar el problema que el propio consumo de las mismas.

En suma, la creación de un ambiente “protector” en este contexto, no significa sino, estilos de vida que permitan a los sujetos disfrutar de la vida sin drogas o bajo consumos responsables; abrirse a los aprendizajes que permitan la práctica de patrones de conducta ajenos a la droga; lograr que los sentimientos, los pensamientos y las acciones marchen en armonía permitiendo que los sucesos de la vida no lleven a los sujetos a la compensación de frustraciones o tensiones por medio del consumo de drogas y un tan largo etc. (como la lista de factores protectores que se han identificado en interacción con las condiciones de riesgo ante las que manifiestan sus efectos).

Objetivos

El objetivo general fue:

Describir los factores de riesgo y protección para proponer estrategias de prevención del consumo de drogas en jóvenes de 18 a 25 años del Municipio de La Paz.

Entre los objetivos específicos:

Identificar los factores de protección para la prevención del consumo de drogas con jóvenes de 18 a 25 años del Municipio de La Paz.

Identificar los factores de riesgo para el consumo de drogas para jóvenes de 18 a 25 años del Municipio de La Paz.

Plantear líneas estratégicas para la prevención del consumo de drogas con jóvenes de 18 a 25 años en el Municipio de La Paz.

Metodología

El enfoque propuesto fue cualitativo, el cual busca comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Desde la teoría fundamentada se propuso el desarrollo de conceptos y teorías derivadas de los datos, utilizando la técnica de los grupos focales. Se desarrollaron 2 grupos focales por 6 Macro Distritos en total 12, subdivididos por edad; GF-macro distrito-1 (18 a 21 años), GF-macro distrito-2 (22 a 25 años): 39 varones y 55 mujeres, en total 94 jóvenes.

Por otra parte, la investigación explora la percepción que tienen los y las jóvenes respecto a los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas y por ser una de las primeras investigaciones que se realiza en el Municipio de La Paz con enfoque cualitativo y a través de grupos focales con jóvenes en la edad 18 a 25 años, que están ingresando al sistema universitario o están desarrollando sus primeras experiencias laborales en el Municipio de La Paz. Para el análisis de la información se usó la técnica de análisis de contenido que se refiere a un análisis conceptual e interpretativo al realizar inferencias válidas y reproducibles a partir de la información obtenida en los grupos focales que fueron grabadas, transcritas y sistematizadas para el proceso de categorización (en determinantes y sub determinantes) ya establecidos de los factores de riesgo y protección:

- Individuales, como la existencia o no de cualidades personales, por ejemplo: resistencia a la percepción de grupo, autoestima, etc.
- Familiares, como aquellas circunstancias familiares de patrones de consumo o no de drogas, violencia en la familiar, etc.

- Y del entorno, como los mensajes de las instituciones sociales relacionados a las drogas (coherente o no), normas permisivas para el consumo, alternativas para el uso del tiempo libre, etc.

Resultados

Entre los resultados más importantes por Macro Distrito se muestran los factores de protección y de riesgo, más relevantes (determinantes y sub determinantes) y aquellas estrategias preventivas surgidas del análisis de contenido. Delegación Municipal para la promoción de la Juventud (2015).

En el análisis de los resultados por cada Macro Distrito, primeramente se ejemplifican con expresiones de los y las jóvenes para cada factor, y seguidamente se relacionaron con los factores de riesgo y protección con las sub determinantes correspondientes, sintetizadas en una tabla:

Macro Distrito Sur

	Factor de riesgo	Factor de protección
Contexto	<i>En colegios bien conocidos en la salida venden drogas como si fueran dulces, ofrecen a plena luz del día. varón GF-S1</i>	<i>Si como decía las tribus urbanas, más que todo nos dedicamos al baile, por eso decía no todos los grupos toma. varón GF-S1</i>
Familiar	<i>En mi familia todos toman, mi sobrinito tiene 17 años ya está empezando a tomar y nadie dice nada. mujer GF-S1</i>	<i>Hay familias que no beben en exceso, es un modo de compartir y convivir entre ellos. varón GF-S2</i>
Individual	<i>Es algo así como la moda, en una discoteca un grupo está manejando marihuana y a la semana siguiente más grupos fuman marihuana. mujer GF-S1</i>	<i>Creo que la voluntad de las personas, que tengan una convicción, como mis compañeros evangélicos que comparten en el grupo, pero no beben. varón GF-S2</i>

Fuente: Elaboración propia, 2017

Tabla 1. Resultados del Macro Distrito Sur

Macro Distrito Sur	Factores		Estrategias preventivas
	Riesgo	Protección	
Entorno	La presencia de las drogas (legales e ilegales) Las normas permisivas sobre el consumo de drogas La presión de grupo Consumo en tribus urbanas	Participación actividades culturales/sociales/ deportivas Actividades alternativas del uso del tiempo libre	Cumplimiento riguroso de las normas que prohíben, controlan la venta y expendio de drogas. Control de los espacios publicitarios respecto a la promoción de drogas legales.
Familia	Problemas familiares La permisividad del consumo Violencia	El modelo de no consumo o consumo responsable La comunicación y disciplina flexibles Valores coherentes	Potenciar la imagen de la familia (padres/madres) como agentes preventivos.
Individual	La curiosidad La edad La ausencia de percepción de riesgo Experiencia de consumo	La capacidad de resistencia a la presión del grupo Percepción de riesgo La autoestima Pasión por actividades alternativas	Promover habilidades para la vida Sesiones informativas sobre las sustancias y sus efectos

Fuente: extraído de Delegación Municipal para la promoción de la Juventud (2015, p. 6)

Macro Distrito Cotahuma

	Factor de riesgo	Factor de protección
Contexto	<i>Detrás de la cárcel encuentras todo y barato... es un lugar prácticamente de consumo de alcohol.</i> mujer GF-C2	<i>Tengo un grupo de amigos que damos clases gratuitas de baile capoira, breik dance a los jóvenes invítándoles a no perder su tiempo tomando...</i> mujer GF-C2
Familiar	<i>Todo era culpa de mi papá llegaba borracho y a todos con palo nos pegaba, no había para comer, y lo odiábamos tanto a mi papá que nos salíamos a tomar en la pandilla...</i> varón GF-C1	<i>Desde pequeña nunca vi tomar ni a mi papá ni a mi mamá, la verdad yo por eso no tomo mucho eso me han inculcado, o tomo moderadamente, pienso esto no puede ser y me voy.</i> mujer GF-C2
Individual	<i>En realidad lo único que queremos los jóvenes es encajar en un lugar donde todas las personas sean iguales, por eso tomamos y hacemos lo imposible para encajar en el grupo...</i> mujer GF-C1	<i>Yo me quiero a mí mismo y no haría cosas que van a producirme algo malo en mi vida.</i> varón GF-C1

Fuente: Elaboración propia, 2017

Tabla 2. Resultados del Macro Distrito Cotahuma

Macro Distrito Cotahuma	Factores		Estrategias preventivas
	Riesgo	Protección	
Entorno	La presencia de las drogas Las normas permisivas sobre el consumo de drogas La presión de grupo Consumo en tribus urbanas	Las actividades alternativas para el uso del tiempo libre Las actividades culturales/sociales/deportivas La participación en la comunidad	Cumplimiento riguroso de las normas que prohíben, controlan la venta y expendio de drogas. Modificación de la actitud frente a las drogas (alcohol) en los adultos.
Familia	Historia familiar de consumo de drogas Maltrato y violencia en la familia La permisividad del consumo de drogas	La comunicación y disciplina flexibles Valores coherentes El modelo de no consumo o consumo responsable Los valores coherentes	Fortalecer la imagen de la familia (padres/madres) en los roles fundamentales. Promover ambientes de buen trato en la familia.
Individual	La edad La falta de resistencia a la presión del grupo Experiencia de consumo	Percepción de riesgo La capacidad de resistencia a la presión del grupo Pasión por actividades alternativas	Estrategias informativas sobre los riesgos del consumo de drogas con actividades alternativas.

Fuente: extraído de Delegación Municipal para la promoción de la Juventud (2015, p. 7)

Macro Distrito Max Paredes

	Factor de riesgo	Factor de protección
Contexto	<i>También hay que ver el lado emocional, si tienen la autoestima baja, buscan estar en grupo sentirse acompañado por un grupo y consumen.</i> mujer GF-MP2	<i>Es un grupo de la facultad que siempre estamos juntos jugamos, cantamos bailamos vemos películas.</i> varón GF-MP2
Familiar	<i>A una amiga su papá le enseñó a tomar y le compra buenos tragos para que no le haga mal...</i> varón GF-MP2	<i>Nos dicen que bebamos y nos muestran en el noticiero que puede causar varios accidentes.</i> mujer GF-MP2
Individual	<i>Yo sí siento curiosidad, hay una droga que dicen que te mejora la actividad del cerebro, no te hace tener sueño, algo así como un energizante.</i> mujer GF-MP2	<i>La cocaína y marihuana, cuando consumen les va mal, causan trastornos a la salud, la adicción es lo peor...</i> mujer GF-MP1

Fuente: Elaboración propia, 2017

Tabla 3. Resultados del Macro Distrito Max Paredes

Macro Distrito Max Paredes	Factores		Estrategias preventivas
	Riesgo	Protección	
Entorno	La presencia de las drogas Las normas permisivas sobre el consumo de drogas La presión de grupo	Las actividades alternativas para el uso del tiempo libre	Cumplimiento riguroso de las normas que prohíben, controlan la venta y expendio de drogas. Modificación de la actitud frente a las drogas (alcohol) en los adultos.
Familia	Problemas familiares Violencia intrafamiliar La permisividad del consumo Patrones de consumo	La comunicación y disciplina flexibles Valores y discurso coherentes El modelo de no consumo o consumo responsable	Promover un programa específico para reorientar las pautas de crianza en las familias.
Individual	La curiosidad La edad Escasa resistencia a la presión del grupo	Percepción de riesgo La capacidad de resistencia a la presión del grupo Pasión por actividades alternativas	Estrategias informativas sobre los riesgos del consumo de drogas con actividades alternativas.

Fuente: extraído de Delegación Municipal para la promoción de la Juventud (2015, p. 7)

Macro Distrito Periférica

	Factor de riesgo	Factor de protección
Contexto	<i>Más que todo en mi zona también es accesible la droga, tengo amigos que consumen y hay gente que también me ha ofrecido.</i> varón GF-P2	T Hacer juegos, escuchar música, ir de paseo... mujer GF-P1
Familiar	<i>Tal vez en mi familia hay un poco más de influencia porque somos todos varones, mis hermanos mayores empezaban a tomar y me daba curiosidad, invitame, invitame, después se te hace vicio.</i> varón GF-P2	<i>Mis papas nos han impartido que no debemos consumir ninguna droga, y así hacemos.</i> mujer GF-P1
Individual	<i>Cuando estamos decepcionadas o te sientes mal, somos débiles y ya tomamos...</i> mujer GF-P1	<i>Y Depende de uno, es decir si la persona no toma, no le gusta tomar, decide cuando tomar y cuando no tomar.</i> mujer GF-P1

Fuente: Elaboración propia, 2017

Tabla 4. Resultados del Macro Distrito Periférica

Macro Distrito Periférica	Factores		Estrategias preventivas
	Riesgo	Protección	
Entorno	La presencia de la sustancia Las normas permisivas sobre el consumo de drogas La presión de grupo	Las actividades culturales/ sociales/deportivas	Cumplimiento riguroso de las normas que prohíben, controlan la venta y expendio de drogas. Modificación de la actitud frente a las drogas (alcohol) en los adultos.
Familia	Patrones de consumo La permisividad del consumo	El modelo de no consumo o consumo responsable La comunicación y disciplina flexibles Valores coherentes Discurso coherente	Diseñar un programa de consejería sobre el consumo abusivo en coordinación con instancias líderes en el tema. Modificación de la actitud frente a las drogas (alcohol) de padre/madre.
Individual	La edad Experiencia de consumo Dificultades de autovaloración y autoestima	La capacidad de resistencia a la presión del grupo Percepción de riesgo Pasión por actividades alternativas	Estrategias informativas sobre los riesgos del consumo de drogas con actividades alternativas. Programa para el desarrollo de habilidades para la vida en centro comunales.

Fuente: extraído de Delegación Municipal para la promoción de la Juventud (2015, p.8)

Macro Distrito Centro

	Factor de riesgo	Factor de protección
Contexto	<i>Es que esta cegada la cultura, vas a un preste y chupas farreas igual en el Gran Poder.</i> mujer GF-CC2	<i>Yo con mis amigos me dedico a otras actividades salimos a la cancha a jugar, en las noches a fiestas, claro a veces tomamos...</i> varón GF-CC2
Familiar	<i>Tengo una amiga que a sus papás le vale que su hija tome o no y ahora tiene veinte años y ya tienes tres hijos.</i> mujer GF-CC1	<i>Antes había más valores en el núcleo familiar antes no se tomaba hasta salir del colegio.</i> mujer GF-CC2
Individual	<i>Lo típico después de algo estresante como son los exámenes, los estudios y todo esto generalmente los jóvenes universitarios nos quitamos el stress con unos tragos, pues la verdad es así.</i> varón GF-CC2	<i>Cuando vas a tomar, siempre tienes que saber cuánto beber y cuando recogerte.</i> varón GF-CC1

Fuente: Elaboración propia, 2017

Tabla 5. Resultados del Macro Distrito Centro

Macro Distrito Centro	Factores		Estrategias preventivas
	Riesgo	Protección	
Entorno	Las normas permisivas sobre el consumo de drogas La presencia de la sustancia La presión de grupo	Mensaje claro sobre las normas que regulan el consumo	Cumplimiento riguroso de las normas que prohíben, controlan la venta y expendio de drogas. Modificación de la actitud frente a las drogas (alcohol) en los adultos.
Familia	La permisividad del consumo	La comunicación y disciplina flexibles El modelo de no consumo o consumo responsable	Promover el modelo positivo padre/madre respecto al consumo de drogas. Modificación de la actitud frente a las drogas (alcohol) de padre/madre.
Individual	Experiencia de consumo La edad La escasa resistencia a la presión del grupo	Percepción de riesgo	Estrategias específicas para empoderar a los y las jóvenes en el desarrollo personal/social.

Fuente: extraído de Delegación Municipal para la promoción de la Juventud (2015, p. 9)

Macro Distrito San Antonio

	Factor de riesgo	Factor de protección
Contexto	<i>El alcohol, yo pienso, que es muy fácil para encontrar, y las drogas tiene la misma accesibilidad. mujer GF-SA2</i>	
Familiar	<i>Ahora los mismos padres toman con sus hijos en la fiesta de quince años... mujer GF-SA1</i>	<i>En mi familia tampoco toman, si alguna vez tomo alguien fue en una fiesta cada 3 años. varón GF-SA2</i>
Individual	<i>Yo pienso que la debilidad de la persona o falta de fuerza de voluntad hace que las personas fumen y tomen alcohol. mujer GF-SA1</i>	<i>Porque no divertirse o celebrar sin alcohol. mujer GF-SA1</i>

Fuente: Elaboración propia, 2017

Tabla 6. Resultados del Macro Distrito San Antonio

Macro Distrito San Antonio	Factores		Estrategias preventivas
	Riesgo	Protección	
Entorno	La presencia de las drogas El consumo en tribus urbanas		Cumplimiento riguroso de las normas que prohíben, controlan la venta y expendio de drogas. Investigación sobre las características de las tribus urbanas.
Familia	La permisividad y el patrón de consumo	El modelo de no consumo o consumo responsable	Promover el modelo positivo padre/madre respecto al consumo de drogas.
Individual	Dificultades en la autovaloración	La capacidad de resistir a la presión del grupo	Investigación que ayude a caracterizar la población juvenil del Macro distrito.

Fuente: extraído de Delegación Municipal para la promoción de la Juventud (2015, p. 10)

Discusión

Respecto a los factores de riesgo que influyen para el consumo/abuso de drogas son percibidos por los y las jóvenes como consecuencia de varias problemáticas en el entorno, como respuesta a la situación familiar y por falta de algunas habilidades personales, es decir diferente a como se percibía el consumo de drogas hace dos décadas atrás, donde se le asignaba gran responsabilidad a la persona, sin comprender las influencias del contexto y la familia. Sin embargo, también es evidente que muchas de las conductas de consumo/abuso buscan justificarse con los modelos permisivos de consumo de alcohol (especialmente) del padre/madre.

Un tema recurrente entre los y las jóvenes participantes de los grupos focales es la percepción de mayor riesgo para las mujeres en situaciones de consumo de drogas, tanto por experiencia de alguna situación cercana, como parte de los argumentos que refieren usar los padres/madres a la hora de hablar del tema del consumo, quedando establecida en la actualidad la relación de consumo de drogas y violencia de genero.

Aunque los factores protectores ante el consumo/abuso de drogas son frecuentemente menos reconocidos, la familia y las habilidades personales según los y las jóvenes tienen gran influencia a la hora de enfrentarse a las drogas.

Conclusiones y Recomendaciones

En el caso de la presente investigación las conclusiones se limitan al grupo de jóvenes participantes en los grupos focales, que generalmente poseen una familia referente, estudiantes de alguna carrera técnica o universitaria, con alguna experiencia laboral. Se han identificado los siguientes factores de protección frente al consumo/abuso de drogas.

- Entre los factores de entorno que generalmente son escasas se encuentra la posibilidad de desarrollar actividades culturales/sociales/deportivas alejadas del consumo de drogas como son los deportes, el baile y la música.
- La familia como factor protector cuando asume y es consciente del modelo de padre/madre alejada del consumo o consumo responsable de las drogas, y que está asociado con el desarrollo de valores como respeto, responsabilidad y confianza en relaciones saludables con el grupo de pares y con la sustancia, influyen positivamente en los y las jóvenes.
- La comunicación y disciplina respecto al consumo de drogas es otro factor que reconocen como positivo en la familia, que ayuda a desarrollar habilidades para relacionarse con el entorno y la sensación de ser comprendidos por los adultos cercanos.
- A nivel individual uno de los factores más importantes es la capacidad de resistencia a la presión del grupo como una cualidad y reconocimiento de su derecho a “decir no” al consumo o poner en manifiesto los límites personales, como resultado del desarrollo de la asertividad y de una autoestima adecuada.
- Otro factor identificado como importante es la percepción de riesgo de las sustancias y sus efectos, esta percepción se da por las experiencias de los pares que han sido socializadas o por los problemas que les han generado después del consumo.
- La pasión por actividades alternativas al consumo también es otro factor muy importante para la prevención del consumo, la percepción de que quienes se dedican al estudio, deporte y poseen metas claras según los y las jóvenes es modeladora e influyente del consumo responsable.

Respecto a los factores de riesgo para el consumo/abuso de drogas, las siguientes han resultado conclusivas:

- El factor considerado de riesgo e identificado en todos los Macro Distritos de forma unánime y reiterada, son las “normas permisivas” relacionada a la venta y consumo de las drogas (alcohol y tabaco), referidas al incumplimiento de la norma que regula (Ordenanzas Municipales) la venta,

expendio y el consumo de alcohol y tabaco. Riesgo que es incrementado con las referencias de corrupción de las autoridades (policiales generalmente) que son fácilmente corrompidas al incumplir la norma y evitar una sanción por haberla infringido.

- Otro de los factores de riesgo mayormente citado es la presencia de la sustancia entendida como la oferta y disponibilidad del alcohol (en todas sus variedades) y el tabaco, tanto en tiendas de barrios, comercio informal, centros de diversión nocturna, así como la oferta a través de publicidad ligada íntimamente a las fiestas folclóricas del Municipio y en otras fiestas patronales de la población.
- El siguiente factor citado con bastante frecuencia ésta relacionado con el consumo abusivo y exagerado de bebidas alcohólicas en las fiestas folklóricas del Municipio donde; tanto los adultos y jóvenes “comparten” en dichas fiestas. Refieren que estos comportamientos están muy ligado al modelo de adultos respecto al consumo que los y las jóvenes “aprenden”, pero también como una fuerte crítica de los comportamientos adultos respecto al consumo de alcohol y otras drogas.
- En la familia el principal factor de riesgo está relacionado con el “modelo permisivo” de consumo de drogas tanto del padre y la madre (en menos situaciones) respecto a los hábitos y actitudes del consumo de drogas especialmente de alcohol, que ha referencia de los y las jóvenes, estos consumos son abusivos en todo tipo de eventos y que generalmente está relacionado con la violencia intrafamiliar como consecuencia del consumo excesivo.
- Los patrones de consumo de alcohol en la familia también son un factor de riesgo ya que los y las jóvenes que han participado de este estudio refieren, que los consumos exagerados del padre/madre/tío/tía/hermano y en todo tipo de acontecimientos está relacionado con una mala relación en la familia y problemas de violencia intrafamiliar.
- Los factores de riesgo a nivel personal están muy relacionados la presión de grupo siendo este factor una constante para todos los participantes en los diferentes grupos focales, que influye para el consumo de drogas (alcohol, tabaco y marihuana principalmente) sea experimental o consumos problemáticos, interpretando este hecho como un factor muy importante para los y las jóvenes la noción de pertenencia a un grupo con sus mismas características (pares/tribus/grupos).
- Un factor que perciben como riesgoso, son los cambios en las pautas de consumo de los estudiantes de colegio, diferenciado de los comportamientos en anteriores años, y que en la actualidad perciben que los y las colegiales consumen a más temprana edad y con mayor frecuencia habiendo perdido el miedo a las normas y control adulto.

- Un factor de riesgo que resalta, es la curiosidad que dicen haber sentido por probar la sustancia, es decir, sentir los efectos y cuales son las sensaciones de una sustancia en especial, sea alcohol, tabaco o marihuana, este factor relacionado con la presión del grupo son importantes factores a la hora de iniciar las primeras experiencias de consumo.

Finalmente, como recomendaciones, las líneas estratégicas de prevención del consumo de drogas en el Municipio de La Paz deben estar dirigidas a:

- El cumplimiento riguroso de las normas que controlan la venta, expendio y consumo de alcohol y tabaco en el Municipio de La Paz.
- Control de los espacios publicitarios respecto al alcohol, que incitan/ofertan el consumo de las mismas, especialmente en actividades folclóricas propias del Municipio.
- Desarrollo de espacios de reflexión sobre los modelos y roles adultos respecto al consumo de drogas, y como responsables de los entornos de riesgo o protección.
- El desarrollo de programas culturales/sociales/deportivos alternativos que llegue masivamente a los y las jóvenes del Municipio acordes a las necesidades de entrenamiento y desarrollo personal/social.
- Promover a través de la difusión masiva o de una línea comunicacional los roles de padre/madre responsables con el consumo de alcohol, de un ambiente de buen trato e informativo sobre las pautas de crianza y su influencia en los hijos e hijas, especialmente relacionados al consumo excesivo y abusivo de alcohol.
- A nivel personal, desarrollar programas (que pueden estar transversalizados) en las actividades culturales/sociales/deportivas que promueva el desarrollo personal y social con consumos responsables alejados de las drogas.
- Estrategias informativas respecto a los efectos de la sustancia y los riesgos del consumo abusivo, con datos reales y basados científicamente.

Conflicto de intereses

La autora declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

- Becoña, E. (2002). *Bases Teóricas que sustentan los programas prevención de consumo de drogas*. Universidad de Santiago de Compostela.
- Callisaya, J. (2011). *La resiliencia como Estrategia Preventiva del consumo de sustancias psicoactivas en niños y niñas de una organización no gubernamental – La Paz*. Universidad Cayetano Heredia. Tesis para obtener el grado de Maestría. Lima.
- Callisaya, J. (2016). *Análisis de la resiliencia de un adolescente en situación de riesgo. Estudio de caso*. Universidad Santiago de Compostela. Tesis para obtener el grado de Master. Santiago de Compostela.
- CEANIM. (2001). *Psicología de la pobreza: Prevención en Intervención. Resiliencia: una nueva mirada a la pobreza*. Recuperado de <http://www.resiliencia.cl/biblio/index.htm>
- C.I.E.C. y SEAMOS. (1989). *Menores en situación de riesgo: memorias del simposio*. La Paz: C.I.E.C. y SEAMOS.
- C.I.E.C. y AECID. (2011). *Prevención del consumo de drogas y otros riesgos psicosociales en el ámbito comunitario*. Curso de Formación en línea.
- Comunidad Andina, DROSICAN (2009). *Estudios cualitativos sobre el consumo de drogas sintéticas en grupos de riesgo, jóvenes de las ciudades de La Paz, El Alto y Santa Cruz, Bolivia, 2009*. Bolivia: DROSICAN.
- Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID). (2004). *Estudio de Prevalencia del consumo de Drogas en Estudiantes Bolivianos de 13 a 18 años*. Bolivia: Viceministerio de Relaciones Exteriores y Cultos.
- Cyrułnik, B. (2007). *De cuerpo y alma: neuronas y afectos: la conquista del bienestar*. Barcelona: Gedisa.
- Delegación Municipal para la Promoción de la Juventud. (2015). *Identificación de los factores de riesgo y protección para la prevención del consumo de drogas en jóvenes de 18 a 25 años del Municipio de La Paz*. Informe Final de consultoría.
- García, R., Garcés, A., López, M. y De la Fe, E. (1997). *Caracterización sociofamiliar en un grupo de pacientes alcohólicos*. *Revista Cubana Medicina General Integral*. Recuperado de http://www.sld.cu/revistas/mgi/vol3_2_97/mgio5297.htm

- Gobierno Nacional de la República de Colombia. (2014). *Estudio Nacional de sustancias psicoactivas en Colombia – 2013*. Bogotá D.C. Observatorio de Drogas de Colombia.
- Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. (2011). *Trabajo y Empleo Juvenil: Las condiciones de trabajo de los/as adolescentes y jóvenes entre los 15 y 30 años y sus expectativas laborales en el Municipio de La Paz*. Resumen ejecutivo.
- Guillén, N. y Velásquez, C. (2011). *Percepciones Sociales sobre drogas en La Paz (Bolivia)*. FAD: La Paz.
- Guillen, R. (s.f.). Prevención del consumo de Drogas en Adolescentes. *Instituto Medico de Sucre, Revista Digital*.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2006). Consumo de drogas, percepción y actuaciones de prevención entre la población adolescente y joven de la Ciudad de Madrid (21 distritos). Instituto de Adicciones de Madrid Salud: Madrid.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2004). *Como prevenir el Uso de Drogas en los Niños y Adolescentes. Una guía con base para padres, educadores y la comunidad*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Censo de Población y vivienda 2012 Características de Población*. La Paz. Bolivia.
- Maestría Iberoamericana en Drogodependencias MID. (2002). *Fundamentos teóricos de la investigación aplicada a las ciencias sociales y de la salud*. Recuperado de www.uniredrogas.org
- Maestría Iberoamericana en Drogodependencias. MID (2002). *Significado de prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas*. Recuperado de www.unireddogas.org
- Maestría Iberoamericana en Drogodependencias. MID (2002) *Del Derecho Nacional al Derecho comparado: una mirada desde la OEA / CICAD la problemática de las drogas en las Américas*. Recuperado de www.unireddogas.org
- Marina, J., Rodriguez, M. y Lorente, M. (2015). *El nuevo paradigma de la adolescencia*. España: FAD.
- Ministerio de Justicia y del Derecho y Observatorio de drogas de Colombia. (2011). *Acciones y Resultados 2011 – 2013*. Colombia.

- Ministerio de Gobierno. Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas - VDS-SC. (2009). *Encuesta Nacional en Población Escolar sobre consumo de drogas 2008. Informe Final*. La Paz – Bolivia.
- Naciones Unidas. (2010). *Informe subregional sobre uso de drogas en población escolarizada. Segundo estudio conjunto. Información para el Diseño de las estrategias nacionales y regionales sobre la Problemática de drogas en jóvenes. 2009/2010*.
- Organización de los Estados Americanos. (2005). *Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Escolar*. CICAD. Washington. D.C.
- Organización de los Estados Americanos. (2011). *Informe del uso de Drogas en las Américas*. Observatorio Interamericano de Drogas. Washington. D.C.
- Organización de los Estados Americanos. (2013). *Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013 – 2015*. Cumbre de la Américas de Cartagena de Indias – 2012.
- Organización de los Estados Americanos. (2013). *El problema de las Drogas en las Américas: estudios. Drogas y Salud Pública*. OEA.
- Organización Panamericana de la Salud. [OPS]. (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Washington D.C.: OPS
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2013). *El problema de las Drogas en Colombia Acciones y Resultados 2011 – 2013*.
- Organización de las Naciones en contra del Delito. (2008). *Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión. Primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años*. Lima: ONUDD CICAD/OEA.
- Observatorio Chileno de Drogas. (2010). *Noveno Estudio Nacional de drogas en población general de Chile 2010*. Santiago de Chile: SENDA
- Papalia, D., Duskin, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.
- PRADICAN. (2013). *II Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas en la Población Universitaria. Informe Bolivia, 2012*. Lima: Secretaria General de la CAN.
- Programa de Capacitación Laboral CAPLAB. (s.f.) *Manual para la prevención del consumo de drogas*. DEVIDA. Documento en PDF.

Programa Mundial de Evaluación del uso Indevido de Drogas. (2014). Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito

Rutter, M. (1981). *La privación materna.* Madrid: Morata.

Satir, V. (1991). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar.* Colombia: Editorial Pax México.

Secretaría de Coordinación del Consejo Nacional de lucha contra el tráfico ilícito de drogas, CONALTID. (2014). *II Estudio Nacional de Prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto, 2014.* CONALTID. La Paz. Bolivia.

Secretaría de Programación para la Prevención de la drogadicción y la Lucha contra el narcotráfico y Observatorio Argentino de Drogas. (2011). *Tendencias en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004 – 2010. Población de 16 a 65 años.* Argentina: Observatorio Argentino de Drogas.

Secretaría General de la Comunidad Andina. (2009). *Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la Población Universitaria. Informe comparativo: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009.* Lima: Comunidad Andina.

Secretaría General de la Comunidad Andina. (2013). *II Estudio Epidemiológico sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Regional, 2012.* Lima: PRADICAN.

Sistema subregional de información e investigación sobre drogas Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. (2006). *Jóvenes y drogas en países sudamericanos: Un desafío para las políticas públicas. Primer Estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay.* Lima – Perú. ONUDD, CICAD/OEA, SEDRONAR, CONACE, CONALTID, CONSEP, DEVIDA y JND.

Epiméleia socrática: modelo terapéutico de Drogadictos Anónimos en Villahermosa, Tabasco, México

Socratic Epiméleia: a therapeutical model of drugaddict anonymous in Villahermosa, Tabasco, Mexico

Artículo resultado de investigación

Enviado: 25 de abril de 2017 / Aceptado: 29 de agosto de 2017 / Publicado: 2 de enero de 2018

Ángel Alejandro Gutiérrez Portillo*

Forma de citar este artículo en APA:

Gutiérrez Portillo, A. A. (2018). Epiméleia socrática: modelo terapéutico de Drogadictos Anónimos en Villahermosa, Tabasco, México. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 75-91. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2636>

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas es una práctica que acompaña al ser humano desde que se tiene memoria histórica. Sin embargo, en México, a partir de finales del siglo XX, el uso y abuso de drogas, incluyendo alcohol y tabaco, es un problema que se ha incrementado en la sociedad de manera general. Para afrontar esta problemática emergieron, a lo largo y ancho del territorio nacional, Asociaciones Civiles que por iniciativa propia han construido diversos espacios de rehabilitación. Una de esas Asociaciones Civiles es Drogadictos Anónimos, la cual emplea como método la capacidad terapéutica de la palabra para atender a drogodependientes en Villahermosa, Tabasco, pero la esencia de ese programa de recuperación se encuentra en la *epiméleia socrática*.

Palabras clave

Creencia; Epiméleia; Espiritualidad; Rehabilitación; Transformación.

* Profesor investigador titular B de tiempo completo, División Académica de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México. Posdoctor en Ciencias Antropológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana. Posdoctor en Estudios Sociales por el Colegio de la Frontera Norte. Doctor en Antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Conferencista y ponente en diversos congresos nacionales e internacionales. Publicaciones en revistas nacionales e internacionales de reconocido prestigio. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores del Conacyt. Correo electrónico: gupalex@live.com.mx



Abstract

The consumption of psychoactive substances is a practice that has always been part of humanity and its historic memory. However, in Mexico, from the end of the XX century, drug use and abuse, including alcohol and tobacco has increased, thus becoming a growing problem in society. In order to face this issue, civil associations have come about throughout the national territory; they have come up with diverse rehabilitation processes. One such organization is Drug addict anonymous, which uses the method of therapeutic capacity of words in order to assist drug dependent people in Villahermosa, Tabasco, however, the essence of that rehabilitation program is the Socratic epiméleia.

Keywords

Belief; Epiméleia; Spirituality; Rehabilitation; Transformation.

Panorama de las adicciones en México

La ingesta de sustancias psicoactivas ha estado presente en la cultura de diversas sociedades en México. Este consumo se ha realizado bajo una constante reinterpretación de sus usos y propósitos, porque ha estado vinculado a la vida religiosa, económica, social y política de los pueblos indígenas que habitaron y habitan este país (Furst, 1980).

Sin embargo, el incremento en el consumo de drogas legales e ilegales en los últimos treinta años en México, así como el aumento de la violencia vinculada a la “guerra contra el narcotráfico”, es lo que sin duda ha ocasionado que el problema de las adicciones tenga recientemente resonancia en la sociedad de manera general.¹

Muestra de ello, son los resultados proporcionados por la Secretaría de Salud (2002, 2008a, 2008b, 2011) a través de la Encuesta Nacional de Adicciones. En dichos informes se detalla el aumento en la ingesta de alcohol en la década que comprende de 1988 a 1998, donde el porcentaje de hombres bebedores ascendió 4 puntos, pasando de 73 a 77%, mientras que el porcentaje en las mujeres creció 10 puntos, de 55 a 65%. Asimismo, se menciona que en el país había poco más de 32.3 millones de individuos entre 12 y 65 años que ingerían bebidas embriagantes, 16.3 millones de sujetos que fumaban tabaco, y casi 3.5 millones de personas que usaron drogas ilegales. En esa misma década, se estimó que el abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, por sí solo, representó el 10% del peso total de las enfermedades, y que los padecimientos asociados como el cáncer de pulmón, la cirrosis hepática, los trastornos psíquicos, las lesiones producidas por vehículos de motor fueron las causas más importantes para la pérdida de años de vida saludable, y a esto se suman los homicidios y los suicidios (Secretaría de Salud, 2002).²

Por su parte, en la Encuesta Nacional de Adicciones (2008a) se identificó que el 35.6% de la población entre 12 y 65 años fumaba tabaco, lo que representó cerca de 27 millones de individuos, duplicándose en una década el número de consumidores. Por su parte, la población de entre 12 y 65 años de edad que consumió drogas naturales y/o sintéticas aumentó un punto porcentual con lo observado en 2002, pasando de 5 a 6%. En cuanto a la ingesta de bebidas embriagantes, el patrón de uso típico es de grandes cantidades por ocasión de ingesta. En total, casi 27 millones de personas entre 12 y 65 años bebieron con este patrón y presentaron frecuencias de consumo que oscilaron entre una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque bebían con poca frecuencia, cuando lo hacían ingerían grandes cantidades de alcohol. Para ese año, casi 4 millones de personas bebían grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia, es lo que se conoce como

¹ “La circulación y el uso de drogas ilegales se han convertido en uno de los problemas más graves que enfrenta América Latina. Todos los países de la región sufren el embate del narcotráfico y experimentan un crecimiento en sus mercados domésticos de estupefacientes. Millones de jóvenes consumen marihuana, cocaína y drogas sintéticas, mientras que cientos de miles trabajan en la industria ilegal que las produce. Miles de latinoamericanos mueren todos los años como víctimas de la escalada de violencia fuertemente ligada al narcotráfico” (Bergman, 2016, p. 13).

² De acuerdo a información de la Organización Mundial de la Salud (1995a, 1995b), el abuso de alcohol ocupó el cuarto lugar en el mundo entre 27 factores de riesgo, por debajo del bajo peso, sexo inseguro, hipertensión, tabaquismo y otras drogas.

usuarios consuetudinarios. Cabe precisar que el consumo consuetudinario es más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Sin embargo, esta manera de beber está aumentando aceleradamente en las mujeres, especialmente entre las adolescentes.

En la Encuesta Nacional de Adicciones de 2011, la Secretaría de Salud señala que los resultados para la población de 12 a 65 años que reside en el país, respecto a las tres prevalencias sobre la ingesta de bebidas embriagantes, observó un incremento significativo en cada una de ellas de 2002 a 2011. De modo que la prevalencia alguna vez en la vida pasó de 64.9% a 71.3%, la prevalencia en los últimos doce meses ascendió de 46.3% a 51.4%, y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes, ya que incrementó de 19.2% a 31.6%. Por su parte, la población de 12 a 65 años que consumió alguna droga pasó de 1.6% a 1.8%, aumento que estadísticamente no fue significativo, puesto que es muy similar al reportado en 2008, manteniéndose la marihuana como la droga de mayor uso, seguida muy de cerca por la cocaína. Así mismo, la población de 12 a 65 años que fumó tabaco fue de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de personas, de los cuales 12 millones son hombres y 5.3 millones mujeres.

En cuanto a Tabasco, cabe decir que, con base en los resultados por Entidad Federativa de la Encuesta Nacional de Adicciones (Secretaría de Salud, 2008b), la ingesta de bebidas embriagantes se encuentra dentro del promedio nacional en los hombres con 1.5%, mientras que las mujeres están por arriba de la media con 0.5%. Por su parte, en el mismo informe se alude que el 30.2% de la población entre 18 y 65 años, cerca de 352 mil personas, fumaron tabaco alguna vez en su vida. La edad de inicio en el consumo de tabaco en ellos es a los 16.4 años y en ellas a los 17.2 años. Respecto al consumo de drogas –sin incluir tabaco y alcohol–, se indica que en la entidad las usan poco más de 14 mil personas. Las drogas predilectas por la población tabasqueña son la cocaína (61.1%), seguida de la marihuana (52.2%) y el crack (48.3%). En cuanto a las drogas de inicio, en los hombres el alcohol representó al 50.8% y la marihuana al 19.8%, mientras que en las mujeres el alcohol representó al 69.2% y el tabaco el 19.2%. Un aspecto importante que se debe subrayar es que el porcentaje de drogodependientes en Tabasco es de 1%, situando a la entidad por arriba del promedio nacional que es del 0.6%.

Esta información estadística se vuelve más relevante cuando nos percatamos que las instituciones del Estado encargadas de proveer los servicios de salud en México han sido inoperantes por décadas. Ejemplo de ello, es que a pesar de que el alcoholismo es considerado como síndrome de dependencia³ por la Organización

³ "El síndrome de dependencia es uno de los más graves problemas asociados al alcohol. Se trata de un cuadro que incluye manifestaciones vivenciales, conductuales, cognitivas y fisiológicas. Para los individuos que lo padecen, la vida se estructura alrededor de la bebida, y ésta constituye su máxima prioridad, por encima de cualquier otro interés que el sujeto tuviera previamente. Los sujetos con un síndrome de dependencia presentan un amplio conjunto de síntomas y signos que se muestran asociados, aunque no necesariamente todos están presentes en todos los pacientes ni en el mismo momento evolutivo. Suelen aglutinar un alto número de problemas relacionados con el alcohol, tanto en la esfera individual como familiar y social. La dependencia del alcohol aparece asociada a consumos altos y prolongados de bebidas alcohólicas y, a su vez, obliga a que dichos consumos continúen. Aunque no todos los bebedores excesivos desarrollan este temido cuadro, todos los que lo desarrollan han tenido consumos elevados durante cierto tiempo" (Franco y Giner, 2008, p. 73).

Mundial de la Salud (2008)⁴, éste no es tratado psiquiátricamente por las instituciones del Sector Salud en México, ya que cuando una persona alcohólica acude al IMSS, al ISSSTE o al Seguro Popular para ser atendida, es remitida por el médico, en el mejor de los casos, a un grupo de Alcohólicos Anónimos.⁵ La misma suerte corren aquellas personas que requieren tratamiento por su adicción al tabaco, a la marihuana, a la cocaína, a las anfetaminas u otras drogas, pues en su mayoría son canalizadas a Asociaciones Civiles, que por iniciativa propia han creado espacios de rehabilitación.

La Secretaría de Salud [del Estado de Tabasco] cuenta con 13 instituciones de atención primaria en adicciones, los llamados Centros Nueva Vida, donde se trabaja hasta una dependencia leve o incluso hasta moderada, dependiendo de la frecuencia, consumo y tipo de droga. El funcionario estatal admite que para los tratamientos residenciales sólo existen los que dirigen Organismos No Gubernamentales, donde se interna a usuarios con dependencia severa (Diario Presente, 2014, Redacción).

Una de esas Asociaciones Civiles es Drogadictos Anónimos, la cual emplea como método la capacidad terapéutica de la palabra para atender a drogodependientes en Villahermosa, Tabasco, pero la esencia de ese programa de rehabilitación se encuentra en la *epiméleia socrática*, principio filosófico que predominó en el modo de pensamiento griego del siglo V a. C., el cual ha sido esbozado hasta nuestros días, bajo la famosa prescripción del oráculo de Delfos: *conócete a ti mismo* (Foucault, 2002).

Cabe precisar que fue Sócrates quien concibió por primera vez en el pensamiento humano a la filosofía como terapia, entendida ésta como la palabra curativa.⁶ “El conócete a ti mismo ejerce su acción terapéutica mediante el diálogo y la dialéctica” (Fraguas, 2007, p. 175). Este argumento lo encontramos en la Apología de Sócrates, donde Platón expone la filosofía socrática como *epiméleia* (cuidado) o *therapeía*⁷ *tês psychês* (cuidado del alma), cuidado de uno mismo.⁸ Dicho cuidado puede concebirse en la ideología socrática como tratamiento, pues en griego clásico se usan ambas palabras como sinónimos (Vallejo, 2013).

Para comprender la filosofía de Sócrates como terapéutica del alma⁹, se requiere hacer una introspección del método empleado por éste para la búsqueda de la verdad, mismo que se conoce como mayéutica. Tal procedimiento consiste en un diálogo a través del cual el interlocutor descubre la verdad por sí mismo, es decir, la mayéutica es un método dialéctico. En ese sentido, “la mayéutica conlleva un esfuerzo por mirar hacia el interior de uno mismo, por descubrir la verdad que habita en cada uno” (Fraguas, 2007, p. 176).

⁴ “En 1977, un grupo de investigadores de la OMS, en respuesta al uso impreciso y variable del término alcoholismo, propuso utilizar en su lugar la expresión síndrome de dependencia del alcohol en nosología psiquiátrica. Por analogía con la dependencia de las drogas, el término dependencia del alcohol ha tenido una buena acogida en las nosologías actuales” (Organización Mundial de la Salud, 2008, pp. 16-17).

⁵ De manera ilícita existen grupos de Doble A en diversas clínicas u hospitales del sector salud en el país. Muestra de ello, es el grupo “Tlatelolco” de Alcohólicos Anónimos, el cual sesiona de lunes a sábado en la Clínica de Neuropsiquiatría del ISSSTE, ubicada en prolongación Guerrero, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

⁶ Años más tarde Epicuro afirmó que “las palabras de un filósofo están vacías si no sirven como terapia para sanar el sufrimiento humano” (Usener 221, 1887; como se citó en Saint-Andre, 2011, p.221).

⁷ En griego, el significado de *therapeía* tiene una connotación “médica de cuidar y asistir” (López, 2011, p. 69).

⁸ “Toda mi ocupación es trabajar para persuadirlos, jóvenes y viejos, que antes del cuidado del cuerpo y de las riquezas, antes que cualquier otro cuidado, es el del alma y de su perfeccionamiento; porque no me canso de decirlos que la virtud no viene de las riquezas, sino, por el contrario, las riquezas vienen de la virtud y que es de aquí de donde nacen todos los demás bienes públicos y particulares” (Platón, 2015, p. 14).

⁹ “Sócrates confía en que la felicidad del hombre estriba en el cuidado de la propia alma. Y cuidar de ella significa conducirse virtuosamente en la vida. O sea, la persona que es viciosa moralmente es menos envidiable que el hombre cuyo cuerpo está enfermo, puesto que el estado moral importa mucho más que su estado físico” (Pizarro, 2004, p. 149).

Grosso modo, la noción de Sócrates *conócete a ti mismo* radica básicamente en un proceso de transformación mediante el cual el sujeto se convierte en un ser consiente y reflexivo sobre sí mismo, sobre los demás, sobre el mundo que lo rodea. Es por ello que Simon (1984) considera que la *epiméleia socrática* es la piedra angular de la primera psicoterapia verbal.

Algo relevante al respecto, es que diversos grupos de autoayuda y ayuda mutua para la atención de las adicciones en México¹⁰ están inspirados en el programa de recuperación de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos, el cual utiliza la psicoterapia verbal bajo los preceptos filosóficos socráticos del cuidado del alma, pero de ello hablaré en el siguiente apartado.

El método terapéutico de Alcohólicos Anónimos

Alcohólicos Anónimos es una Asociación Civil que funciona como comunidad a través de grupos de autoayuda y ayuda mutua. Sus orígenes pueden encontrarse en las instituciones psicoanalíticas relativas a la capacidad terapéutica de la palabra, como en la ideología y en la práctica religiosa. Doble A (A.A.), como es llamada, nació como derivación espiritual de los Grupos Oxford, una hermandad evangélica cristiana que no contaba con jerarquía estructurada ni lista de miembros (Brandes, 2004b).

La idea de Alcohólicos Anónimos, aunque no la organización misma, data de 1934, cuando Bill W., un agente de bolsa neoyorkino que estaba pasando por dificultades fue hospitalizado por un episodio alcohólico agudo. Un excompañero de parranda que había dejado de beber se acercó a Bill W. para ayudarlo. Le recomendó que fuera al Grupo Oxford, un movimiento evangélico tolerante “que no tenía listas de miembros, reglas ni jerarquía y con miembros que ponían su destino en manos de Dios, según cada quien concebía un poder espiritual” (Trice y Staudenmeier, 1989; como se citó en Brandes, 2004a, p. 48).

La historia de Doble A la conocemos gracias a los manuscritos del propio Bill W., la cual inicia a raíz de su primer encuentro con el Dr. Bob, en Akron, Ohio, el 10 de junio de 1935. Ambos eran enfermos alcohólicos, pero se percataron que al intercambiar sus experiencias controlaban el impulso de beber y decidieron compartir su doctrina con personas alcohólicas en el hospital de esa misma ciudad (Gutiérrez, 2014).

El Dr. Bob se dedicó por iniciativa propia al cuidado hospitalario de alcohólicos y adoctrinarlos en los Principios de A.A. Un gran número de alcohólicos llegaron a Akron en busca de tratamiento en el hospital católico de Santo Tomás (Alcohólicos Anónimos, 2002, p. 23).

¹⁰ Existen grupos de autoayuda y ayuda mutua “que atienden una enorme variedad de problemas o situaciones humanas: hay grupos para los que beben, fuman, usan drogas, juegan o practican el sexo compulsivamente; para los que comen demasiado o no comen, para los que dependen emocionalmente de otras personas, para los que sufren diabetes, esquizofrenia o sida, entre muchos otros. También se han ido integrando grupos de ayuda mutua para los familiares y amigos de esas personas” (Rosovsky, 2009, p. 14).

Para el año de 1939, la agrupación de Doble A publicó su texto básico. El libro escrito por Bill W. explica la filosofía de A.A., así como su método terapéutico. Actualmente ese escrito es conocido como el libro grande o libro azul de Alcohólicos Anónimos. En este se manifiesta que para cumplir su rehabilitación, los miembros de A.A. requieren aceptar un programa basado en Doce Pasos y Doce Tradiciones (ver figura 1). Años después (en 1951), el propio Bill W. redactó los Doce Conceptos que son el manual de servicio en la asociación.

Dentro de la comunidad de Doble A los Doce Pasos, las Doce Tradiciones y los Doce Conceptos son conocidos como los Tres Legados. En una forma simbólica las bases del método terapéutico aparecen resumidas en el logotipo de la agrupación (Ver Logotipo 1). Los doce pasos (recuperación), las doce tradiciones (unidad) y los doce conceptos (servicio) son una guía para recobrar los valores espirituales. Su base de funcionamiento son las terapias de grupo y la psicoterapia ocupacional (Gutiérrez, 2014, p. 36).

Figura 1.



Fuente: Elaboración propia, 2017.

De acuerdo al trabajo de investigación de Gutiérrez (2014), el programa de rehabilitación de Alcohólicos Anónimos,

no está basado en el campo de la medicina clínica, sino en la religiosidad del método terapéutico que emplean para adoctrinar a sus adeptos. Tal procedimiento es un proceso de conversión¹¹ mediante el cual los adeptos de Doble A remiendan su creer y purifican su alma. Entendiendo como purificación del alma, al conjunto de creencias en las que se apoya una persona para equilibrar y compensar la mente, cuerpo y espíritu de sí mismo y de otros (p. 14).

¹¹ Para el filósofo y psicólogo norteamericano William James (2005, 2006), estar convertido es estar en un proceso por medio del cual las realidades religiosas se vuelven más firmes, destacadas e importantes para el individuo. El carácter de la persona es transformado, especialmente después de una crisis repentina. Las ideas religiosas, antes periféricas en su mente, pasarán a ser las centrales en su conciencia. Eventos emotivos conforman el escenario para el proceso de conversión, llevando al individuo a una situación de crisis que luego supera por su contacto con lo sagrado. Asimismo, James considera que hay personas propensas a la conversión, mientras que otras difícilmente lo harán. También aclara que algunos grupos religiosos fomentan el proceso de conversión más que otros y denota cómo grupos protestantes cristianos exigen a sus feligreses tener experiencias de este tipo para asegurar su salvación.

Esta noción de purificar el alma en los miembros de Doble A, la podemos identificar claramente en la filosofía socrática, pues en ella el sujeto

posee un ente llamado “alma” que, como el cuerpo [y la mente], puede estar en buen o mal estado. Su buen estado, que corresponde a la salud corporal [y mental], es la virtud; su mal estado es el vicio. Por eso se cree que el vicio es malo para el alma, de manera parecida a como la enfermedad le hace daño al cuerpo (Pizarro, 2004, p. 153).

En ese sentido, se debe señalar que en Doble A:

El alcoholismo es una enfermedad, pero al igual que muchas otras enfermedades, se puede curar. Al verla un poco más en detalle, muchos sienten que la enfermedad representa una combinación de una sensibilidad física hacia el alcohol y una obsesión mental por beber que, sin importar las consecuencias, no se puede romper sólo con fuerza de voluntad (Alcohólicos Anónimos, 2005, p. 4).

Tal idea del alcoholismo como enfermedad está plasmada en el Primer Paso del programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos, que a la letra dice: “Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables” (Alcohólicos Anónimos, 2006a, p. 3).

Como se puede apreciar en el Primer Paso de recuperación, los adeptos de Doble A aceptan que son enfermos alcohólicos. Desde tal perspectiva, están apelando a la sociedad su reintegración, ya que cuando un alcohólico está en su etapa activa pierde los vínculos sociales, es decir, la sociedad lo excluye porque está tipificado como un ser indeseable.¹² Sin embargo, desde una concepción cristiana, el alcoholismo no es una enfermedad sino un pecado.¹³ De hecho, en la Santa Biblia se menciona: “Ni los ladrones, ni los avaros, ni los borrachos, ni los maldicientes, ni los estafadores, heredarán el reino de Dios” (1 Cor. 6:10, *Santa Biblia Reina-Valera*). “Envidias, homicidios, borracheras, orgías, y cosas semejantes a estas; acerca de las cuales os amonesto, como ya os lo he dicho antes, que los que practican tales cosas no heredarán el reino de Dios” (Gálatas 5:21, *Santa Biblia Reina-Valera*).

Por ello, asevero que desde el Primer Paso de recuperación inicia la conversión de los adeptos de Alcohólicos Anónimos, porque como bien lo alude Garma (2000), la conversión es una forma de socialización secundaria¹⁴ que recrea nuevos valores y sistemas de creencias.¹⁵ Esto se puede constatar porque la figura del convertido se impone de manera sutil en las personas que pasan voluntariamente de una religión a otra. Al

¹² Valverde y Pochet (2003) dicen que “el alcoholismo es una enfermedad como cualquier otra que padecen los seres humanos, tales como las enfermedades cardíacas, la diabetes; sin embargo, el peso del estigma es muy fuerte en la sociedad. No es lo mismo decir: soy diabético o tengo una cardiopatía, que decir: soy un enfermo alcohólico” (p. 47).

¹³ Con base en James (2005) “el mal es una enfermedad, y sufrir por culpa de una enfermedad es una forma extra de enfermedad que se agrega a la enfermedad inicial. Incluso el remordimiento y el arrepentimiento, padecimientos que entran en el temperamento de los ministros del bien, pueden ser únicamente impulsos débiles y agotadores. Prepararse y trabajar por la justicia y olvidar que alguna vez se tuvo alguna relación con el pecado es el mejor arrepentimiento” (p. 123).

¹⁴ Entendemos por socialización secundaria “todas y cada una de las instancias a través de las cuales un sujeto humano se integra e incorpora las consignas y determinaciones de la estructura social en la que interactúa. Más precisamente: la socialización incluye todas las instancias a través de las cuales un sujeto humano se hace individuo. Ser individuo implica “individualizar” en una persona aquellas características generales que connotan una estructura social” (Kaminsky, 2001, p. 11).

¹⁵ En la filosofía socrática, la búsqueda de la verdad se ve absorbida por la espiritualidad que transforma al individuo por sí mismo (Foucault, 2002). Lo que implica una metanoia (conversión) en los sujetos. En el cristianismo la noción de metanoia consiste en un cambio interior, una conversión radical, una transformación profunda de la mente y del corazón de las personas. Mientras que, en la psicología analítica de Carl Jung, la metanoia es un proceso que transforma la mente como un paliativo de autosanación (Alonso, 2004).

grado que las conversiones en las sociedades contemporáneas son inseparables de la individualización de la adhesión religiosa y del proceso de diferenciación de las organizaciones que hacen surgir identidades religiosas distintas de las entidades étnicas, nacionales o sociales.¹⁶ En una sociedad en la que la religión es asunto privado y materia opcional, la conversión toma la dimensión de una elección individual, en la que se expresa en su punto más elevado la autonomía del sujeto creyente (Hervieu-Léger, 2004).

Esta figura del individuo moderno se conjuga en tres modalidades. La primera es la del individuo que cambia de religión, sea que explícitamente rechace una identidad religiosa heredada y asumida para tomar una nueva; sea que renuncie a una identidad religiosa impuesta, pero a la que jamás se había adherido, en beneficio de una nueva fe. La segunda modalidad de la conversión es la del sujeto que, no habiendo nunca pertenecido a alguna tradición religiosa, descubre, después de un camino personal más o menos largo, aquella en la que se reconoce y a la que finalmente decide incorporarse. Y la tercera modalidad de la figura del convertido es la del reafiliado, del convertido desde el interior: el que descubre o redescubre una identidad religiosa que hasta entonces se había mantenido como formal de manera puramente conformista (Hervieu-Léger, 2004).

Dichas modalidades de conversión que surgen de la capacidad terapéutica de la palabra, nos permiten afirmar que esta transformación no consiste solamente en la vigorización o la incrementación drástica de una identidad religiosa, sino en una forma específica de construcción de la identidad del sujeto contemporáneo.

Drogadictos Anónimos A.C.

Drogadictos Anónimos es una Asociación Civil que se fundó en la Ciudad de México en 1983. Sus orígenes pueden encontrarse en las agrupaciones de 24 Horas de Alcohólicos Anónimos, mismas que se cimentaron con los preceptos filosóficos de Alcohólicos Anónimos.

El objetivo primordial de dicho organismo es “rehabilitar a personas con problemas de drogadicción, abarcando su aspecto físico, mental y espiritual, contribuyendo en su reinserción social de manera digna y eficiente, basados en el programa de los Doce Pasos” (Drogadictos Anónimos, 2016a, Misión).

Con base en los cánones de Drogadictos Anónimos (2016b), estos Doce Pasos se pueden sintetizar en los siguientes cinco puntos:

- **Aceptación de la enfermedad.** Un paso fundamental para que inicie la rehabilitación es reconocer que se padece una enfermedad y que sólo con ayuda se puede salir de esta.

¹⁶ “Un sistema social no se compone solamente de la estructura económica y las demás áreas determinantes o autónomas, sino que sus agentes y destinatarios primeros y finales, son los individuos que participan en ella y quienes deben hacer ‘sistema con el sistema’. Esto sólo puede llevarse a cabo a través de capacidades y mecanismos psicosociales activos y receptivos del proceso socializador” (Kaminsky, 2001, p. 11).

- Análisis de la personalidad y catarsis. El programa lleva a realizar un examen minucioso del actuar; así como la exteriorización de experiencias dolorosas y exitosas para encontrar un equilibrio entre unas y otras.
- Relaciones interpersonales. Una vez que se hace un análisis de la personalidad, se busca mejorar las relaciones con los demás.
- Dependencia de un poder superior. Sabiendo que el ser humano está compuesto por mente, cuerpo y espíritu, también se trabaja con el aspecto espiritual, respetando la religión que cada quien profese.
- Trabajo con otro. Finalmente, la transmisión de lo aprendido a otras personas con la misma problemática, mantiene vivo el programa en la persona y por lo tanto, su sobriedad.

Por su parte, es importante mencionar que hoy en día, Drogadictos Anónimos cuenta con 33 Centros de Tratamiento que se localizan en la Ciudad de México, Coahuila, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Yucatán y Veracruz. También tienen presencia en Nueva York y Florida, en los Estados Unidos. A diferencia de otros estados de la república mexicana, en Tabasco sólo está en la ciudad de Villahermosa el Centro de Tratamiento “Manantial de Vida”, el cual se inauguró en noviembre de 1987.

Una de las peculiaridades de Drogadictos Anónimos en Villahermosa es que sólo se aceptan varones de 18 a 59 años de edad, quienes deben permanecer internos por tres meses como mínimo para su rehabilitación. Para ello, la persona requiere llegar a la asociación por voluntad propia y acompañado de un familiar. Durante la estancia, el sujeto recibe alimentos tres veces al día. Tanto el alojamiento como la alimentación “no tienen” ningún costo, aunque en realidad, de acuerdo al estatus económico, es el donativo que dan los familiares de la persona adicta. Para el año 2017 el inmueble de “Manantial de Vida” consta de coordinación, recepción, dormitorios con capacidad para ochenta personas, taller de panadería, sala para reuniones grupales, sala de usos múltiples, cocina, patio, baños, área de lavado, bodega y estancia.

En palabras de José Salvador Casanova, coordinador de “Manantial de Vida”, el tratamiento consiste en lo siguiente:

En este albergue trabajamos un modelo de ayuda mutua, que comprende tres tipos de terapias que ofrecemos a los usuarios: la grupal, la individual, ocupacional y deportiva. La terapia grupal son juntas que se realizan entre los jóvenes que se encuentran internados, donde expresan sus experiencias, sus logros y deseos de superación a través de una catarsis [sanación del alma]. Esta actividad la hacemos durante cinco veces al día, durante los tres meses que van a estar internos. La terapia individual, nosotros la llamamos apadrinamiento, la cual consiste en que un interno elige a una persona con mayor experiencia y le cuenta sus problemas, es su confidente, su persona de confianza. En la terapia ocupacional y deportiva los jóvenes realizan con regularidad periódicos murales, practican algún deporte o juegos de mesa, ven películas, para que interactúen y convivan. También como terapia ocupacional tenemos un taller

de panadería, donde se les enseña repostería y a elaborar diversos tipos de pan. Esto es para que ellos mantengan su mente ocupada y descubran las capacidades que tienen como seres humanos. El taller de panadería también es una herramienta de trabajo para que cuando ellos tengan la intención se reintegren a la sociedad. De igual forma, participan en la cocina, una o dos veces por semana le toca a cada uno hacer comida para todos. En la terapia deportiva salimos dos o tres veces a la semana a jugar voleibol y fútbol (comunicación personal, 29 de agosto, 2016).

A partir del trabajo de campo distinguimos que las terapias grupales que se practican en Drogadictos Anónimos son iguales en estructura y procedimiento que las reuniones cerradas de Alcohólicos Anónimos. Este tipo de sesiones son exclusivas para los miembros, en este caso internos en “Manantial de Vida”. En general, estas juntas son discusiones dedicadas a problemas personales de los adeptos, al adoctrinamiento de los Doce Pasos, así como a temas de la Gaceta “El Mensaje”, literatura impresa por ellos mismos, la cual versa sobre testimonios de hombres y mujeres que se han “rehabilitado” en Drogadictos Anónimos. Tales reuniones duran en promedio hora y media. Por su parte, las terapias individuales fungen de la misma manera que cuando los miembros de Doble A eligen a un padrino, persona que guía al nuevo miembro por “el mejor camino” en su rehabilitación. “Algunos dicen que la mejor manera de ser padrino es ser amigo” (Alcohólicos Anónimos, 2006b, p. 17).

Referente al apadrinamiento, un interno de Drogadictos Anónimos nos menciona lo siguiente:

Quando leí el tema [en Gaceta “El Mensaje”] “Función del Padrino” me gustó mucho, comparto con ustedes una experiencia [religiosa] que me ayudó a valorar más mi grupo y, por supuesto, a mi padrino y en sí al apadrinamiento, fundamental para salvarme. Hace unas semanas acudí al servicio de transmitir el mensaje en una parroquia de la ciudad de Córdoba, Veracruz. Al final de la celebración, en la puerta del templo se me acercó un señor que me platicó que él es militante de un grupo de Neuróticos Anónimos y que le cuesta mucho llevar la comunicación porque el apadrinamiento en su grupo es muy escaso, toda vez que los que son padrinos están lejos o en otra ciudad vecina, por lo que debe de esperar a alguien o llamarles por teléfono, me dijo: “me siento desesperado, ¿qué hago, ya no aguanto más?” –Sus palabras me movieron muchísimo, no supe mucho que decirle solo que hablará con quien fuera y como fuera. De regreso al grupo me quedé pensativo, ensimismado sólo alcancé a darle gracias a Dios porque a diferencia de la desesperación del señor de Neuróticos Anónimos por tener un padrino que lo escuche, yo sí tengo un padrino y una tribuna donde desahogarme, porque me he dejado de drogar ¿y todavía dudas que Dios te ama? (Salas, 2016, pp. 1-2).

Cabe precisar que de los Doce Pasos que emplean en Drogadictos Anónimos como método terapéutico, el Cuarto¹⁷ y Quinto¹⁸ son los medulares del programa de recuperación. En esos pasos, el padrino no sólo es aquella persona a quien el adepto le tiene más confianza, sino aquel en quien deposita su fe, porque en sí, el acto ritual del Cuarto Paso que realizan los internos en “Manantial de Vida” es una confesión como la que realiza un creyente de la doctrina católica para redimir sus pecados, siendo el padrino quien conduce y presenta ante el sacerdote a su ahijado para que éste sea bautizado. El bautismo como tal representa la sanación del alma

¹⁷ “Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos” (Alcohólicos Anónimos, 2006a, p. 20).

¹⁸ “Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos” (Alcohólicos Anónimos, 2006a, p. 31).

del sujeto, es decir, simbólicamente la persona está renaciendo. Este tipo de distinción es la que conlleva a los individuos a la aceptación del programa de recuperación como parte del proceso de conversión, siendo que las personas se reestructuran a través de los actos de fe.

La tercera, y última terapia en “Manantial de Vida” es la ocupacional y deportiva, la cual consiste en que el adicto se integre a una actividad donde adquiera beneficios para su salud, con la finalidad de que desarrolle valores, actitudes, habilidades y conocimientos que coadyuven a reintegrarse de mejor manera a la sociedad. Este tipo de acciones se ven enriquecidas con “actividades relativas al empleo del tiempo libre (elaboración de manualidades, organización de bailables, breves obras de teatro, juegos de mesa), con el objeto de fomentar la sociabilidad de los individuos, cuyas características por lo general son de aislamiento” (Drogadictos Anónimos, 2016b).

Básicamente la terapia ocupacional y deportiva en Drogadictos Anónimos funciona de la misma forma y es el equivalente al llamado “Servicio”, conocido como el Tercer Legado en Alcohólicos Anónimos, con la diferencia que en Doble A no se practica deporte alguno. Dicho Tercer Legado tiene la finalidad de reforzar la abstinencia de la persona sirviendo a los demás, ya sea cafetero, barrendero, secretario, tesorero, coordinador, representante de servicios generales, representante de la revista Plenitud, etcétera. Esta forma de terapia ocupacional y deportiva sienta sus bases en una noción socrática del servicio de acuerdo con Foucault (2002), en el sentido que al mismo tiempo que sirvo y cuido de los demás, cuido de mí mismo. Este tipo de filosofía práctica¹⁹ es útil para recordar a los adictos que están esforzándose para sanar su alma.²⁰

Consideraciones finales

El incremento en el consumo de drogas en México obedece en gran parte a diversas y complejas razones que intervienen entre la dimensión de la incidencia en el uso de sustancias tóxicas –y sus consecuencias negativas– y la carente atención del Estado a través de sus dependencias de salud, para afrontar dicho fenómeno social. Con base en el informe de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2015), el cuidado médico está encaminado a intervenir en las lesiones, padecimientos y daños de diverso tipo causados por el consumo de drogas, pero exhibe serios problemas y deficiencias en cuanto a la prevención, diagnóstico y atención del mismo.

¹⁹ La filosofía práctica se divide en tres partes: “en primera instancia, una propedéutica o sistema de la crítica de la razón práctica, en la cual podemos ubicar de forma perfecta tanto a la Crítica de la razón práctica como a la Fundamentación; en segunda instancia, una metafísica de lo práctico o de las costumbres, donde ubicamos a la obra del mismo nombre; finalmente, la antropología práctica o antropología moral, en la que podemos ubicar la antropología en sentido pragmático” (Casales, 2015, p. 12).

²⁰ En *Teetetes o de la ciencia*, Sócrates le pregunta a éste, en qué consiste la ciencia. Para explicarle a Teetetes, Sócrates correlaciona el trabajo de las parteras con lo que él hace con los hombres para convertirlos en sujetos conscientes sobre sí mismos, sobre los demás, sobre el mundo que los rodea. “El oficio de partear [de dar a luz], tal como yo lo desempeño, se parece en todo lo demás al de las matronas, pero difiere en que yo lo ejerzo sobre los hombres y no sobre las mujeres, y en que asisten al alumbramiento, no los cuerpos, sino las almas” (Platón, 2015, p. 424).

Para encarar tal problemática social, diversas Asociaciones Civiles en México han concentrado esfuerzos para erradicar o disminuir significativamente el uso de drogas que agobia cada día más a la población en su conjunto; aunque en apariencia estos bríos parecen infructuosos, ya que, como mencionan Murcia y Orejuela (2014), “desde hace varias décadas se viene cuestionado la efectividad de las psicoterapias” (p. 157).²¹

Sin embargo, son las Asociaciones Civiles como Drogadictos Anónimos, bajo el enfoque de Comunidad Terapéutica, quienes mejores resultados han obtenido por sus programas de rehabilitación sustentados en aspectos espirituales, considerados personalmente como religiosos²², los cuales no cuentan con el apoyo de especialistas clínicos, sean éstos psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales o de cualquier otro tipo.²³

Un aspecto importante a reflexionar sobre el programa de rehabilitación implementado en Drogadictos Anónimos en Villahermosa es, precisamente, que éste es retomado de Alcohólicos Anónimos, método terapéutico religioso que sienta sus bases en la *epiméleia socrática*, el cual tiene como principio filosófico el cuidado del alma, el cuidado de uno mismo. Este modelo de rehabilitación contempla la parte física (corpórea), mental (psicológica) y espiritual (religiosa).

Dada la conformación de este modelo curativo, es indudable que su efectividad radica en que establecen en el cuidado del alma una diferencia entre el cuerpo, la mente y el espíritu, haciendo evidente que la noción de sanar el alma o el espíritu, se apoya en una analogía entre la idea de bienestar del cuerpo, de la mente, y el correspondiente estado del alma.²⁴

Conflicto de intereses

El autor declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

²¹ Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual fueron: la reflexología y las leyes del condicionamiento clásico de Pavlov, el conexionismo de Thomdike, el conductismo de Watson, Hull, Guthrie, Mowner y Tolman, y la contribución de Skinner al análisis experimental de la conducta (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

²² No es preciso que entremos aquí en una discusión sobre complejidades semánticas en cuanto al uso cotidiano o sociológico de los términos espiritual o religioso. Para nuestra finalidad, es suficiente con entender lo espiritual como al conjunto de “búsquedas, prácticas y experiencias que pueden ser las purificaciones, la ascesis, las renunciaciones, las conversiones de la mirada, las modificaciones de la existencia, etcétera, que constituyen, no para el conocimiento sino para el sujeto, para el ser mismo del sujeto, el precio a pagar para tener acceso a la verdad” (Foucault, 2002, p. 33).

²³ Castrillón (2008) identifica dos modelos de tratamiento que están en constante juego en la relación comunidad terapéutica/adicto en recuperación: uno de carácter laico, específicamente científico, y el otro de carácter religioso, particularmente cristiano.

²⁴ Epicuro le aclara a Meneceo que está muy equivocado quien confunde la felicidad propuesta por él, con algo meramente hedónico. “Cuando decimos que el placer es el objetivo final no nos referimos a los placeres mundanos, sino al no sufrir dolor en el cuerpo ni estar perturbados en el alma” (Marín, 1995, p. 63).

Referencias

- Alcohólicos Anónimos. (2002). *Información general de A.A.* México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- Alcohólicos Anónimos. (2005). *Lo mejor de Bill. Del Grape vine. Fe, miedo, honradez, humildad, amor.* México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- Alcohólicos Anónimos. (2006a). *Los doce pasos.* México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- Alcohólicos Anónimos. (2006b). *El grupo de A.A.* México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- Alonso, J. (enero-junio de 2004). La psicología analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia. *Universitas Psychologica*, 3(1), 55-70. Recuperado de http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N106la_psicologia.pdf
- Bergman, M. (2016). *Drogas, narcotráfico y poder en América Latina.* Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Brandes, S. (2004a). *Estar sobrio en la Ciudad de México.* México: Plaza y Janés.
- Brandes, S. (2004b). Buenas noches compañeros. Historias de vida en Alcohólicos Anónimos. *Revista de Antropología Social*, 13, 113-136. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0404110113A>
- Casales, R. (enero-junio de 2015). La división de la filosofía práctica en Kant. *Revista Valenciana*, (15), 7-33. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-25382015000100007
- Casanova, J. (29 de agosto de 2016). Entrevista realizada en la coordinación de Drogadictos Anónimos "Manantial de Vida" [formato Mp4]. Villahermosa, Tabasco.
- Castrillón, M. (enero-abril de 2008). Entre teoterapias y laicoterapias. Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales. *Psicología y Sociedad*, 20(1), 80-90. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000100009&script=sci_abstract&tlng=es

- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2015). *Informe sobre uso de drogas en las Américas*. Washington, D.C., Estados Unidos de América: CICAD-Secretaría de Seguridad Multinacional-OEA.
- Diario Presente. (9 de septiembre de 2014). Existen 13 centros de atención contra adicciones en Villahermosa, en Diario Presente. Sección Redacción. Recuperado de <http://www.diariopresente.com.mx/section/lcapital/116477/existen-13-centros-atencion-contradicciones-villahermosa/>
- Drogadictos Anónimos. (2016a). *Inicio* [sitio web]. México. Recuperado de <http://www.drogadictosanonimos.org/index.html>
- Drogadictos Anónimos. (2016b). *Forma de trabajo* [sitio web]. México. Recuperado de <http://www.drogadictosanonimos.org/formatrabajo>
- Foucault, M. (2002). *La hermenéutica del sujeto*. Distrito Federal, México: Fondo de Cultura Económica.
- Fraguas, D. (2007). ¿Hubo una psicoterapia verbal en la Grecia clásica?, en Frenia. *Revista de Historia de la Psiquiatría*, 7(1), 167-193. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16443>
- Franco, M. y Giner, J. (2008). Síndrome de dependencia del alcohol. *Revista Jano. Medicina y Humanidades*, (1714), 73-76. Recuperado de http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/73/00730076_LR.pdf
- Furst, P. (1980). *Alucinógenos y cultura*. México: Fondo de Cultura Económica. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0Bw-3yPOp2B3dTDZ1NXlkbmRrSnM/edit>
- Garma, C. (2000). La socialización del don de las lenguas y la sanación en el pentecostalismo mexicano. *Alteridades*, 10(20), 85-92. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/747/74702007/>
- Gutiérrez, A. (2014). *Purificando almas: Alcohólicos Anónimos en Bacalar, Carlos A. Madrazo y Ramona, Quintana Roo*. Ciudad de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hervieu-Léger, D. (2004). *El peregrino y el convertido, la religión en movimiento*. México: Helénico.
- James, W. (2005). *Las variedades de la experiencia religiosa, estudio de la naturaleza humana* (Tomo I). México: Prana.
- James, W. (2006) [1972]. *Resistance and Contemplation: The Way of Liberation*. Eugene, Oregon: Wipf & Stock.
- Kaminsky, G. (2001). *Socialización*. México: Trillas.
- López, M. (2011). *El cuidado: un imperativo para la bioética. Relectura filosófico-teológica desde la epiméleia*. Madrid, España: Universidad Pontificia de Comillas.

- Marín, J. (1995). La terapia epicúrea, en *Recerca. Revista de Pensamiento y Análisis*, 17(4), 61-72. Recuperado de <http://raco.cat/index.php/RecercaPensamentAnalisi/article/view/106328/153038>
- Murcia, M. y Orejuela, J. (julio-diciembre de 2014). Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología*, 7(2), 153-172. Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2754>
- Organización Mundial de la Salud. (1995a). Estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (Décima revisión, Volumen 1). Washington, Estados Unidos de América.
- Organización Mundial de la Salud. (1995b). Estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Manual de instrucciones (Décima revisión, Volumen 2). Washington, Estados Unidos de América.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid, España: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pizarro, Á. (2004). Apuntes sobre la filosofía socrática: el cuidado del alma. *Revista de Humanidades*, 8-9, 147-157. Recuperado de http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2175/Pizarro_Apuntes%20sobre%20la%20filosof%C3%ADa%20socr%C3%A1tica_2004.pdf?sequence=1
- Platón. (2015). Diálogos (Tomo A). México: Editorial Porrúa.
- Rosovsky, H. (enero-abril de 2009). Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. *Desacatos*, (29), 13-30. Recuperado de <http://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/430>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Saint-Andre, P. (2011). Fragmentos seleccionados de Epicúrea [En línea]. Recuperado de <http://monadnock.net/epicurus/fragments.html>
- Salas, D. (agosto de 2016). Buzón del albergado. *Gaceta "El Mensaje"*, No. 24, pp. 1-2.
- Secretaría de Salud. (2002). Encuesta Nacional de Adicciones. Tabaco, alcohol y otras drogas. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Secretaría de Salud. (2008a). Encuesta Nacional de Adicciones. Tabaco, drogas y alcohol. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones.

Secretaría de Salud. (2008b). Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados por entidad federativa: Tabasco. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones.

Secretaría de Salud. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones, Secretaría de Salud. Ciudad de México, México: Consejo Nacional contra las Adicciones.

Simón, B. (1984). Razón y locura en la antigua Grecia. Las raíces clásicas de la psiquiatría moderna. Madrid, España: Akal.

Vallejo, Á. (2013). Platón y el pensamiento utópico: la terapéutica del todo, en Crítica y meditación. Homenaje al profesor Pedro Cerezo Galán. España: Universidad de Granada.

Valverde, L. y Pochet J. (2003). Drogadicción: hijos de la negación. *Revista de Ciencias Sociales*, 1(99), 45-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/153/15309904.pdf>



ESTUDIO DE CASO
CASE STUDY

Uso nocivo y potencial de abuso de la quetiapina. Reporte de caso y revisión de la evidencia

Harmful and potential abuse of quetiapine. Case report and review of the evidence

Artículo resultado de estudio de caso

Enviado: 10 de junio de 2017 / Aceptado: 3 de octubre de 2017 / Publicado: 2 de enero de 2018

Erik García Muñoz*

Forma de citar este artículo en APA:

García Muñoz, E. (2018). Uso nocivo y potencial de abuso de la quetiapina. Reporte de caso y revisión de la evidencia. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 93-108. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2637>

Resumen

La quetiapina es un antipsicótico de segunda generación que tiene un amplio espectro de empleo en el tratamiento de varias enfermedades psiquiátricas, incluyendo a los trastornos por consumo de sustancias. A pesar de su eficacia y usos aprobados, hay varios informes de su potencial de abuso. En este artículo se reporta el primer caso en Hispanoamérica sobre uso riesgoso de quetiapina. Además, se incluye una revisión de la literatura que toma en cuenta reportes de caso, estudios epidemiológicos y estudios en modelos animales. El uso riesgoso o patrón de búsqueda-uso compulsivo de la quetiapina se reporta en individuos vulnerables con historial de trastornos por uso de sustancias, a menudo por consumo de cocaína. Se discuten las hipótesis sobre este fenómeno. A pesar de que la evidencia más fuerte de este tema procede de estudios preclínicos y no de mejores fuentes, los informes de casos como este deben ser tomados en cuenta en la evaluación de los pacientes, en cuanto a la utilidad de esta droga y sus posibles riesgos en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias.

Palabras clave

Abuso; Adicción; Cocaína; Quetiapina.

* Médico Psiquiatra. Alta Especialidad Adicciones. ESE Hospital Carisma Correo electrónico: dr.erikgarmun@gmail.com



Abstract

Quetiapine is a second generation antipsychotic that is widely used in treating several psychiatric illnesses, including those related to substance abuse. Regardless of its efficiency and approved use, there are several reports on its potential abuse. In this article there is the first case in Hispanic America, there is likewise a literature review that references the case reports, epidemiological studies and animal model studies. The risky use or search pattern-the compulsive use of quetiapine is reported in vulnerable individuals with a history of disorders due to substance use, usually related to cocaine. There is a discussion regarding this phenomenon. Regardless of the fact that evidence on this phenomenon comes from preclinical studies, not necessarily from better sources, the case reports should be taken into account in patient assessment regarding how useful this drug is and the possible risks in treating patients with substance consumption related disorders.

Keywords

Abuse; Addiction; Cocaine; Quetiapine.

Introducción

La quetiapina es un antipsicótico de segunda generación que se utiliza en el tratamiento de un amplio espectro de padecimientos psiquiátricos. Ha sido aprobada para su uso en esquizofrenia, como monoterapia para el trastorno bipolar en su fase aguda y como terapia de mantenimiento (Dando & Keating, 2005; Yatham, Kennedy, & Schaffer, 2009). Esto se debe gracias a su perfil farmacocinético y farmacodinámico. La quetiapina es un fármaco con una estructura dibenzotiazepina que actúa como antagonista de los receptores H₁, 5-HT_{1a}, 5-HT_{2a} y 2c principalmente; también tiene una unión menos potente con los receptores D₁, D₂ y los receptores adrenérgicos α_1 y α_2 . Tiene una vida media corta, en comparación con otros antipsicóticos, que ocasiona que su administración sea por lo menos dos veces por día. Sin embargo, con la implementación de la tableta de liberación prolongada, se logran alcanzar niveles plasmáticos máximos en 6 horas y mantenimiento de los mismos hasta por 12 a 18 horas, lo cual da la facilidad que su administración sea una vez por día. Su metabolito activo, norquetiapina, tiene gran afinidad por el transportador de norepinefrina, lo que podría explicar su actividad antidepresiva (Dando y Keating, 2005).

Por otro lado, existen una serie de reportes de que este fármaco puede ser de provecho en el tratamiento de diversos trastornos por abuso de sustancias, ya sea por su utilidad para el tratamiento de la abstinencia o, inclusive, incrementando los días de no consumo, sobre todo en pacientes con trastornos afectivos (Croissant et al., 2006; Gallo, Lapointe, Stip, Potvin, & Rompré, 2010).

No obstante, se hallan reportes en la literatura al respecto de que la quetiapina podría ser usada como droga de abuso (Sansone & Sansone, 2010). A pesar de que no es el único antipsicótico investigado con potencial de abuso, si es el que con mayor frecuencia se reporta (Mattson, Albright, Yoon, & Council, 2015). A continuación, se presenta un caso clínico a este respecto; posteriormente se expone la evidencia referida a este fenómeno y se plantean hipótesis.

Caso clínico

Paciente masculino de 19 años originario y residente de la ciudad de México. El motivo de la consulta es debido al consumo de múltiples sustancias. Inició su consumo de sustancias desde los 13 años y expresa el cannabis y los inhalables bencénicos como sus drogas de impacto. En los últimos doce meses, el paciente refiere consumir una media de 3 cigarrillos de cannabis al día y consumir por lo menos una lata de inhalables dos veces a la semana. Se desconoce la variedad y tipo de cannabis, solamente reportando que la obtiene de sus amistades. Con respecto a estas dos sustancias, cumple con criterios para trastorno por consumo severo de acuerdo con la clasificación del DSM-5. Además, consume de forma esporádica cocaína crack, alcohol, hachis, benzodiacepinas y alucinógenos, por los cuales cumple criterios para trastorno por consumo moderado de acuerdo con la misma clasificación. Estos consumos han provocado que tenga diversos problemas familiares, sociales, legales y médicos. Ha estado internado en varias clínicas de rehabilitación, sin que éstas hayan tenido impacto en la abstinencia al consumo de sustancias o en la modificación de conductas.

El paciente cuenta con un diagnóstico clínico en la infancia de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de presentación combinada y Trastorno de la conducta tipo de inicio infantil, de acuerdo con la clasificación del DSM-5; descartando otras comorbilidades a través de la entrevista clínica, sin que el paciente o la familiar refiera que hubiera sido evaluado por pruebas neuropsicológicas. Dicho diagnóstico fue realizado en institución psiquiátrica especializada en niños y adolescentes. A raíz de este diagnóstico cuenta con una historia de diversos tratamientos con metilfenidato, atomoxetina y distintos fármacos antipsicóticos de segunda generación, sin que alguno de ellos haya sido llevado de forma continua o vigilada. La madre y el paciente desconocen las dosis y horario de aplicación. Menciona como antecedente de importancia, que su padre es consumidor de licor y que tiene familiares en segundo grado consumidores de cannabis y cocaína. Habita en un medio socioeconómico bajo donde existe facilidad para el acceso a las sustancias y vive sólo con su madre, quien no puede ejercer supervisión del paciente debido a su trabajo.

El último tratamiento prescrito antes de la consulta de evaluación era sertralina 100 mg al día, oxcarbazepina 600 mg al día y quetiapina 150 mg al día, prescritas hace seis meses por el psiquiatra de la última clínica de rehabilitación, pero que no toma de forma regular, salvo la quetiapina. Aparentemente, dichos medicamentos no estaban relacionados con algún diagnóstico de trastorno afectivo y eran prescritos con la finalidad de disminuir impulsividad y mejorar la calidad del sueño.

Con respecto a la quetiapina, el paciente comenta que la llega a usar junto con el cannabis. La forma de consumo es triturando la tableta y agregándola al cigarrillo de cannabis. Esta situación fue motivada por la experimentación buscando un efecto hedónico, pues quería combinar los resultados sedantes de ambas sustancias; lo percibido fue mayor sedación y placer, que en palabras del paciente, parecería como si potencializara los efectos del cannabis. Como consecuencia adversa mencionó que le incrementa el apetito posterior al consumo. En ocasiones menos frecuentes, el paciente ha consumido quetiapina, cannabis y cocaína crack combinadas. Al momento de usar esta combinación, el paciente describe que percibía como primer efecto una mayor estimulación que aquella producida solo por la cocaína, así como mayor apetencia por la misma. Esto le era ligeramente aversivo, sin embargo, era atenuado porque posteriormente percibía los efectos sedantes de la combinación de cannabis y quetiapina.

Casos reportados

Existen publicados en la literatura internacional por lo menos 12 artículos con 14 reportes de caso sobre el potencial abuso de quetiapina (ver tabla 1).

Tabla 1. Reportes de caso sobre abuso de quetiapina hasta enero de 2017

Autor y año	Forma de abuso	Otros detalles
Kolli 2016 (Kolli & Mary, 2016)	1200 mg/d, VO	Hombre de 16 años, comórbido, con TDAH, trastorno de la conducta y trastorno por consumo de opioides, benzodicepinas, cannabis y nicotina
Cornelis 2016 (Cornelis et al., 2016)	1625 mg/d, VO	Hombre de 40 años, con insomnio crónico y síndrome de apnea obstructiva del sueño leve. Búsqueda de alivio del insomnio
Yargic 2011 (Yargic & Caferov, 2011)	600-700 mg/d VO	Hombre de 37 años de edad, con historia pasada de dependencia al alcohol y benzodicepinas. Inicio de consumo con el fin de mejorar su sueño
Haridas 2010 (Haridas, Kushon, & Gurmu, 2015)	500 mg/d VO y fumada	Hombre de 27 años, con historia de abuso de varias sustancias, principalmente cannabis. Consumía el medicamento de forma oral, pero también consumía la tableta de quetiapina fumada en conjunto con una onza de cannabis
Fischer 2010 (Fischer & Boggs, 2010)	Desconocido, VO	Hombre de 53 años, con episodio depresivo mayor, comórbido con juego patológico y abuso de etanol
Chen, 2009 (Chen et al., 2009)	2400 mg/d VO	Mujer de 59 años, con el diagnóstico de trastorno bipolar en episodio depresivo y abuso de clonazepam, zolpidem y quetiapina
Paparrigopoulos 2008 (Paparrigopoulos, Karaikos, & Liappas, 2008)	1000 mg/d VO	Hombre de 48 años, con trastorno por consumo de etanol y benzodicepinas
Murphy 2008 (Murphy, Bailey, Stone, & Wirshing, 2008)	Se desconoce	Hombre de 29 años, simulador de esquizofrenia, refirió comprar una tableta de 300 mg por U\$ 3.00
	800 mg/d VO	Hombre de 49 años, preso, con historia de consumo de etanol y benzodicepinas
Reeves 2007 (Reeves & Brister, 2007)	2400 mg/d VO	Hombre de 23 años, interno en centro penitenciario, con historia de trastorno por consumo de benzodicepinas
	800 mg/d VO	Hombre de 39 años de edad, con trastorno bipolar y conducta de búsqueda de la sustancia
Pinta 2007 (Pinta & Taylor, 2007)	800 mg/d VO	Hombre de 39 años de edad, interno en reclusorio, con hepatitis C, historia de trastorno por consumo de opiáceos. Demandaba tratamiento con quetiapina y comentaba haber abusado del fármaco anteriormente
Morin 2007 (Morin, 2007)	Se desconoce, intranasal	Mujer de 28 años, con historia de consumo de múltiples sustancias. Se administraba una tableta pulverizada
Waters 2007 (Waters & Joshi, 2007)	400-800 mg IV	Hombre de 33 años, con consumo de múltiples sustancias. La administración fue en combinación con cocaína (Q-Ball) para buscar efectos alucinógenos
Hussain, 2005 (Hussain, 2005)	600 mg IV	Mujer de 34 años, con trastorno límite de personalidad y consumo de múltiples sustancias

La mayoría de estos casos se han reportado en centros penitenciarios, en hombres y con vías de administración oral, intranasal o intravenosa, así como en asociación con otras sustancias. Normalmente existe una historia de trastorno por consumo de otras sustancias. En uno de los artículos se describe la forma de aplicación intravenosa en combinación con cocaína (Q-Ball). De acuerdo con los reportes de caso, la búsqueda de la quetiapina se generó principalmente por sus efectos ansiolíticos y sedantes, para potenciar los efectos de la cocaína y por búsqueda de efectos alucinógenos.

Estudios poblacionales

De relevancia, se encuentran los estudios epidemiológicos realizados en distintas poblaciones. En uno de los primeros reportes que se hicieron al respecto, Pierre (como se citó en Pierre, Shnyder, Wirshing, & Wirshing, 2004) comunica el uso intranasal por gran cantidad de internos en la cárcel del condado de Los Ángeles, USA, por los efectos sedantes que el fármaco posee. Este fue quizás el primer estudio realizado en una comunidad y que abrió el interés en el tema.

McLarnon (como se citó en McLarnon, Fulton, Maclsaac, & Barrett, 2012) reporta el mal uso de la quetiapina en una comunidad terapéutica de manejo de metadona en pacientes con trastorno por consumo de opiáceos en Canadá. De un total de la muestra, reporta que 80% han tomado quetiapina y que el 75% de los usuarios de quetiapina se ha involucrado, por lo menos una vez, en mal uso del medicamento (fuera de prescripción). El 28% de los pacientes que utilizaron incorrectamente el fármaco reportó consumirla con otra sustancia concurrentemente, principalmente con benzodiazepinas y 2% con metadona. Llama la atención que dos pacientes de esa muestra reportaron usarla de forma intranasal.

Klein-Schwartz, Schwartz, & Anderson (2014) realizaron un análisis retrospectivo de los casos de mal uso de quetiapina en centros de intoxicación en Estados Unidos. En el lapso de siete años (2005 a 2011) reportan un total de 3116 casos. Una minoría de pacientes llegaron a ocupar el medicamento inyectado o por vía intranasal.

Mattson et al. realizaron un análisis de reportes de usos distintos a la prescripción de quetiapina, que generaron la necesidad de consulta en un servicio de urgencias en Estados Unidos entre los años 2005 y 2011. El estudio demuestra la tendencia creciente de los reportes de mal uso o abuso de quetiapina a lo largo de ese tiempo. Por otro lado, este manuscrito reporta un mayor involucramiento de mujeres en el mal uso, que de hombres.

Finalmente, Malekshani et al. (2015) reportan 429 pacientes que fueron interrogados sobre el consumo de antipsicóticos en una unidad de desintoxicación en Nueva York. El 17% aseguró haber hecho mal uso de algún antipsicótico atípico. La gran mayoría eran consumidores de otras sustancias y ocupaban el medicamento con la finalidad de recuperarse de los efectos de otras sustancias. No obstante, llama la atención que 25% de los entrevistados reportó su manejo para incrementar los efectos de alguna sustancia, y 20% para experimentar.

El costo en el mercado ilícito es de aproximadamente U\$3.00 a \$8.00 dólares por 25 mg de quetiapina, de acuerdo a un estudio realizado en Las Vegas, Nevada, EUA (Tarasoff y Osti, 2007). De acuerdo con Sansone (como se citó en Sansone & Sansone, 2010), la quetiapina es conocida con distintos nombres en el mercado ilegal, siendo el más publicado “Q-Ball”, que describe la combinación de la quetiapina con otra sustancia adictiva de uso intravenoso como la cocaína o la heroína.

Hipótesis respecto al abuso de quetiapina

De acuerdo con Kalivas & Volkow (2005), para que una sustancia sea adictiva requiere primeramente generar una respuesta dopaminérgica. Esta neurotransmisión se activa ante estímulos placenteros y novedosos de recompensa. La respuesta primordial deberá ser principalmente sobre el área tegmental ventral y en el núcleo accumbens. Posteriormente, el núcleo accumbens envía proyecciones glutamatérgicas a la corteza prefrontal, cuya última función es tomar la decisión en la ingesta de la droga según la respuesta basada en recompensa. Además, esta región envía proyecciones dopaminérgicas y peptídicas hacia el estriado dorsal, área crucial para las conductas dirigidas por motivación y donde el aumento de la dopamina se relaciona con conductas de búsqueda fundamentadas en la recompensa. Por ello, para que una sustancia sea considerada potencialmente adictiva debe de generar un incremento de la dopamina a nivel mesolímbico por vías de administración, que proporcionen una rápida distribución en el cerebro y, además, la liberación de dopamina tendrá que ser rápida, por lo que sustancias que actúan mediante activación tónica de neurotransmisión son poco adictivas (por ejemplo, el metilfenidato por vía oral). Esto explica por qué gran parte de las drogas de abuso son fumadas, inhaladas o utilizadas por vía intravenosa, pues esto deriva en una mayor absorción, mayores concentraciones en el sistema nervioso central y un inicio de acción más corto (Koob y Volkow, 2010).

Con base en lo expuesto, parecería improbable que la quetiapina pudiese utilizarse como droga de abuso. La vida media de la quetiapina es de 5.8 a 6.6 horas, además que su volumen de distribución es muy amplio (aproximadamente 750 L). Estas variantes serían suficientes para pensar en que el medicamento no alcanza las propiedades anteriormente expuestas. El efecto neto de su toma por vía oral es una disminución de la transmisión dopaminérgica a nivel mesolímbico (Dando & Keating, 2005). Sin embargo, esto puede variar al momento de pulverizar la tableta y utilizarla fumada, por vía intravenosa o inhalada generando una mayor distribución cerebral, evitando metabolismo de primer paso por su administración oral y disminuyendo su tiempo de inicio de acción, por lo que una primera hipótesis es que el cambio en la farmacocinética por la modificación de la presentación crearía un efecto neto de estimulación dopaminérgica a nivel mesolímbico. Esto también dirigido porque la quetiapina tiene una afinidad muy baja por los receptores D2 y una rápida disociación de los mismos en comparación con otros antipsicóticos, asociándose más potentemente al antagonismo 5-HT_{2a}, 2c

y 1a. Teóricamente, el antagonismo con el receptor 5-HT_{2a} generaría un incremento de la transmisión dopaminérgica que, asociado a su rápida disociación del receptor D₂, provoca un efecto reforzador (Sansone & Sansone, 2010).

Los circuitos de la dopamina tienen una relación con la toma decisional en torno a la obtención de recompensas y con ello, de conductas impulsivas. Un padecimiento en el que la toma decisional está marcada por impulsividad es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad/impulsividad (TDAH). En una investigación con neuroimagen con adultos con TDAH demostraron que éstos presentan menor disponibilidad de receptores de la familia D₂/D₃ y del transportador de dopamina en el núcleo accumbens (centro de relevo del área tegmental ventral importante en la transmisión dopaminérgica hacia los circuitos límbicos), núcleo caudado y tallo cerebral (Volkow et al., 2009). Esto podría hacer más vulnerables a dichos individuos a la preferencia de recompensas inmediatas y, por ende, al consumo de sustancias. Aparentemente, los receptores dopaminérgicos forman un balance en distintas áreas cerebrales para la toma de decisiones basadas en la recompensa. En modelos animales, el ligamiento de la dopamina a los receptores de la familia D₂ a nivel mesencefálico están implicados en la neurotransmisión tónica de este neurotransmisor en el núcleo accumbens y se relaciona a inhibición de la conducta de búsqueda de la recompensa; mientras que la estimulación de los receptores de la familia D₁ ejercerían un efecto contrario, ya que se encuentran involucrados en la neurotransmisión fásica (Volkow & Baler, 2015). Es notorio que los individuos descritos en los distintos reportes de caso presentan conductas impulsivas o trastornos relacionados con la impulsividad (TDAH, trastorno de la conducta, trastorno de personalidad antisocial, etc.). Estos individuos entonces presentarían una menor densidad de receptores D₂, lo que originaría las conductas impulsivas previas al inicio del consumo y, a consecuencia del consumo repetido, tendrían una disminución de esta familia de receptores, al igual que una baja en la síntesis y liberación de dopamina que influye en el estado negativo persistente del individuo adicto. Esto generaría un balance de la neurotransmisión dopaminérgica hacia los receptores D₁ que influiría aún más en la toma de decisiones impulsivas y conductas relacionadas con la búsqueda de recompensa. Cabe resaltar también que la transmisión dopaminérgica en los receptores de la familia D₂/D₃ está relacionada con la actividad frontal de regiones relacionadas con el control de impulsos y la atribución de la relevancia a los estímulos, lo cual –al haber menor densidad de estos receptores– favorece la menor actividad de estas áreas (Koob & Volkow, 2010; Volkow & Baler, 2015; Tomasi y Volkow, 2013).

Por otro lado, la quetiapina tiene mayor afinidad por los receptores H₁ y α_1 que a otros receptores. Esto es de importancia, ya que diversos estudios han demostrado que la histamina tiene un rol íntimo con la transmisión dopaminérgica, aparentemente protegiendo al cerebro de un exceso de este último neurotransmisor. Los estudios en modelos animales que involucran lesión de los núcleos tuberomamilares, involucrados en la síntesis y transmisión de la histamina cerebral, han revelado que la disminución de las concentraciones de histamina en el cerebro provoca un aumento de la conducta dirigida a la recompensa, debido a un incremento de

la dopamina a nivel del estriado ventral. Esto ha llevado a la hipótesis que los antihistamínicos desinhiben un sistema primario de motivación por la recompensa (Fischer & Boggs, 2010) Este antipsicótico, si bien ha sido el mayoritariamente reportado como del que más se abusa o se ocupa de forma anómala, no es el único; por ejemplo, en el artículo de Mattson et al. (2015) –previamente comentado–, se reporta el uso en menor medida de olanzapina, risperidona e inclusive clozapina, y todos ellos tienen en mayor o menor medida una afinidad por los receptores histaminérgicos.

Con el consumo repetido de las sustancias adictivas se produce neuroplasticidad en estas áreas, que provoca una disminución de la respuesta dopaminérgica ante el consumo, pero una respuesta rápida y fásica ante su anticipación, lo que promueve la compulsión al consumo. También existe modificación de los circuitos relacionados con el control de los impulsos, toma de decisiones y control ejecutivo materializado en la corteza prefrontal, principalmente en la corteza orbitofrontal, la corteza dorsolateral prefrontal y la corteza cingulada anterior (Koob & Volkow, 2010). En individuos dependientes a sustancias, estas áreas muestran hipoactivación ante otros estímulos normalmente de recompensa como la actividad sexual o la comida (Koob, 2015). Asociada a esta reducción de la transmisión dopaminérgica en un nivel mesolímbico, se activan sistemas de neurotransmisión peptídica por dinorfina y factor liberador de corticotropina (CRF). Ambos péptidos están relacionados con la respuesta al estrés y la hiperactivación del núcleo centromedial de la amígdala, lo que produce efectos aversivos que generan el condicionamiento basado en castigo y el fenómeno del *craving* o apetencia. La misma disminución del tono dopaminérgico D2 ha sido implicada en la disminución de la conexión de las áreas relacionadas con la atribución de la relevancia y una mayor actividad de las áreas cerebrales relacionadas con la red neuronal por defecto (Volkow y Baler, 2015).

Esta compleja red neuronal pareciera estar activa cuando el individuo no realiza actividad cerebral consciente y capta los estímulos más relevantes del interior, siendo, muy importante en los procesos de memoria episódica, principalmente en la evocación, así como en procesos autorreferenciales; es decir, en determinar los sentimientos, pensamientos y la actividad mental general de uno mismo y, al parecer, en procesos de cognición social (Whitfield-Gabrieli y Ford, 2012). Los individuos con dependencia a alguna sustancia presentan alteraciones en la conectividad y desacople entre ésta y otras redes neuronales (Liang et al., 2015) que se modifican al consumir la sustancia (Lerman et al., 2014) o realizar estrategias de reducción de la apetencia como el ejercicio (McFadden, Cornier, Melanson, Bechtell, & Tregellas, 2013; Rensburg, Taylor, Hodgson & Benattayallah, 2009) o la meditación (Garrison, Zeffiro, Scheinost, Constable, & Brewer, 2015).

La etapa de apetencia/anticipación es la última, según el modelo propuesto por Koob y Volkow (como se citó en Koob, 2013) y establece que posterior a cambios neuroplásticos a nivel cerebral, se desarrollan hiperactivaciones a nivel mesolímbico en la anticipación a la respuesta ante una sustancia con una disminución en

la actividad de la corteza orbitofrontal y, con ello, una disminución en el control de los impulsos. La disminución del tono dopaminérgico a nivel D2 establecería una mayor atención de los procesos internos y, una proclividad a los consumos en torno a la búsqueda de una respuesta relacionada con la recompensa.

Sin embargo, explicado por el modelo de procesos oponentes de Solomon y Corbit (como se citó en Volkow, Wang, Fowler, Tomasi, & Baler, 2011), la respuesta ante el uso de la sustancia no alcanza el nivel de la respuesta exacerbada y sí una consecuencia negativa exacerbada por mecanismos de stress cerebral (hiperactividad amigdalina, liberación de sustancias relacionadas con antirrecompensa como el factor liberador de corticotropina, dinorfina, sustancia P, y demás). Entonces, al parecer, es la anticipación a una respuesta lo que exagera la descarga dopaminérgica. La administración repetida de sustancias genera cambios plásticos a nivel del estriado, lo que producirá la aparición de memorias maladaptativas condicionadas. De ahí que diversos estímulos del medio ambiente faciliten la aparición de consumos (Volkow et al., 2011). Esto ha sido comprobado por medio de estudios de neuroimagen, en los cuales la respuesta dopaminérgica se exagera de forma anómala en pacientes con adicción a alguna sustancia (por lo menos cocaína) cuando se exponen a videos relacionados con el consumo de la droga de abuso en cuestión, así como estos aumentos en la respuesta dopaminérgica están asociados con incrementos en los reportes de apetencia (Sinha, Fuse, Aubin, & O'Malley, 2000). Estos mecanismos neurobiológicos pudieran, entonces, ocasionar la búsqueda y uso nocivo de la quetiapina en individuos vulnerables o con cambios neuroplásticos secundarios al uso prolongado de sustancias, no por su efecto *per se*, sino por el efecto esperado o por buscar la disminución de la respuesta aversiva neuronal.

Distintas investigaciones en modelos animales han intentado buscar alguna explicación ante el fenómeno del abuso de quetiapina. Los experimentos publicados por Cha et al. (2013), no tuvieron resultados concluyentes en torno al potencial de abuso de quetiapina en roedores con diferentes pruebas de dependencia física o psicológica, si bien existieron cambios en las ratas tratadas con las diferentes dosis de quetiapina en el modelo de autoadministración, aunque no de forma estadísticamente significativa.

Igualmente, existen dos estudios en primates, efectuados por un mismo grupo de investigación liderado por Brucher (Brucher, Nader, & Nader, 2016). En una investigación evalúan el efecto de la quetiapina en la autoadministración de cocaína en monos Rhesus. En esta indagación se encontró que la quetiapina puede reducir el consumo agudo de cocaína, no obstante no presenta un efecto significativo cuando el uso es crónico. En ninguno de estos modelos hubo un incremento de dosis de cocaína o una preferencia por el consumo de quetiapina. En un segundo protocolo de estudio, Brucher et al. (2016) prueban directamente los efectos reforzadores de la quetiapina por sí sola, o en combinación con cocaína en monos Rhesus. En el primer experimento no hubo diferencias en el efecto reforzador de la quetiapina, comparado con el uso de solución salina. Sin embargo, un resultado notorio fue que en monos sensibilizados previamente con cocaína denotaron que la

adición de quetiapina a distintas dosis de cocaína aumentó la preferencia por las inyecciones que los animales se autoadministraban. Pareciera entonces que la quetiapina incrementara los efectos reforzantes de la cocaína (Brutcher et al., 2016).

Análisis del caso y conclusiones

Este caso comparte varias características con los reportados en otras poblaciones, pero es quizás el primero reportado en Hispanoamérica al respecto del mal uso de quetiapina, y el segundo de uso de quetiapina fumada en combinación de cannabis; estos últimos, se produjeron ambos en hombres de ascendencia hispánica.

Al respecto de lo reportado, es importante considerar que el paciente en cuestión presenta diversos puntos de convergencia resaltados por las investigaciones realizadas. Uno, es la proclividad hacia el consumo de sustancias, al tratarse de un paciente masculino que padecía desde etapas muy tempranas, trastornos externalizados; y además, tiene una historia larga de trastornos por uso de múltiples sustancias, principalmente inhalables y cannabis.

El paciente refiere haber comenzado con el consumo de la quetiapina fumada en conjunto con cannabis, por búsqueda de un efecto de relajación mayormente exacerbado, efecto que fue notorio para el paciente. Es importante tomar en cuenta que, probablemente, la anticipación del resultado fue lo más importante para el desarrollo del efecto hedónico y no propiamente el efecto mismo de la quetiapina. Es notorio también que el paciente detecta el incremento de los alcances de la cocaína cuando hace la combinación con cannabis y quetiapina. Usuarios de cocaína crack y cannabis en conjunto juzgan esta combinación deseable cuando se quiere evitar los efectos posteriores al consumo inicial de cocaína.

Diversas preguntas quedan por responder en estos casos: es notorio como el abuso de quetiapina fue reportado en individuos con historia pasada de abuso de polisustancias, de las que llama la atención las benzodiazepinas y el etanol. Si bien no hay reportes en la literatura que evalúen los efectos neurobiológicos de la administración de quetiapina con otras sustancias, se ha informado que los efectos del uso concomitante de sustancias que tengan acción sobre áreas críticas para la adicción son diferentes en individuos que han desarrollado dependencia a alguna sustancia, que en aquellos que no. Por ejemplo, en usuarios crónicos de cocaína, la administración de metilfenidato se asocia a una respuesta dopaminérgica exacerbada a nivel talámico, lo cual está relacionado con la apetencia y, por lo tanto, con los estímulos condicionados por recompensa mediados por neuroplasticidad. Otro punto remarcable es que, por lo menos en dos reportes de caso, se buscó el uso de esta sustancia por efectos alucinógenos. A 2017 se desconocen los mecanismos por los cuales la quetiapina pudiera producir estos fenómenos. Investigaciones futuras deberán tener como objetivos aclarar estas cuestiones.

Estos reportes y los estudios encontrados abren la puerta hacia la vigilancia del uso de este medicamento, principalmente en aquellos pacientes que tienen trastorno por consumo de sustancias, y hacia preferir diversas opciones de tratamiento, siempre guiados por la evidencia científica; sobre todo en caso de pacientes con trastornos por uso de estimulantes o cocaína.

Agradecimientos

Al Sr. Adrián Heredia Hernández, quien colaboró en el desarrollo del resumen y traducción al inglés.

Conflicto de intereses

El autor declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

- Brutcher, R. E., Nader, S. H., & Nader, M. A. (2016). Dependence potential of quetiapine: behavioral pharmacology in rodents. *The journal of pharmacology and experimental therapeutics*, 21(4), 307-312.
- Cha, H. J., Lee, H.-A., Ahn, J.-I., Jeon, S.-H., Kim, E. J., & Jeong, H.-S. (2013). Dependence potential of quetiapine: behavioral pharmacology in rodents. *Biomolecules and Therapeutics*, 21(4), 307–312. <https://doi.org/10.4062/biomolther.2013.035>
- Chen, C.-Y., Shiah, I.-S., Lee, W.-K., Kuo, S.-C., Huang, C.-C., & Wang, T.-Y. (2009). Dependence on quetiapine in combination with zolpidem and clonazepam in bipolar depression. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63, 427–8. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01953.x>

- Cornelis, C., Van Gastel, A., Dumont, G., Coppens, V., Sabbe, B., Morrens, M., & Van Den Eede, F. (2016). A case of dose escalation of quetiapine in persistent insomnia disorder. *Acta Clinica Belgica*, 3286, 1–3.
- Croissant, B., Klein, O., Gehrlein, L., Kniest, A., Hermann, D., Diehl, A., & Mann, K. (2006). Quetiapine in relapse prevention in alcoholics suffering from craving and affective symptoms : a case series, 21, 570–573.
- Dando, T., & Keating, G. (2005). Quetiapine. A review of its use in acute mania and depression associated with bipolar disorder. *Drugs*, 65, 2533–2551. <https://doi.org/10.2165/00003495-200565170-00008>
- Fischer, B. a, & Boggs, D. L. (2010). The role of antihistaminic effects in the misuse of quetiapine: a case report and review of the literature. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 34, 555–8. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.003>
- Gallo, A., Lapointe, S., Stip, E., Potvin, S., & Rompré, P. P. (2010). Quetiapine blocks cocaine-induced enhancement of brain stimulation reward. *Behavioural Brain Research*, 208, 163–168. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2009.11.029>
- Garrison, K. A., Zeffiro, T. A., Scheinost, D., Constable, R. T., & Brewer, J. A. (2015). Meditation leads to reduced default mode network activity beyond an active task. *Cognitive, affective & behavioral neuroscience*, 15, 712–720. <https://doi.org/10.3758/s13415-015-0358-3>
- Haridas, A., Kushon, D., & Gurmu, S. (2015). Smoking quetiapine: a “Maq Ball”? *Primary Psychiatry*, 17, 38–39.
- Hussain, M. (2005). Intravenous quetiapine abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1755–1756. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1755-a>
- Kalivas, P. W., & Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry*, 162, 1403–1413. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1403>
- Klein-Schwartz, W., Schwartz, E. K., & Anderson, B. D. (2014). Evaluation of quetiapine abuse and misuse reported to poison centers. *Journal of Addiction Medicine*, 8, 195–198. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000020>
- Kolli, P. V., & Mary, H. (2016). Quetiapine addiction in an adolescent, 26, 174–176.
- Koob, G. F. (2013). Theoretical frameworks and mechanistic aspects of alcohol addiction: alcohol addiction as a reward deficit disorder. *Current Topics of Behavioral Neurosciences*, 13, 3–30. https://doi.org/10.1007/978-3-642-28720-6_129
- Koob, G. F. (2015). The dark side of emotion: The addiction perspective. *European Journal of Pharmacology*, 753, 73–87. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2014.11.044>

- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *35*, 217–38. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>
- Lerman, C., Gu, H., Loughhead, J., Ruparel, K., Yang, Y., & Stein, E. a. (2014). Large-scale brain network coupling predicts acute nicotine abstinence effects on craving and cognitive function. *JAMA Psychiatry*, *71*, 523. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4091>
- Liang, X., He, Y., Salmeron, B. J., Gu, H., Stein, E. A., & Yang, Y. (2015). Interactions between the salience and default-mode networks are disrupted in cocaine addiction. *J Neurosci*, *35*, 8081–8090. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3188-14.2015>
- Malekshahi, T. D. M., Tioleco, N. D. M., Ahmed, N., Campbell, A. N. C., ... Ph, D. (2015). Misuse of atypical antipsychotics in conjunction with alcohol and other drugs of abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *48*, 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.07.006>
- Mattson, M. E., Albright, V. A., Yoon, J., & Council, C. L. (2015). Emergency Department Visits Involving Misuse and Abuse of the Antipsychotic Quetiapine. Results from the drug abuse warning network (DAWN), 39–46.
- McFadden, K. L., Cornier, M., Melanson, E. L., Bechtell, J. L., & Tregellas, J. R. (2013). Effects of exercise on resting-state default mode and salience network activity in overweight/obese adults. *Neuroreport*, *24*, 866–71. <https://doi.org/10.1097/WNR.0000000000000013>
- McLarnon, M. E., Fulton, H. G., Maclsaac, C., & Barrett, S. P. (2012). Characteristics of quetiapine misuse among clients of a community-based methadone maintenance program. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *32*, 721–723. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3182670648>
- Morin, A. K. (2007). Possible intranasal quetiapine misuse. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, *64*, 723–725. <https://doi.org/10.2146/ajhp060226>
- Murphy, D., Bailey, K., Stone, M., & Wirshing, W. C. (2008). Addictive potential of quetiapine. *The American journal of psychiatry*, *165*, 918. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020277>
- Paparrigopoulos, T., Karaiskos, D., & Liappas, J. (2008). Quetiapine: Another drug with potential for misuse? A case report. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0122a>
- Pierre, J. M., Shnayder, I., Wirshing, D. a, & Wirshing, W. C. (2004). Intranasal quetiapine abuse. *The american journal of psychiatry*, *161*, 1718. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1718>

- Pinta, E. R., & Taylor, R. E. (2007). Quetiapine addiction? *American Journal of Psychiatry*, *164*, 174–175. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.174>
- Reeves, R., & Brister, J. (2007). Additional evidence of the abuse potential of quetiapine. *Souther Medical Journal*, *100*, 834–836. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e3180f62d53>
- Rensburg, J. V., Taylor, A., Hodgson, T. & Benattayallah, A. (2009). Acute exercise modulates cigarette cravings and brain activation in response to smoking-related images : an fMRI study. *Psychopharmacology*, *203*, 589–598. <https://doi.org/10.1007/s00213-008-1405-3>
- Sansone, R. a, & Sansone, L. a. (2010). Is seroquel developing an illicit reputation for misuse/abuse? *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, *7*, 13–6.
- Sinha, R., Fuse, T., Aubin, L. R., & O'Malley, S. S. (2000). Psychological stress, drug-related cues and cocaine craving. *Psychopharmacology*, *152*, 140–148. <https://doi.org/10.1007/s002130000499>
- Tarasoff, G., & Osti, K. (2007). Black-market value of antipsychotics, antidepressants, and hypnotics in Las Vegas, Nevada. *The american journal of psychiatry*, *164*, 350 <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.2.350>
- Tomasi, D., & Volkow, N. D. (2013). Striatocortical pathway dysfunction in addiction and obesity: differences and similarities. *Critical reviews in biochemistry and molecular biology*, *48*, 1–19. <https://doi.org/10.3109/10409238.2012.735642>
- Volkow, N. D., & Baler, R. D. (2015). NOW vs LATER brain circuits: Implications for obesity and addiction. *Trends in Neurosciences*, *38*, 345–352. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.04.002>
- Volkow, N. D., Wang, G., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Baler, R. (2011). Addiction: Decreased reward sensitivity and increased expectation sensitivity conspire to overwhelm the brain's control circuit. *BioEssays*, *32*, 748–755. <https://doi.org/10.1002/bies.201000042>
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Tomasi, D., & Baler, R. D. (2013). Unbalanced neuronal circuits in addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, *23*, 639–648. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2013.01.002>
- Volkow, N. D., Wang, G., Kollins, S. H., Wigal, T. L., Newcorn, J. H., Telang, F., ... Swanson, J. M. (2009). Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications. *JAMA*, *302*, 1084–91. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1308>
- Waters, B., & Joshi, K. (2007). Intravenous Quetiapine-Cocaine Use (“Q-Ball”). *American Journal of Psychiatry*, *164*, 173–174. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.173a>

- Whitfield-Gabrieli, S., & Ford, J. M. (2012). Default mode network activity and connectivity in psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 49–76. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143049>
- Yargic, I., & Caferov, C. (2011). Quetiapine dependence and withdrawal: a case report. *Substance abuse : official publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse, 32*, 168–9. <https://doi.org/10.1080/08897077.2011.558448>
- Yatham, L., Kennedy, S., & Schaffer, A. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disorders, 11*, 225–255. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00672.x>



ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA
THEORETICAL REVIEW

Pharmakon: soluciones, desarreglos y reelaboraciones subjetivas

Pharmakon: subjective solutions, derangements and re-elaborations

Artículo resultado de revisión teórica

Enviado: 15 de junio de 2017 / Aceptado: 25 de septiembre de 2017 / Publicado: 2 de enero de 2018

Felipe Martin Drut*

Forma de citar este artículo en APA:

Drut, F. M. (2018). Pharmakon: soluciones, desarreglos y reelaboraciones subjetivas. *Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), 110-121. Doi: <https://doi.org/10.21501/24631779.2638>

Resumen

En nuestra experiencia clínica, hemos encontrado varios pacientes que han padecido problemáticas de dependencia a las drogas y/o al alcohol, y para quienes la relación con la sustancia ha comenzado a modificarse. Esto último, por ejemplo, lo escuchamos cuando el consumo no aporta los mismos efectos que antes, en algunos casos de abandono súbito del consumo, o en casos de sobredosis. Ahora bien, ¿bajo qué condiciones este momento podría representar una oportunidad propicia para comenzar un trabajo de elaboración por la vía de la palabra de quien nos consulta? Es decir, si el consumo de estupefacientes deviene un problema para el sujeto y no solo una solución práctica y eficaz: ¿ello lleva necesariamente una consulta psicoterapéutica? El presente artículo intentará analizar las condiciones de este pasaje mediante un desarrollo teórico y clínico basado en algunas contribuciones de la filosofía, la antropología y el psicoanálisis. Tomaremos también los aportes teóricos y clínicos de la psicoanalista Sylvie Le Poulichet a propósito del “pharmakon”, su función y sus fallas. Distinguiremos tres tipos de relación de los sujetos con las drogas: como solución eficaz e imprescindible, como una relación que en un momento dado se rompe y da lugar a otros fenómenos clínicos ligados a la angustia y la vergüenza, y como una relación en la que la droga se muestra como algo cuyo valor de solución ha devenido caduco y de lo cual el sujeto puede comenzar a prescindir. Intentaremos mostrar esto a partir de la presentación de dos viñetas clínicas.

Palabras clave

Arreglo; Consulta; Droga, Elaboración; Pharmakon; Sujeto; Tóxico.

* Licenciado en Psicología en la Universidad Nacional de La Plata, Argentina; actualmente en segundo año de formación doctoral en Psicología en la Universidad de Toulouse II Jean Jaurès, Francia. Institución de pertenencia: Université Toulouse II Jean-Jaurès. Ciudad : Toulouse. París: Francia. Dirección de correo electrónico: felipedrut@yahoo.com.ar. Equipo de investigación: «Clinique du sujet et du lien social du Laboratoire Clinique Psychopathologique et Interculturelle».



Abstract

In our clinical experience, we have found that several patients who have suffered problems related to drug or alcohol dependence and whose relation with the substance has even been modified. The latter, for example, is acknowledge when the use does not bring the same effects it once did, in some cases it has resulted in suddenly dropping the drug or taking it as far as an overdose. Now, under which situations would it be possible to represent an appropriate opportunity to start a working with those who come to us? That is, if the substance use becomes a problem for the person and not only a practical and efficient solution: does it necessarily require psychotherapy? This study analyzes the conditions on this passage through a theoretical and clinical approach based on some contributions from the fields of philosophy, anthropology and psychoanalysis. There is also the theoretical and clinical contributions of the psychoanalyst Sylvie Le Poulichet regarding "pharmakon", its functions and faults. There are three types of relations between subjects and drugs: as an efficient and essential solution, as a relation that can be broken at a certain moment and gives way to other clinical phenomena related to anxiety and shame and as a relation in which drugs can be seen as something which holds a solution value that has diminished and in which the subject can set it aside. The study shows this situation through two clinical cases.

Keywords

Arrangement; Query; Drug; Elaboration; Pharmakon; Subject; Toxic.

El éxito de las drogas en las sociedades contemporáneas

Las drogas han existido desde principios de la historia de la humanidad, mientras que lo que comúnmente se denomina “toxicomanías” o “tóxico-dependencias” es de uso más o menos reciente a partir de los siglos XIX y XX, momento en el que operan varios cambios en la subjetividad y en la medicina, entre ellos, la relación del sujeto con el cuerpo, el dolor y el placer. El uso de la morfina para calmar los dolores de los heridos en la guerra franco-prusiana en 1860

fue el primer experimento de empleo masivo para el fármaco, que convirtió en silenciosos recintos a hospitales de campaña antes poblados por aullidos y llantos. Usada intravenosamente varias veces al día, durante meses, no tardaron en aparecer casos que acabada la guerra recibieran el significativo nombre de *army disease* y ‘dependencia artificial’ (Escohotado, 1998, p. 44).

Por otro lado, la revolución a nivel farmacológico a partir de los años cincuenta, trajo grandes avances en lo referente al tratamiento de las denominadas enfermedades psiquiátricas. El chaleco de fuerza fue sustituido por el chaleco químico, más sutil, más práctico y más al alcance de la mano, aunque a veces no sin consecuencias para algunos sujetos.

Hoy en día asistimos a un mundo lleno de promesas de felicidad a través de propuestas de objetos de consumo que se multiplican al infinito para que todos puedan alcanzar el estado de satisfacción de una manera permanente. Paradoja del mercado y de los avances tecnológicos que ofrecen la satisfacción garantizada y al alcance del consumidor, puesto que ambos necesitan de una cierta insatisfacción propia de todo deseo humano, cuya estructura implica siempre una diferencia entre el placer que se busca y el que se encuentra. Diferencia que algunos no toleran en absoluto sin acudir al uso de estupefacientes.

Ahora bien, podemos corroborar que cada vez, en mayor medida, la droga ha devenido un objeto que está al alcance de la mano, fácil de conseguir y de efectos inmediatos sobre el cuerpo en tanto sede del dolor y del placer. Una “felicidad de bolsillo” (Sissa, 1998, p. 25), una felicidad ya hecha, *ready-made*. Con la salvedad de lo que ocurre aun en ciertas culturas¹, poco a poco las drogas se han desprendido de su poder mágico fundando en una creencia colectiva –ligado a las plantas, ritos y a seres sobrenaturales o dioses con los cuales se debía tener conexión al consumirlas– para conectarse más bien con el bienestar y los placeres a determinar por cada “usuario”. Como sitúa Antonio Escohotado (1996) respecto de lo que empieza a ocurrir en el siglo XIX dentro de la historia de las drogas:

¹ Fundamentalmente algunas culturas milenarias y algunas tribus indígenas del norte de México, por ejemplo, como lo indica Naparstek (2004).

[estas] dejaron de ser vegetales más o menos mágicos, ligados a ritos y sacramentos. Sus principios –casi siempre compuestos alcalinos o alcaloides, formados básicamente por carbono, hidrogeno y nitrógeno– se comprendieron como elementos nucleares de la sustancia orgánica –no menos ‘maravillosos’ desde luego, pero libre de énfasis mítico (p. 89).

Ya no se trata de las drogas enmarcadas en ritos específicos, sino de la sustancia, el químico, el producto o incluso la molécula activa capaz de eliminar dolores o aumentar un rendimiento de manera indefinida en el trabajo, por ejemplo, produciendo individualidades de manera ilimitada. Cada quien, con su objeto de satisfacción, ya sea para una mejor exploración de sí, para un mejor autocontrol de sí, para una mejor performance a lograr o para acceder derecho siempre reivindicado a un bienestar “pleno” donde ningún sufrimiento tenga lugar. Una sociedad de individuos y no un colectivo fundado en lazos, creencias e historias compartidas.

De lo que se trata entonces, ya sea con las drogas “legales” prescritas por un médico, o ya sea con drogas ilegales que son el resultado de circuitos de producción, comercialización y venta clandestinas, es de una evitación de todo “dolor” y del acceso al derecho al “bienestar”. Ahora bien, sabemos que estos dos términos son relativos, es decir, dependen de la particularidad de cada quien.

Lo tóxico y la droga

Hoy en día, como lo afirma Chassaing (2001), la experiencia del consumo de droga aparece ligada a lo que cada individuo podría ver o experimentar: “prueba y verás... esta originalidad que se reivindicaba ha devenido exclusión social en la decadencia, o bien la dosis necesaria para ‘avanzar’, sostenerse, arrancar el día o dormir la noche... o el día” (p. 15). O lo que se escucha a veces en el relato de algunos pacientes: “estaba colgado, en mi mambo, en la mía”, para decir que el individuo está en un mundo privado de pensamientos, emociones y sentires propios, incomunicados e incommunicables. La experiencia de la droga aparece cada vez más como puramente individual, fuera de palabra, no transmisible. Freud (1929) hace referencia al uso de estupefacientes y al peligro del corte con lo que él llama “el mundo exterior”: “bien se sabe que con la ayuda de los ‘quitapenas’ es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación” (p. 78). Es decir, cuando algo del consumo de drogas o de medicamentos hace el cortocircuito del lazo social con los otros y con ciertas pautas, ritos y ceremonias culturalmente establecidas en un contexto social. Dicho de otro modo: todo festejo está enmarcado en lo social, es decir, posee un límite dentro del cual ciertos usos de sustancias como el alcohol están permitidos y no generan problemas ni al consumidor ni a los que lo rodean. Límites en cuanto a la cantidad consumida, los efectos del consumo, el principio y el final de la celebración. Es decir, lo tóxico de la droga dependerá no solo de dicha sustancia, sino también de la relación del consumidor con la misma, con los otros y con el contexto social en el cual está inmerso. Lo tóxico aparece en cierto del uso de sustancias psicoactivas, que generalmente lo vemos

cuando escuchamos o leemos acerca del abuso, intoxicación, sobredosis; términos que son entonces en cierta medida relativos a cada quien y al contexto y situación de consumo, por lo cual lo tóxico no depende solo del tipo de sustancia, sino también del sujeto y la relación que este mantenga con la droga o la sustancia de su elección, con los otros de su entorno y con su medio cultural en general.

Acerca del “pharmakon” y su acción subjetiva

La palabra “pharmakon” viene del griego y significaba “chivo expiatorio”, al que se sacrificaba para purgar o expiar mediante ciertos ritos o ceremonias los excesos cometidos durante un cierto período. A su vez, la palabra pharmakos designó igualmente algo que a la vez puede ser remedio y veneno, lo que elimina el supuesto mal exterior y lo que causa el mal a la vez. Muchos autores hacen de esta propiedad ambivalente un rasgo posible de toda droga, pero cuyo efecto depende de cada sujeto y la relación con la droga de su elección. En términos generales, el pharmakon es confusión entre algo y su opuesto, es una cosa y lo contrario a esta a la vez: lo exterior y lo interior, remedio y veneno, lo que purifica y lo que intoxica, el día y la noche. El pharmakon, mediante su acción, hace anular las oposiciones y las diferencias que en muchos casos son constitutivas de la subjetividad ya que marcan ritmos temporales pautados por un contexto cultural determinado. Esta acción del pharmakon que hace confundir los contrarios, es una característica que puede tomar la relación del sujeto con la droga cuando ésta es remedio y veneno a la vez, cuando es algo externo para remediar algo interno, o cuando poco importa el momento para procurársela y consumirla.

Este vínculo es lo que permite dar cuenta de un montaje o fachada llamada “toxicomanía” –yendo más allá del nombre que puede ser adoptado por los profesionales, por el orden jurídico, la familia, e incluso por el paciente mismo para nominarse—. En muchos casos, el sujeto localiza la causa de sus males en el consumo de una o varias drogas, siendo el consumo, a la vez, algo que organiza su vida.

Por ello, la droga puede también implicar tal acción para el sujeto. La acción del pharmakon no es la droga, no es una sustancia (Le Poulichet, 1989, p. 62), sino que es un principio presente en toda droga y que cumple su acción en la medida en que el sujeto, de acuerdo con su historia y con su posición frente a esta, hace un uso tóxico de la misma para evadirse o anular permanentemente todo conflicto subjetivo y todo dolor engendrado por él mismo.

Cuando eso no funciona como antes: hacia una clínica de los desarreglos del pharmakon

A pesar de que en muchas y variadas oportunidades los consumos de drogas implican una solución para el sujeto por lo anteriormente expresado, en la clínica nos confrontamos con casos en los que esta solución feliz comienza a desfallecer, y a veces esto representa una oportunidad para intervenir y comenzar un proceso de reelaboración subjetiva inédito. Ahora bien, ¿qué quiere decir “desfallece”? ¿A qué nos referimos cuando hablamos de una posibilidad de “reelaboración”?

Acerca de los “fracasos” del pharmakon, de las sobredosis y de la posible elaboración de lo tóxico en la cura

Una de las reflexiones del presente artículo es que para que un terapeuta pueda intervenir –por la vía del discurso del mismo–, una de las condiciones necesarias es que debe comenzar a romperse algo de la relación “feliz” del sujeto con el producto o la droga de su elección. Esto se verifica, por ejemplo, con sujetos para quienes el consumo de una droga no aporta el mismo efecto que antes, siendo que esto no es consecuencia del denominado fenómeno fisiológico de “tolerancia” o el de “abstinencia” descrito en manuales de psiquiatría, sino que es consecuencia de otro orden de problemáticas; lo ilustraremos con una pequeña viñeta clínica a continuación.

“La droga ya no me pega como antes”, dice L. (L, comunicación personal, 05 de abril, 2016), preocupado porque en una ocasión, luego de haber consumido cocaína como era habitual en él, comenzó por primera vez a sentirse avergonzado de ello, pensando que debería estar ocupándose de su hija e intentar recomponer sus lazos familiares en lugar de estar consumiendo cocaína con sus amigos del barrio. Es gracias a esta preocupación y este anhelo de rearmar su familia y su lugar de padre, que L. decide realizar una consulta en un centro de atención ambulatoria para el tratamiento de las adicciones. Esta formulación equívoca de su anhelo da lugar a que con su terapeuta comiencen a interrogarse cuál sería la familia que habría que “reconstruir” y en qué consiste el lugar de padre para él respecto de su hija. Esto lo lleva a trabajar sobre cuestiones que conciernen su vínculo con su familia de origen y, particularmente, con su padre, de quien tiene una imagen muy desvalorizada y a quien considera alguien que no lo ha apreciado como hijo. Lo tóxico en este sujeto aparece entonces como otra forma distinta a los efectos de “veneno” de la cocaína, con la cual él no confrontaba ciertas cuestiones subjetivas relativas a la paternidad. Esta nueva forma de lo tóxico es susceptible de ser tratada en una psicoterapia en la medida en que el sujeto pueda descubrir y tomar una posición frente a los ideales familiares que se instituyeron para él y frente a los cuales siente que no está a la altura.

Ahora bien, debemos aclarar que no todo quiebre de la relación de un toxicómano con la droga implica una detención del consumo. Al respecto, dice la psicoanalista francesa Sylvie Le Poulichet (1989):

Si el circuito de la operación *pharmakon* puede mostrarse desfalleciente, es por razones distintas a la privación de un producto tóxico. La operación *pharmakon* puede fracasar incluso cuando un individuo continúa consumiendo sustancias tóxicas: es ese, a mi entender, el sentido de numerosas 'sobredosis'. Un tal fracaso supone que un cierto narcisismo no es 'conservado' por esta operación. Dicho de otro modo, el 'agujero' que provoca la angustia no es llenado por la 'sobre investidura narcisista de un órgano' (p. 49).

Más adelante en la misma obra, la autora remarca lo siguiente:

Es solamente cuando la operación *pharmakon* fracasa que reaparecen la angustia y ciertos síntomas relativos al modo según el cual un sujeto estructura su relación con los objetos. Es lo que muestra, también, la experiencia de las curas analíticas con pacientes toxicómanos: un paciente que entra realmente en el proceso de una cura analítica puede de repente encontrarse invadido por un cierto número de síntomas –que a veces existían antes de la adicción– a medida que el *montaje* de toxicomanía se disuelve (Le Poulichet, 1989, p. 99).

Relevemos entonces la importancia de varios elementos en juego en las citas precedentes: la angustia, los síntomas, y el narcisismo. Hay modificaciones que se verifican en relación con estos tres órdenes o registros ligados entre sí. La angustia, cuando es masiva, puede ser un obstáculo para una psicoterapia². No obstante, cuando está bien situada o localizada, puede empujar al sujeto hacia rumbos inéditos en su vida y a hacer cosas que nunca hizo o tenía postergadas hace tiempo. Por ejemplo, separarse de un vínculo de dependencia con la familia y/o con el partenaire, comenzar un nuevo tipo de vínculo amoroso, o iniciar un proyecto laboral. Algo similar ocurre con la vergüenza cuando no es invasiva y el sujeto puede hacer un buen uso. En este caso, la vergüenza puede empujar al sujeto a hacer cosas o a detener ciertos consumos problemáticos fundamentalmente cuando se trata de la vergüenza respecto de las condiciones de consumo de la droga y la experiencia que dicho tipo de consumo implica para el sujeto. Aclaremos que la vergüenza es efecto de un desvelamiento de algo que debía mantenerse oculto para que un cierto narcisismo –investidura libidinal del de la instancia psíquica denominada "Yo" desde un enfoque psicoanalítico– se conserve y para evitar todo conflicto del sujeto consigo mismo, conflicto del cual un síntoma puede ser producto.

Acerca de la angustia, la vergüenza y las situaciones de sus emergencias como oportunidades para una psicoterapia

La hipótesis de la que partiremos es que la angustia es un afecto, es energía y un potencial de transformación. Si la eliminásemos, quitaríamos dichas posibilidades de transformación. La angustia implica una certeza. Es decir, cuando alguien está angustiado no lo puede disimular, se escucha en su manera de hablar, en el tono

² Una forma de tóxico sin localización posible.

de su voz, por ejemplo. Es, como lo afirma Lacan (1962/1963), la experiencia subjetiva de no saber muy bien qué quiere el otro de nosotros, aunque tengamos la certeza de que algo quiere. Es decir, qué objeto enigmático somos para los otros a quienes apreciamos o queremos. Dicho de otra manera: cuando la seguridad o la garantía que teníamos de ocupar tal o cual lugar en su deseo vacilan, allí comienza a emerger la angustia y las diferentes respuestas del sujeto frente a esta. La certitud que teníamos respecto de nuestra identidad y nuestro mundo son puestas en cuestión. Ya no nos reconocemos en las imágenes y en las referencias que tenemos de nosotros mismos. La imagen que el otro nos devuelve de nosotros no es la misma.

La droga, en tanto que objeto de adicción, supone un montaje –un montaje llamado toxicomanía– que implica una identidad, un mundo y una “temporalidad” propios (Giulia Sissa, 1997/1998, p. 21). Si dicho montaje vacila o es puesto en cuestión, la angustia puede emerger, y con esta el potencial de transformación que le es propio, en la medida en que el sujeto que la padece y el dispositivo terapéutico propuesto lo permiten. Transformación de la realidad y de la identidad, elaboración de las pérdidas, y puesta en juego de una nueva temporalidad. Es decir, por un lado, un antes y un después se instalan para alguien, y esto puede escucharse en la manera que posee el sujeto de decir las cosas y contar su trayectoria de vida³; por otro lado, el mundo de la persona no va a estar regulado por la procuración y el consumo de la droga, sino que aparecen otros problemas que van más allá de ellos y que toman al sujeto. Para decirlo de otro modo, si él no es el “toxicómano” o el “adicto” que creía ser para los otros, o si no es solamente eso: ¿quién es?

Una viñeta clínica nos permitirá aclarar aquello a lo que hacemos referencia: luego de su última internación en una clínica psiquiátrica, y bajo la indicación de la psiquiatra tratante, S. llega a la consulta. Afirma que se siente solo y angustiado últimamente, desde que su mujer –a quien llamaremos R.– (S, comunicación personal, 03 de marzo 2016) lo echó de la casa donde vivían, dado que no soportó más sus recaídas en el consumo excesivo de alcohol y de otras drogas, así como tampoco el hecho de que su hija de 15 años lo viera ebrio cuando llegaba a la casa. R. le dice que no sabe si quiere volver estar junto a él y que necesita un tiempo para pensar en ello. Entretanto, en esta espera, S. se encuentra angustiado ya que jamás pensó que R. tomaría dicha decisión, y debido a que no toleraría que su mujer pudiese estar con otra persona que no sea él. Él la llama casi todos los días para saber su respuesta definitiva, hasta que ella se siente fastidiada de dichos llamados y le pide no volver a llamar porque sería ella quien lo llamaría. Durante varias entrevistas, S. llora sin poder parar, sin decir nada más que la separación es algo que no podría tolerar, y al mismo tiempo avergonzado de tener que vivir donde los padres y que ellos se preocupen por su estado que él caracteriza de “depresivo”. De hecho, el padre lo acompaña a varias de las entrevistas. Él los describe como personas que siempre han estado a su lado y que nunca lo han dejado solo, apoyándolo de manera incondicional. En un momento, el terapeuta le pregunta hasta cuándo vivirá pendiente de la decisión de su mujer, y si quiere continuar de ese modo, llorando en la casa de

³ No por azar utilizamos el término “trayectoria”: un trayecto que a su vez constituye una historia contada desde el presente en el marco de un dispositivo terapéutico que le da un lugar, una escucha y un tratamiento privilegiado a la posición del sujeto frente a los otros por los quienes él es hablado.

sus padres y debiendo esconder su angustia –lo que de hecho le resultaba imposible–. S. comienza a sentirse avergonzado de esta situación en la cual está y en la cual ha vivido prácticamente toda su vida. Durante la entrevista siguiente, S. cuenta que ha hablado con su mujer para decirle que ella podía hacer lo que deseara con su vida, ya que él estaba cansado de estar dependiente de lo que esperaba ella y, más generalmente, los otros. Frente a esta decisión, ella responde preguntando si él estaba saliendo con otra mujer. Este interrogante y este interés renovado dirigido hacia él lo saca de la angustia. Varios cambios se verifican a continuación: a nivel del trabajo le es ofrecido un ascenso que él acepta –debido a ciertas dificultades a nivel de su cuerpo que le estaban aquejando desde un tiempo atrás por la sobrecarga física que implicaba el puesto anterior– sabiendo que poseerá más responsabilidades; comienza a venir acompañado por su hija a las consultas en lugar de venir con su padre; comienza a hacerse cargo de numerosas deudas que había contraído. Por supuesto, a partir de estas decisiones, otras preocupaciones comienzan a emerger, pero ya no se tratará de su consumo problemático de sustancias.

Este pequeño fragmento de un caso clínico nos permite ver cómo una situación de angustia puede representar una oportunidad para una intervención terapéutica y un paso hacia un nuevo capítulo de la vida de alguien, que puede enlazar al sujeto a los otros y a su cuerpo de una nueva manera, dando cuenta de un antes y un después, una nueva temporalidad.

Por otro lado, la vergüenza es también un afecto. Implica un desvelamiento y la denuncia de una impostura. Los otros ven eso que se supone tendría que haber permanecido oculto o velado así como también la intencionalidad del sujeto de querer ocultarlo y fracasar en dicho intento. En algunas toxicomanías vemos que el sujeto retrocede, avergonzado, frente a su particular manera de satisfacerse a través del consumo de la sustancia, es decir, frente a las condiciones bajo las cuales el sujeto la consume y aquello a lo cual lo lleva el consumo (una satisfacción repetitiva y solitaria cuya sede es el cuerpo). Esto lo lleva en varios casos a consultar a un especialista, dado que comienza a ver aquello que cae fuera de su control dentro de su vida. Jacques Lacan (1962) nos dice que morir de vergüenza es un afecto raramente obtenido si bien es excepcional y raro, a veces se produce.

Tanto la vergüenza como la angustia son afectos que, en la medida en que irrumpen, pueden indicar puntos de viraje decisivos que pueden tener lugar tanto en el tratamiento, como en la vida de un toxicómano. Momentos que marcan un antes y un después, que no se producen sino es a partir del lazo con otro o una intervención de él, y que propicia oportunidades inéditas de intervención psicoterapéutica para que a veces un nuevo capítulo en la historia del sujeto se inaugure, al mismo tiempo que una reescritura del pasado –après-coup–. Sin embargo, el tratamiento de estos afectos tiene un tiempo subjetivo que no podemos predecir y que es a determinar en cada caso: *no existen fórmulas* en este punto.

Podemos decir que estos afectos son consecuencia de un reencuentro más o menos fortuito en la vida de un sujeto, tal como Freud (1912) lo proponía como hipótesis cada vez que encontraba frente a un síntoma neurótico de un paciente: “[disposición y azar] determinan el destino de un ser humano; rara vez, quizás nunca, lo hace uno solo de esos poderes” (p. 97). Reencuentro entonces entre lo potencial y el azar, entre algo de sí mismo que no terminaba de hacerse evidente en para cada quien, y un hecho fortuito que lo desvela, entre algo que estaba dormido o en latencia y algo que lo despierta. Reactivación de una dinámica que podríamos –¿por qué no? – pensar como una dinámica que podría dirigirse hacia una salida de las toxicomanías, en la medida en que lo tóxico de la droga pueda tratarse en el lazo con otro que intervenga escuchando al sujeto y su particular posición frente a su sufrimiento. Esto, obviamente, requiere de un tiempo que, como se dijo, no se puede predecir, ya que depende del consentimiento de cada quien a ser tratado.

Toxicomanías bajo “control” y toxicomanías bajo cuestión

Robert Castel (1998), en su obra “Las salidas de las toxicomanías. Tipos, trayectorias y tonalidades”, refiere ciertos casos de personas que han sido dependientes del consumo de sustancias psicoactivas, que han puesto su vida en peligro varias veces, y que han decidido frenar el consumo o empezar a controlarlo. Esto, sin necesidad de pasar por una institución especializada y sin la intervención de profesionales en el asunto. Por otro lado, en su artículo sobre “Los controles de la toxicomanía”, el mismo autor (Castel, 1991/2004) ya había hablado acerca de ciertos consumidores de drogas que controlan su consumo y que no llegan a exponerse a ningún tipo de riesgo mortal, sobredosis, o incluso riesgo –más bien subjetivo– de ser vistos o juzgados por otros por el hecho de ser consumidores de drogas: sujetos que, si bien son consumidores de una cierta droga, estarían perfectamente “integrados” al contexto social en el que viven, no manejándose en el circuito ilegal de la delincuencia, contando con un trabajo legal y estable por ejemplo, y a veces una familia. Ahora bien: ¿es sólo la adaptación a ciertas convenciones sociales y/o códigos de ciertos grupos lo que nos interesa como profesionales de la salud? Alguien puede estar perfectamente integrado, pero sufrir de un síntoma psíquico o de una angustia en la cual aún no se ha tomado el tiempo de detenerse para poder hablarlo con un profesional –o no necesariamente–. En este sentido, podríamos pensar que cuando alguien toma la iniciativa de consultar por problemas o preocupaciones que van más allá del objeto “droga”, y que están ligadas a la angustia y a la vergüenza como signos del conflicto psíquico, algo de “la toxicomanía” ha comenzado a ponerse en cuestión, y algo de la satisfacción obtenida en el consumo ha comenzado a trastabillar. Esto indica que más que toxicomanías, lo que verificamos en algunos casos son ciertas toxicomanías que ya no funcionan o que dejan de funcionar como antes: sujetos avergonzados o angustiados que deciden acudir a otra persona porque un saber sobre la satisfacción que aporta una determinada droga se muestra ineficaz, inútil o sin el mismo sentido que antes. Es tal vez allí donde hay una oportunidad para intervenir, a fin de que un cambio o una cierta elaboración subjetiva de lo tóxico se produzca y que el sujeto entre en conexión con el deseo que le concierne y con el

cual está en conflicto; esto, claro, en la medida en que cada paciente lo consienta. Con lo cual lo que conviene trabajar en lo posible es la relación del sujeto con el deseo y los ideales que lo habitan, no su adaptación a una norma social.

Conflicto de intereses

El autor declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

- Castel, R. (1991). Los controles de la toxicomanía. En A. Ehrenberg (Ed.), *Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes y medicamentos psicotrópicos* (Viviana Ackerman, trad.), (pp. 221-239). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Castel, R. (1998). *Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires et tonalités* [Las salidas de la toxicomanía. Tipos, trayectorias y tonalidades]. Fribourg: Editions Universitaires Fribourg Suisse.
- Chassaing, J. C. (2001). *Drogue et langage. Du corps et du langage* [Droga y lenguaje. Del cuerpo y de la lengua]. Toulouse: Erès.
- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas 2*. Madrid: Alianza Editorial.
- Escohotado, A. (1996). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Freud, S. (1929). *El malestar en la cultura* (Tomo XXI). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia* (Tomo XII). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (1962-1963). *Le séminaire. Livre X: L'angoisse* [El seminario de Jacques Lacan, libro X: La angustia]. Paris: Seuil.

Le Poulichet, S. (1989). *Toxicomanies et psychanalyse. Les narcoses du désir. [Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo]*. Paris: Presses Universitaires Françaises (PUF).

Naparstek, F. (2004). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama.

Sissa, G. (1998). *El placer y el mal. Filosofía de la droga* (María Cecilia González, trad.). Buenos Aires: Manantial.



Guía para Autores

Políticas editoriales

Enfoque

La revista *Drugs and Addictive Behavior* es una publicación digital 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.

Nivel académico de los autores

La revista recibe contribuciones de autores con nivel académico de especialización, maestría, doctorado y posdoctorado, o de estudiantes de último nivel de pregrado o posgrado asesorados por un tutor que cuente con alguno de los niveles mencionados.

Tipos de artículos que se reciben

Drugs and Addictive Behavior recibe los siguientes tipos de artículos descritos en el documento Guía: Servicio Permanente de Indexación de Revistas de Ciencia, Tecnología e Innovación Colombianas (Departamento Administrativo de Ciencia, 2010):

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.

Manual para la presentación de artículos

Es importante que los autores se ciñan a las indicaciones del presente manual para la aceptación inicial de sus contribuciones, pues la primera selección de los artículos obedece al seguimiento del formato, las directrices y políticas editoriales de la revista *Drugs and Addictive Behavior*.

Formato general del trabajo

Las márgenes utilizadas serán de 3 cm. En todos los lados: superior, inferior, derecha e izquierda de cada página.

- Artículos inéditos digitados en Word
- Letra Arial, tamaño 12 puntos.
- Texto en interlineado a 1,5 líneas, justificado, excepto en tablas y figuras que serán en espacio sencillo.
- Las tablas no tienen líneas separando las celdas y deben estar identificadas con su respectivo título y fuente. Proceder igual con las figuras.
- Extensión mínima de 9 páginas y máxima de 35.
- Se debe escribir con correcta ortografía y gramática

Formato para la presentación de los artículos

- Título en español e inglés. 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.
- Nota del autor, 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, grupo de investigación, en caso de que pertenezca a uno, correo electrónico y ORCID. Se define autor(es) como la(s) persona(s) responsable(s) directamente de la redacción del contenido.
- Resumen analítico en español e inglés con extensión máxima de 300 palabras en el que se describa la idea central, los objetivos, conclusiones y, en caso de ser un artículo de investigación científica, la metodología. 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.
- 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.
- 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.

Estructura de las citas y referencias¹

1. Sobre el manejo de citas

El material citado directamente de otra fuente, que se reproduce al pie de la letra o se parafrasea, debe llevar siempre la cita respectiva.

- Cuando la cita sea de menos de 40 palabras colóquela a renglón seguido en el texto y entre comillas, incluya inmediatamente la fuente entre paréntesis (Apellido del autor, año, página).
- Si la cita comprende más de 40 palabras, escríbala en un renglón independiente del texto, sin comillas y aumente la sangría (aleje el párrafo del margen para que pueda diferenciarse), posteriormente realice la citación.
- La abreviatura et al. se utiliza para indicar que un trabajo es de varios autores; su significado en español es “y otros”.

Casos:

- Cuando un trabajo tenga tres y hasta cinco autores, incluya el apellido de todos en la primera cita; en las siguientes, escriba solo el apellido del primero seguido de la abreviatura et al.

En la referencia escriba los apellidos y las iniciales del nombre de cada uno de los autores y los demás elementos que hacen una referencia completa.

- Cuando un trabajo tenga seis o más autores, cite el apellido del primero seguido de la abreviatura et al.

En la referencia incluya apellidos e iniciales del nombre de hasta siete autores. Cuando el número de autores sea de ocho o más, escriba los apellidos y las iniciales del nombre de los seis primeros, después añada puntos suspensivos, agregue los apellidos y las iniciales del nombre del último autor y los demás elementos que hacen una referencia completa.

¹ Esta sección está tomada de la Cápsula APA, publicación del Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó que, como herramienta académica, tiene por propósito ejemplificar y clarificar el uso de esta norma en los trabajos escritos por investigadores, docentes, administrativos y estudiantes. Esta iniciativa surge de las falencias encontradas, durante las revisiones preliminares, en la citación y referenciación de fuentes en artículos, ponencias y libros institucionales. Las cápsulas están escritas en conformidad con lo establecido en American Psychological Association. (2010). Manual de publicaciones de la American Psychological Association. [Sexta versión]. México: Editorial El Manual Moderno.

2. Sobre citación y referencia de libros

- Las citas de libros están integradas por los siguientes elementos:
- (Apellidos del autor, año, página).

Ejemplo: (Granada Giraldo, 2014, p. 12).

- Las referencias de libros se componen de:

Apellidos del autor, inicial del primer nombre. Inicial del segundo nombre. (Año). Título del libro. Lugar: Editorial.

Ejemplo: Granada Giraldo, F. J. (2014). Amo lo que soy amo lo que hago. Medellín: Funlam.

- Si la cita es tomada de un capítulo de libro o de un libro de consulta, la cita conserva su estructura, pero la referencia debe agregarse del siguiente modo:

Publicación seriada impresa: Autor, A. A., & Autor, B. B. (año). Título del capítulo o entrada. En A. Editor, B. Editor & C. Editor (Eds.), Título del libro (Vol. #, pp. #-#). Lugar: Editorial.

Publicación seriada digital: Autor, A. A., & Autor, B. B. (año). Título del capítulo o entrada. En A. Editor & B. Editor (Eds.), Título del libro (Vol. #, pp. #-#). Recuperado de <http://www.dirrecciónurl>

Capítulo de libro impreso:

Título de entrada. (año). En A. Editor (ed.), Título del libro de consulta (Vol. #, pp. #-#). Lugar: Editorial.

Título de entrada. (año), En Título del libro de consulta (Vol. #, pp. #-#). Lugar: Editorial.

Capítulo de libro digital:

Título de entrada. (año). En A. Editor (ed.), Título del libro de consulta (Vol. #). Recuperado de <http://www.dirrecciónurl>

Título de entrada. (año). En Título del libro de consulta (Vol. #). Recuperado de <http://www.dirrecciónurl>

3. Sobre cita de cita

La citación de fuentes secundarias, o la cita de cita debe emplearse con moderación; en caso de que el trabajo original ya no se imprima o no sea posible su localización.

- Cite las fuentes secundarias de acuerdo con la siguiente estructura:
- Nombre de la publicación original (como se citó en apellido del autor de la fuente secundaria, año, página).
- Referencie las fuentes secundarias de acuerdo con la siguiente estructura:

Apellidos del autor, inicial del primer nombre. Inicial del segundo nombre. (año). Título del trabajo. Lugar: Editorial.

En la lista de referencias no se incluye el trabajo original, por ser una fuente secundaria usted debe referenciar el trabajo que leyó.

Al tomar citas de obras clásicas en su texto que tenga en cuenta:

- Las obras clásicas importantes (como la Biblia, las obras griegas y romanas) no requieren entrada en la lista de referencias, es decir basta con citarlas en el texto.
- Cuando conozca la fecha original de la publicación inclúyala en la cita.
- Identifique en la primera cita del texto la versión de la obra clásica que utilizó.
- En vez de las páginas, cuando se refiera a una parte o fragmento específico de la fuente proporcione el libro, capítulo, versículo o canto, ya que estas fuentes se numeran de la misma forma en todas las ediciones.
- Si tiene dudas con la fecha de publicación, cite el año de la traducción que utilizó precedido por la abreviatura trad., o en su defecto el año de la versión que usó, seguido por versión.
- Las citas de La Biblia se realizan siguiendo la estructura: (Nombre del libro seguido del número del capítulo, dos puntos, luego el número de versos o versículos y la traducción de La Biblia que cita). Así: (Mateo 13: 1-9 Santa Biblia).

Ejemplos:

- - (Platón, trad. en 1989).
- - William Shakespeare (2007 versión).
- - Génesis 1:28-31 (Biblia de Jerusalén).

Las referencias en la lista de referencias se ordenan de acuerdo con las siguientes directrices de la APA:

- Alfabetización de nombres:

Las entradas deben aparecer en orden alfabético por el apellido del primer autor, seguido de las iniciales del nombre.

- Trabajos con el mismo primer autor:

Cuando deban incluir en las referencias varios trabajos del mismo autor, anote el apellido y las iniciales del nombre de este; y aplique las siguientes reglas:

- Ordene los trabajos de un solo autor por el año de publicación empezando por el más antiguo.
- Las referencias de un solo autor preceden a las de autor múltiple, independiente de cual sea su fecha de publicación.
- Las referencias con el mismo primer autor y segundo o tercer autor diferente se ordenan alfabéticamente por el apellido del segundo. En caso de que el primero y el segundo sean los mismos, se ordenará por el apellido del tercero, y así sucesivamente.
- Las referencias que posean los mismos autores se ordenan por el año de publicación con el más antiguo el primer lugar.
- Las referencias con el mismo autor o autores y el mismo año de publicación se ordenan por el título del libro, artículo, etc. (excluyendo los artículos: un, una, el, la, etc.).

Si se logra identificar que son artículos en una serie, la referencia debe organizarse en el orden de la serie y no alfabéticamente por el título.

- Trabajos de diferentes primeros autores con el mismo apellido:

Este tipo de trabajos se ordenan alfabéticamente por la primera inicial del nombre de cada uno.

- Trabajos de autores corporativos o sin autor:

Alfabetice los autores corporativos a partir de la primera palabra significativa del nombre teniendo en cuenta que una entidad principal precede a una subdivisión. Utilice los nombres oficiales y completos.

Si no hay autor, la referencia se ordena por el título de la publicación (que pasa a ocupar la posición del autor).

Notas:

- Con el fin de diferenciar publicaciones editadas por el mismo autor o autores y con el mismo año, se utilizan las letras a, b, c (ubicadas después del año) en minúsculas.
- Si el trabajo tiene un autor "Anónimo" la referencia se alfabetiza como si anónimo fuera un nombre real.
- Los materiales legales deben manejarse como referencias sin autor, así su alfabetización empezará por el primer elemento significativo de la entrada.

Aval del Comité de ética

Con el fin de evidenciar que se cuenta con los permisos necesarios de las personas naturales y jurídicas implicadas en los textos, cada artículo de investigación que se envíe a la revista deberá contar con el aval del Comité de ética del consentimiento y asentimiento informado de la investigación, así, se solicita a los autores adjuntar una copia del mismo al momento de remitir su contribución.

Información para el envío de artículos

La contribución debe enviarse únicamente mediante el OJS: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB> o al siguiente correo electrónico: drugsaddictivebeh@funlam.edu.co

Políticas y ética de la publicación

Propiedad intelectual

Derechos patrimoniales

La revista y los textos individuales que en esta se divulgan están protegidos por las leyes de copyright y por los términos y condiciones de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivar 4.0 Internacional. © 2017 Universidad Católica Luis Amigó.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden encontrarse en <http://www.funlam.edu.co/modules/fondoeditorial/>

Derechos de autor

El autor o autores pueden tener derechos adicionales en sus artículos según lo establecido en su acuerdo con el editor: Los autores son moral y legalmente responsables del contenido de sus artículos, así como del respeto a los derechos de autor. Por lo tanto, éstos no comprometen en ningún sentido a la Universidad Católica Luis Amigó.

Política de publicaciones

Recepción de contribuciones

- Los textos propuestos se remiten mediante el Open Journal Systems (OJS), software de administración y publicación de revistas que permite el seguimiento a los documentos en sus distintas etapas. Los envíos en línea requieren de usuario y contraseña, que pueden solicitarse en <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/about/submissions#onlineSubmissions>. No se recibirán artículos impresos. Las consultas para la remisión pueden enviarse al correo electrónico de la revista (drugsaddictivebeh@amigo.edu.co).
- El autor debe dirigir una carta al Director de la revista *Drugs and Addictive Behavior* (drugsaddictivebeh@amigo.edu.co) en la que declare que el trabajo es: original, inédito, no está siendo evaluado simultáneamente en otra revista y en la que se comprometa a no retirar el artículo luego de la evaluación de pares, si esta determina la viabilidad de la publicación, bien sea en el estado actual del artículo o con modificaciones.
- La dirección de *Drugs and Addictive Behavior* dará respuesta en un máximo de tres (3) días acerca de la recepción de la contribución.
- El autor debe diligenciar la manifestación de cesión de derechos patrimoniales y declaración de conflictos de intereses (suministrado por la dirección de la revista), con lo cual cede todos los derechos del artículo a la revista *Drugs and Addictive Behavior*.
- No se recibirán versiones parciales del texto, es decir, aquellas que no estén estructuralmente ajustadas al tipo de artículo.

- Una vez enviado el artículo, se entiende que el autor autoriza la publicación de los datos personales relacionados en la nota de autor.
- La recepción de artículos no obliga a *Drugs and Addictive Behavior* a publicarlos.
- Los autores son los responsables directos de las ideas, juicios y opiniones expuestos en los artículos; de tal manera que el contenido no compromete el pensamiento del Comité Editorial ni de la Institución.

Proceso de evaluación

- *Evaluación temática, de estructura y normas de citación:* se evalúa si el escrito es pertinente con los ejes temáticos de la revista y si cumple los criterios que se describen en la guía de autores. En caso que no responda a la temática de la publicación, se regresa al autor; si la presentación formal o de fondo debe mejorarse, se le solicita realizar las correcciones y hacer un nuevo envío en un tiempo ajustado al cronograma de edición; si el artículo cumple con las condiciones mencionadas, se dará paso a la segunda etapa del proceso de evaluación.
- *Análisis de similitud con otras publicaciones:* con el propósito de identificar si los artículos son originales e inéditos y de evitar posibles copias y plagios, se utiliza tecnología profesional para comparar los manuscritos con otros ya divulgados por distintos medios digitales, incluso, con las publicaciones académicas participantes de Crossref. El sistema tecnológico genera un reporte e índice de similitud; si este último es superior al 25%, el artículo es descartado; si por el contrario el índice es hasta del 25%, el artículo continúa en la tercera etapa del proceso. A partir del reporte se identifican errores en el manejo de las citas y referencias, adecuado uso de las fuentes primarias y credibilidad de la información.
- *Evaluación por pares:* los artículos se someten a evaluación por pares bajo la modalidad de doble ciego, es decir, que es confidencial la información de los autores para los dictaminadores, y viceversa; a esto se agrega que entre estos últimos no se dan a conocer datos personales ni los conceptos evaluativos. Una vez iniciada la evaluación del artículo, los autores se comprometen a no retirarlo hasta la finalización del proceso.
- *Selección de evaluadores:* la revista cuenta con una base de datos de académicos investigadores, nacionales e internacionales, con experiencia en en los temas del consumo de sustancias psicoactivas y de las adicciones en campos como la psicología, la pedagogía, el trabajo social, la medicina y otras áreas. Para cada artículo se asignan dos evaluadores que cumplan con: poseer un nivel académico igual o superior al de los autores; no pertenecer al comité editorial o al científico de la revista ni a la Universidad Católica Luis Amigó; si es colombiano, debe estar reconocido por Colciencias, en caso contrario, tener título de posgrado o un índice H5 mayor a 2.

- *Revisión de los artículos:* la dirección de la revista entrega a los árbitros el artículo acompañado de la guía para autores y de un formulario de evaluación en el que se abordan los siguientes elementos formales y temáticos:

Pertinencia del artículo de acuerdo con los intereses de la revista

Correspondencia del título con el tema

Vigencia del tema

Utilización de términos y conceptos según la disciplina

Pertinencia de gráficas, tablas y figuras

Utilización adecuada de las citas y referencias

Actualidad de las referencias

Novedad del trabajo

Rigor teórico-metodológico

Coherencia del texto

Veredicto: el formato se cierra con tres alternativas de dictamen: 1. “Se publica sin modificaciones”; 2. “Se publica con correcciones”; 3. “No se publica”. Si ambos dictaminadores consideran que el artículo “no se publica”, la dirección de la revista comunica la decisión al autor y envía, como soporte, el resultado de las evaluaciones entregado por los árbitros. Si ambos evaluadores coinciden en que el artículo “se publica sin modificaciones”, se informa al autor la decisión y se remite el artículo a la fase de edición. Si un evaluador considera que el artículo debe publicarse sin modificaciones y otro indica que “se publica con correcciones”, se informa al autor acerca de los cambios que debe implementar y la fecha en que debe hacer llegar el documento con las correcciones solicitadas. Si uno de los dos califica el texto como “no publicable”, mientras el otro lo favorece, la dirección de la revista nombrará un tercer árbitro (manteniendo la modalidad “doble ciego”) para dirimir la controversia. Una vez recibida la tercera evaluación, se comunicará al autor el dictamen.

Publicación y divulgación

- La revista completa y los textos individuales se publican en formatos PDF y HTML. A cada contribución se le asigna un identificador persistente de recursos (DOI), que facilita su localización en internet.
- Una vez se aprueba la inclusión de los textos en la revista, se genera la publicación anticipada, con el propósito de responder a las necesidades de vigencia del contenido y a los requerimientos de los autores y del medio. Esta edición provisional contiene la última versión enviada por los autores, sin que aún se haya realizado la corrección de estilo, la traducción ni la diagramación.

- *Drugs and Addictive Behavior* utiliza, entre otros medios, las redes sociales y académicas para la divulgación de su contenido.

Ética y buenas prácticas de la publicación

Drugs and Addictive Behavior es una revista de acceso abierto que se adhiere a los procedimientos dictados por el Committee on Publication Ethics (COPE), términos que podrán ser consultados en www.publicationethics.org. Se gestiona además bajo los siguientes principios:

Causales de rechazo

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.
- Que el contenido de los textos no tenga un nivel de originalidad igual o superior al 75%.
- La existencia de conflictos de interés.
- El incumplimiento de las directrices para los autores.
- Escritura en términos obscenos, abusivos, difamatorios, injuriosos o que de cualquier modo vayan en contravía de la dignidad humana o del buen nombre de una persona natural o jurídica.
- La detección de datos recogidos sin los permisos necesarios de las personas naturales o jurídicas en estos implicadas.

Los autores

- Las decisiones editoriales se informarán a los autores de manera oportuna, en términos respetuosos y procurando el mutuo aprendizaje.
- Cada etapa del proceso editorial y la publicación será notificada a los autores, quienes en uso de sus derechos podrán hacer y solicitar cambios al texto hasta la antes de ser informados de la disposición pública del material diseñado.
- El articulista se comprometerá a respetar las leyes nacionales e internacionales de Derechos de Autor y de Protección a menores.

- En caso de duda o disputa de autoría y coautoría se suspenderá el proceso de edición y la publicación del texto hasta que sea resuelto.
- Los datos académicos o personales adicionales a los solicitados en la nota de autor, se usarán únicamente para la inclusión de la revista en Sistemas de Indexación y Resumen.

Equipos colaboradores

En virtud de la transparencia en los procesos:

- Los comités velarán por la calidad académica de la revista; por tanto, sus opiniones son consultadas periódicamente y estarán al tanto de la disposición en línea de la revista final.
- El Editor, los comités y los evaluadores tendrán libertad para emitir su opinión sobre la viabilidad de publicación del artículo.
- El Editor-Director de la revista no revelará a los evaluadores los nombres de los autores, y viceversa, mientras se cumpla el proceso de edición y revisión de los textos.
- En ningún caso, la dirección de la revista exigirá al autor la citación de la misma ni publicará artículos con conflicto de intereses.
- Los evaluadores declaran la inexistencia de conflictos de interés; es decir, que su concepto no está sesgado por ningún tipo de conveniencia: financiera, laboral, profesional, personal o cualquier otra de la que pueda desprenderse un juicio no objetivo sobre el texto.

Cobros y pagos a colaboradores

- La revista no cobra a los autores por ninguna actividad del proceso editorial ni por la publicación.
- No se generan retribuciones económicas a los autores que contribuyen a la revista ni a los miembros de los comités.
- Todos los costos de producción editorial, publicación y divulgación son asumidos por la Universidad Católica Luis Amigó.

Reclamaciones

- 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 Universidad Católica Luis Amigó no es responsable de lo que estas pudieran generar.

- Toda reclamación se recibirá por escrito mediante correo electrónico (drugsaddictivebeh@amigo.edu.co). El plazo máximo de respuesta será de cinco días hábiles a partir de la recepción de la disconformidad.

Declaración de privacidad

Los nombres y direcciones de correo-e introducidos en *Drugs and Addictive Behavior* se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.



Guidelines for Authors



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.

Academic level of the authors

The journal accepts contributions of authors with an academic level of Specialization, Master, Doctorate and Postdoctoral or from students in the last levels of professional degree or postgraduate evaluated for a tutor that who meets with the levels referred before.

Rules for the submission of articles

Article Structure

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

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

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

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

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

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

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

Types of articles

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

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

Publications policy

- The author should send the filled out manifestation of the transfer of property rights and the disclosure of conflicts of interest for the journal. This document shall be provided by the Editor and indicates the originality of the article, which has not been previously published and is not simultaneously postulated in another academic journal.

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

Publication ethics

- The Editorial Committee, by virtue of the transparency in the editorial process, will ensure that the academic quality of the journal is upheld.
- Considered grounds for rejection: plagiarism and self-plagiarism, adulteration, invention or falsification of data of the content and the author, or that the article is not original or unpublished.
- The editor will verify the relevance of the article, in accordance with the policies of the journal and supported by the Turnitin's Originality Check, software that detects mistakes in the use of quotations, possible copies and plagiarisms. If deemed feasible, the editor shall refer the article to the reviewers; otherwise he/she will report the findings to the author and discard it. Articles must have a minimum level of originality of 75%.

- The directors of the journal will, under no circumstances, require the author to quote the journal, nor will they publish articles with conflicts of interest.
- If, once the article is published: 1) the publisher discovers plagiarism, forgery, falsification or invention of data content, or false information concerning the author; misstatements that threaten the quality or the scientific rigorousness of the journal, he/she, may request the article's removal or correction. 2) A third party detects the error, it is the obligation of the author to recant immediately and proceed with the withdrawal or public correction of said article.
- The views expressed in the articles are attributable exclusively to the authors; and as such, the institution is not responsible for any impact these may have.

Peer review process

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

For the evaluation, the referees should keep in mind:

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

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

Open access policy

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

La contribución debe enviarse únicamente mediante el OJS:

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

drugsaddictivebeh@amigo.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.ucatolicaluissamigo.edu.co