



Presentación
Presentation

Editorial

En la era hegemónica del cuerpo, una pausa para comprender el trastorno dismórfico corporal
In the hegemonic era of the body, a pause to understand corporal dysmorphic disorder
Dubis Marcela Rincón Barreto

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
RESEARCH PAPERS

Permisividad parental y diferencias de género en el consumo de alcohol en escolares
Parental permissiveness and gender differences in alcohol consumption in schoolchildren
Efrén Martínez, Orlando Scopetta, Andrés Martín

Actitudes, creencias y estigma atribuidos por profesionales de la salud a dependientes de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática
Attitudes, beliefs and stigma attributed by health professionals to dependents of psychoactive substances: a systematic review
Vitor Leite Ferreira, María Elena Iturriaga Goroso, Telmo Mota Ronzani

Conductas adictivas al juego Fortnite: evidencias experimentales de ejercicios de relajación en escolares
Fortnite game-addictive behaviors: experimental evidence of relaxation exercises in schoolchildren
Jhon Holguin-Alvarez, Pool Andrade Paredes

Diversidad funcional: amor, sexualidad y adicciones
Functional diversity: love, sexuality and addictions
Juan Ricardo Ramírez Ramírez

Relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia filio-parental en adolescentes
Relationship between the use of psychoactive substances and filial-parental violence in adolescents
Viviana Carmenza Ávila-Navarrete, Yamile León-Catachunga, Carlos Andrés Gutiérrez-Tamayo

Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en el habitante de calle
Causes and consequences of psychoactive substance use in the street dwellers
Yojan Adrián Correa Álvarez

Estrategias implementadas en programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas
Strategies implemented in psychoactive substance prevention programmes
Lina María Pareja Hincapié, Katherine Mejía López

ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA
THEORETICAL REVIEW

El consentimiento informado en psiquiatría: fundamentación operativa y aspectos legales en Colombia
Informed consent in psychiatry: operational foundation and legal aspects in Colombia
Juan Evangelista Tercero Gaitán Buitrago

La reducción de riesgos y daños vs. el régimen internacional de control de drogas (1990-2017)
The reduction of risks and damages vs. The international drug control regime (1990-2017)
Enrique Andrés Peña Barona

©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

Drugs and Addictive Behavior

Vol. 4, No. 2, julio-diciembre de 2019

ISSN (En línea): 2463-1779

Rector

Pbro. Carlos Enrique Cardona Quiceno

Vicerrectora de Investigaciones

Isabel Cristina Puerta Lopera

Decana Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Luz Marina Arango Gómez

Directora Escuela de Posgrados (e)

Ángela Maritza Lopera Jaramillo

Coordinadora Fondo Editorial

Carolina Orrego Moscoso

Diagramación y diseño

Arbey David Zuluaga Yarce

Correctora de estilo

Leidy Andrea Ríos Restrepo

Traductores

Daniel Ortiz

José Arcadio Álvarez

Alexander Valencia

Luis Arturo Chaparro

Directora / Editora de la revista

Sandra Milena Restrepo Escobar

ORCID 0000-0002-1459-858X

Financiación realizada por la Universidad Católica Luis Amigó.

Esta publicación cumple con el depósito legal en los términos de la normativa colombiana (ley 44 de 1993, Decreto reglamentario N°. 460 de marzo 16 de 1995, y demás normas existentes.

Drugs^{and} Addictive Behavior



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



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. Efrem Milanese.
Cáritas Alemania. Italia.
ORCID 0000-0003-0698-615X

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.
ORCID 0000-0002-5805-2327

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 Irlés.
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.
ORCID 0000-0002-7266-5154

Mg. Gustavo Adolfo Calderón Vallejo.
Universidad Católica Luis Amigó. Colombia.
ORCID 0000-0003-3138-8928



Árbitros

Dr. Ángel Héctor Zárate Malpica
Universidad Nacional del Centro del Perú. Perú
ORCID 0000-0003-3451-0052

Abogado. Javier Ignacio Frías
Ministerio Público de la Provincia de Buenos Aires. Argentina

Dra. María Teresa Escobar López
Universidad Militar Nueva Granada. Colombia
ORCID 0000-0002-7796-927X

Dra. Estefanía Estévez López
Universidad Miguel Hernández de Elche. España
ORCID 0000-0002-2662-2735

Dra. Eva Peñafiel Pedrosa
Escuela Universitaria Cardenal Cisneros. España

Dra. Susana G. Paíno Quesada
Universidad De Huelva. España
ORCID 0000-0003-1702-2452

Dra. Esther Aida Caricote Agreda
Universidad de Carabobo. Venezuela
ORCID 0000-0002-1991-7156

Mg. Juana Lupe Muñoz Callol
Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Cuba
ORCID 0000-0002-1113-3285

Dra. Pilar Ríos Campos
Universidad de Granada. España
ORCID 0000-0002-6378-2666

Esp. Lourdes Yohanna Pérez López
Fundación Hermanos de los Desvalidos. Colombia

Mg. Lucas Dávila Cañas
Universidad EAFIT. Colombia

Dra. Martha Beatriz Gaviria Londoño
Universidad de Antioquia. Colombia
ORCID 0000-0001-9781-0533





Mg. Eliana María Hernández Ramírez
Universidad de Antioquia. Colombia
ORCID 0000-0001-8620-6496

Mg. Mireia Pascual Mollá
Sociedad científica SOCIDROGALCOHOL y Health and Addictions.
España

Mg. Bernardo Pérez Salazar
Universidad Católica de Colombia. Colombia
ORCID 0000-0003-2330-646X

Dr. Oriol Romaní Alfonso
Medical Anthropology Research Center URV. España
ORCID 0000-0001-6939-0711

Mg. Leonardo Biolatto
Instituto de Seguridad Social y Seguros de Chubut. Argentina
ORCID 0000-0001-8868-6024

Dr. Gonzalo del Moral Arroyo
Universidad Pablo de Olavide. España
ORCID 0000-0001-5581-0471

Dr. Francisco Javier Rodríguez Díaz
Universidad de Oviedo. España
ORCID 0000-0002- 5899- 439X

Dr. Elías Manaced Rey Vásquez
Corporación Universitaria Minuto de Dios- UNIMINUTO. Colombia
ORCID 0000-0003-3294-5386

Dra. Esther Raya Díez
Universidad de La Rioja. España
ORCID 0000-0002-8688-567

Dr. Sergio Oliveros Calvo
Grupo Doctor Oliveros. España





Institución editora

Universidad Católica Luis Amigó

Dónde consultar la revista

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

Suscripciones:

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

Solicitud de canje

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

Contacto editorial:

Sandra Milena Restrepo Escobar
Director/Editor Drugs and Addictive Behavior

Universidad Católica Luis Amigó
Transversal 51 A N°. 67B - 90
Medellín- Colombia
Tel.: (574) 4602263

Correo electrónico:

drugsaddictivebeh@amigo.edu.co

Drugs and Addictive Behavior-Acceso abierto

Órgano de divulgación de la Escuela de Posgrados y de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de la Universidad Católica Luis Amigó

Hecho en Colombia / Made in Colombia.

Financiación y publicación realizada por la Universidad Católica Luis Amigó. En ningún momento de la edición o difusión de hacen cobros a los autores para sufragar alguna de estas actividades, de tal manera que no recibe aportes económicos de personas naturales ni jurídicas.



Los principios éticos de esta revista se describen en sus políticas editoriales y, además, se adhieren a los procedimientos dictados por el Committee on Publication Ethics (COPE), que podrán ser consultados en www.publicationethics.org

© 2019 Universidad Católica Luis Amigó

(CC-BY-NC-ND 4.0)

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. 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 la cesión por ellos firmada.

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

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.

Contenido

Presentación Presentation

- 205 **Editorial**
En la era hegemónica del cuerpo, una pausa para comprender el trastorno dismórfico corporal
Dubis Marcela Rincón Barreto
- 209 **Editorial**
In the hegemonic era of the body, a pause to understand corporal dysmorphic disorder
Dubis Marcela Rincón Barreto

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN RESEARCH PAPERS

- 214 **Permisividad parental y diferencias de género en el consumo de alcohol en escolares**
Parental permissiveness and gender differences in alcohol consumption in schoolchildren
Efrén Martínez, Orlando Scoppetta, Andrés Martín
- 225 **Actitudes, creencias y estigma atribuidos por profesionales de la salud a dependientes de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática**
Attitudes, beliefs and stigma attributed by health professionals to dependents of psychoactive substances: a systematic review
Vitor Leite Ferreira, María Elena Iturriaga Goroso, Telmo Mota Ronzani
- 246 **Conductas adictivas al juego Fortnite: evidencias experimentales de ejercicios de relajación en escolares**
Fortnite game-addictive behaviors: experimental evidence of relaxation exercises in schoolchildren
Jhon Holguin-Alvarez, Pool Andrade Paredes

268

Diversidad funcional: amor, sexualidad y adicciones
Functional diversity: love, sexuality and addictions

Juan Ricardo Ramírez Ramírez

290

Relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia filioparental en adolescentes

Relationship between the use of psychoactive substances and filial-parental violence in adolescents

Viviana Carmenza Ávila-Navarrete, Yamile León-Catachunga, Carlos Andrés Gutiérrez-Tamayo

304

Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en el habitante de calle
Causes and consequences of psychoactive substance use in the street dwellers

Yojan Adrián Correa Álvarez

325

Estrategias implementadas en programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas

Strategies implemented in psychoactive substance prevention programmes

Lina María Pareja Hincapié, Katherine Mejía López

ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA

THEORETICAL REVIEW

342

El consentimiento informado en psiquiatría: fundamentación operativa y aspectos legales en Colombia

Informed consent in psychiatry: operational foundation and legal aspects in Colombia

Juan Evangelista Tercero Gaitán Buitrago

356

La reducción de riesgos y daños vs. el régimen internacional de control de drogas (1990-2017)
The reduction of risks and damages vs. The international drug control regime (1990-2017)

Enrique Andrés Peña Barona

Presentación

Forma de citar este artículo en APA:

Restrepo Escobar S. M. (julio-diciembre, 2019). Presentación. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), p. 203. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3365>

El consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones comportamentales generan investigaciones de diferentes áreas, de ahí que una temática como esta no sea abordada desde una sola disciplina, sino que abarca preguntas interdisciplinares que nutren tanto la prevención como el tratamiento de las adicciones.

El volumen 4 número 2 de la revista *Drugs and Addictive Behavior* contiene diversidad de temas que pueden ser abordados y la necesidad de involucrar más áreas para el análisis de la complejidad implicada en un trastorno de uso de sustancias en el ser humano.

En esta nueva edición se presentan siete (7) artículos de investigación y dos (2) artículos de revisión teórica que dan cuenta de una gama de estudios relacionados con las adicciones no solo a sustancias, sino también a comportamientos.

Para iniciar, la magíster Dubis Marcela Rincón Barreto nos invita a reflexionar sobre el trastorno dismórfico corporal y sus implicaciones en una época en la que el cuerpo y la cultura fitness toman tanta relevancia.

Los siete artículos de investigación plantean, desde la postura de los padres frente al consumo de alcohol, el estigma que presentan los profesionales de la salud ante los consumidores, las conductas adictivas asociadas hacia los juegos de video, la postura frente al sexo y las adicciones de personas con diversidad funcional, la violencia entre padres e hijos asociada al consumo y las estrategias de prevención implementadas en contextos de educación. La variedad de temas permite que el lector elija sus áreas de profundización y amplíe la mirada de la asociación de las adicciones con diferentes ámbitos.

Para cerrar el número se presentan dos artículos de revisión teórica: el primero centra la mirada en el uso del consentimiento informado a la hora de realizar tratamiento, y el segundo muestra la trayectoria del tema de la reducción de daños en el contexto latinoamericano.

Con estos nuevos artículos esperamos contribuir al nuevo conocimiento que se desarrolla en el área y motivar a nuestros lectores e investigadores a generar nuevas propuestas de investigación.

Sandra Milena Restrepo Escobar

ORCID 0000-0002-1459-858X

Directora/Editor

Presentation

Forma de citar este artículo en APA:

Restrepo Escobar S. M. (julio-diciembre, 2019). Presentation. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), p. 204. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3365>

The consumption of psychoactive substances and behavioral addictions generate research in different areas, therefore, an issue like this is not addressed from a single discipline but covers interdisciplinary questions that nurture both the prevention and treatment of addictions.

Volume 4 number 2 of the journal *Drugs and Addictive Behavior* contains a diversity of topics that can be addressed and the need to involve more areas for the analysis of the complexity involved in a substance use disorder in humans.

In this new edition, seven (7) research articles and two (2) theoretical review articles are presented, which account for a range of studies related to addictions not only to substances, but also to behaviors.

To begin, the master Dubis Marcela Rincón Barreto invites us to reflect on body dysmorphic disorder and its implications at a time when the body and fitness culture take on so much relevance.

The seven research articles raise, from the parents' position regarding alcohol consumption, the stigma that health professionals present to consumers, the addictive behaviors associated with video games, the position against sex and addictions of people with functional diversity, violence between parents and children associated with consumption and prevention strategies implemented in educational contexts. The variety of topics allows the reader to choose their areas of deepening and broadens the view of the association of addictions with different areas.

To close the number, two theoretical review articles are presented: the first focuses on the use of informed consent when it comes to treatment, and the second shows the trajectory of the issue of harm reduction in the Latin American context.

With these new articles we hope to contribute to the new knowledge that is developed in the area and motivate our readers and researchers to generate new research proposals.

Sandra Milena Restrepo Escobar

ORCID 0000-0002-1459-858X

Director/Editor

En la era hegemónica del cuerpo, una pausa para comprender el trastorno dismórfico corporal

Dubis Marcela Rincón Barreto*

Forma de citar este artículo en APA:

Rincón Barreto, D. M. (julio-diciembre, 2019). En la era hegemónica del cuerpo, una pausa para comprender el trastorno dismórfico corporal [Editorial]. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), pp. 205-208. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3366>

Para hablar del cuerpo es necesario recurrir a la experiencia individual y colectiva que se tiene de este, a su construcción social y al nivel de satisfacción o aprobación que sea capaz de proporcionar. Así las cosas, el cuerpo, y específicamente la imagen corporal, adquiere una relevancia especial en tanto da cuenta de la cultura y las prácticas sociales contemporáneas.

La imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo actúa en relación a su propio cuerpo. En términos generales, es una representación consciente y un conocimiento conceptual acerca del cuerpo (Meneses y Moncada, 2008), el cual, indiscutiblemente, es cada vez más susceptible a los elementos que emergen de las nuevas configuraciones sociales de una era digital.

Es por esto que la imagen corporal no se inserta como un concepto que resulta de una actividad netamente intrasubjetiva, por el contrario, conforme aparecen nuevas formas de comunicación e interrelación, por ejemplo, el uso de los dispositivos digitales y las redes sociales, la imagen corporal da cuenta de una valoración y una construcción intersubjetiva, lo cual trae consigo una sobrevaloración de la opinión del otro sobre mi propio cuerpo y una creciente necesidad de aprobación. En palabras de Ramos-Vidal (2019), las personas tienden a ajustar su comportamiento al del grupo de iguales para buscar la aprobación y evitar la exclusión del grupo.

En este contexto, es posible reflexionar sobre las consecuencias desadaptativas que puede generar dicha necesidad de aprobación y la sobrevaloración del cuerpo que actualmente se promueve a través de los medios digitales. Por esto, resulta pertinente considerar el trastorno dismórfico corporal (TDC), el cual ha experimentado mayor crecimiento en los últimos 20 años (Ramos-Vidal, 2019) y se define como una preocupación excesiva

* Docente del programa de Psicología, coordinadora de la Maestría en Neuropsicopedagogía, Universidad Católica Luis Amigó. Integrante del grupo de investigación Farmacodependencia y otras Adicciones, Medellín, Colombia. Contacto: dubis.rinconba@amigo.edu.co

por los defectos o imperfecciones físicas, ubicándose, según la reciente clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales–DSM 5, dentro del grupo de trastorno obsesivo compulsivo, cuyo síntoma central es la ansiedad (miedo y preocupación) (American Psychiatric Association (APA), 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS (2013), entre 1990 y 2013, el número de personas que sufrían de ansiedad aumentó en casi un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca del 10% de la población mundial se ve afectada, y los trastornos mentales representan el 30% de la carga mundial de enfermedades no fatales. En 2017, más de 300 millones de personas en el mundo sufrieron depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad.

En Colombia, de acuerdo con el Observatorio Nacional de Salud mental (Ministerio de Salud, 2017) en la población de 18 a 44 años de edad, la prevalencia de cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses es de 4%; esta frecuencia aumenta en las personas que tienen dos o más enfermedades crónicas. Los trastornos afectivos se encuentran más frecuentes en este grupo etario, con un 2,4%; la prevalencia de cualquier trastorno depresivo es de 2,4% y de ansiedad de 2,7%.

Respecto al trastorno dismórfico corporal, según Angelakis, Gooding & Panagioti (2016) la prevalencia del TDC se estima en alrededor del 2% en la población general, por el contrario, en personas que buscan cirugía estética se reporta una tasa de TDC del 15,6%, siendo más común que otras afecciones graves de salud mental, como la esquizofrenia y la anorexia nerviosa que varían en prevalencia de 0.5 a 1% en la población general. Veale & Bewley (2015) reportan que el TDC se encuentra asociado con otros trastornos mentales graves y se presentan síntomas tales como ideación suicida y los intentos de suicidio, los cuales han recibido escasa atención de investigación. En esta misma línea, Restrepo y Castañeda Quirama (2018), a partir del estudio que realizaron acerca del riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la ciudad de Medellín, señalaron una asociación entre el uso de redes sociales como modo de lograr la aprobación de la autoimagen, las actitudes alimentarias anómalas y la satisfacción corporal.

Hasta este punto, es importante precisar algunos aspectos: si bien históricamente se ha pensado que todo lo relacionado con el cuerpo está estrechamente asociado con la alimentación, en la reciente clasificación del DSM 5, el trastorno dismórfico corporal es diferente a un trastorno de la conducta alimentaria, pues aunque en ambos los pacientes experimentan síntomas de ansiedad, en el TDC hay una sobrevaloración de un defecto físico, por lo que la persona recurre a alternativas que en principio pueden ser adaptativas (cirugías plásticas), pero dada su repetición (compulsión) pueden tornarse disfuncionales, generando una insatisfacción inicial con dicha parte del cuerpo, más específicamente una parte del rostro.

En consecuencia, es posible evidenciar la susceptibilidad de la imagen corporal dado el rol significativo que han ocupado los medios masivos de comunicación, representados esencialmente por internet y las redes sociales. Si bien no se trata de estigmatizar y rechazar los avances de la era digital, es necesario hacer énfasis en la urgencia de nuevas y efectivas formas de comprensión e intervención de los asuntos de salud mental. Se necesita avanzar en procesos de investigación en los que se puedan comprender las nuevas configuraciones de las enfermedades mentales, las cuales, sin duda, han ido transformándose como consecuencia de las nuevas prácticas sociales.

Tal como lo afirman Cortez et al. (2016), la vertiginosa y vasta difusión de patrones y conductas valoradas como positivas, por ser consideradas equivalentes de éxito, belleza, atractivo, inteligencia y salud, impactan mayormente a aquellas poblaciones vulnerables a la definición externa de las presiones socioculturales y el uso de internet provoca un aumento en la insatisfacción corporal en ambos sexos.

Conflicto de intereses

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

Referencias

Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 49*, 55-66. doi: 10.1016/j.cpr.2016.08.002

American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat-Mandich, C., ... Arancibia, M. (2016). Influencia de factores socioculturales en la imagen corporal desde la perspectiva de mujeres adolescentes. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 7*(2), 116-124. doi: 10.1016/j.rmta.2016.05.001

- Meneses Montero, M., y Moncada Jiménez, J. (2008). Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 3(1), 13-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311126259002>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Observatorio Nacional de Salud Mental. (2017). *Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud mental*. Bogotá D.C.: MINSALUD. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=5133A164B911624CD1054C6EEB32E4C8?sequence=1
- Ramos-Vidal, I. (2019). El papel de las relaciones y la satisfacción vital en la percepción de la auto-imagen en una muestra de adolescentes mexicanos. *Archivos de Medicina*, 19(1), 111-23. doi: 10.30554/arch-med.19.1.2742.2019.
- Restrepo, J. E., y Castañeda Quirama, T. (2018). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la Ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. doi: 10.1016/j.rcp.2018.08.003
- Veale, D., & Bewley, A. (2015). Body dysmorphic disorder. *BMJ (Clinical research ed.)*. doi: 10.1136/bmj.h2278

Editorial

In the hegemonic era of the body, a pause to understand corporal dysmorphic disorder

Dubis Marcela Rincón Barreto*

How to cite this article in APA:

Rincón Barreto, D. M. (July-December, 2019). In the hegemonic era of the body, a pause to understand body dysmorphic disorder [Editorial]. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), pp. 209-212. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3366>

To talk about the body, it is necessary to resort to the individual and collective experience of the body, its social construction and the level of satisfaction or approval that it is able to provide. For that reason, the body and specifically the body image, acquire a special relevance as it accounts for culture and contemporary social practices.

Body image is a construct that implies what one thinks, feels and acts in relation to its own body. In general terms, it is a conscious representation and conceptual knowledge about the body (Meneses and Moncada, 2008), which is undeniably more and more susceptible to the elements that emerge from the new social configurations of a digital era.

This is why the body image is not inserted as a concept that results from a purely intersubjective activity, on the contrary, as new forms of communication and interrelation appear, for example, the use of digital devices and social networks, body image gives an assessment and intersubjective construction, which brings with it an overvaluation of the other's opinion about my own body and a growing need for approval. In the words of Ramos-Vidal (2019) people tend to adjust their behavior to the same of the coequals to seek approval and avoid exclusion from the group.

In this context, it is possible to reflect on the maladaptive consequences that this need for approval can generate and the overvaluation of the body that is currently promoted through digital media. Therefore, it is pertinent to consider corporal dysmorphic disorder (CDD), which has experienced greater growth in the last 20 years (Ramos-Vidal, 2019) and it is defined as an excessive concern for physical defects or imperfections, being

* Docente del programa de Psicología, coordinadora de la maestría en Neuropsicopedagogía, Universidad Católica Luis Amigó. Integrante del grupo de investigación Farmacodependencia y otras Adicciones, Medellín Colombia. Contacto: Dubis.rinconba@amigo.edu.co

located, according to the Recent classification of the Diagnostic and Statistical of Mental Disorders Manual-DSM 5, within the group of obsessive compulsive disorder, whose central symptom is the anxiety (fear and worry) (American Psychiatric Association (APA), 2014)

According to the World Health Organization–WHO (2013), between 1990 and 2013, the number of people suffering from anxiety increased by almost 50%, from 416 million to 615 million. Nearly 10% of the world's population is affected, and mental disorders represent the 30% of the global burden of non-fatal diseases. In 2017, more than 300 million people worldwide suffer from depression, a disorder that is the leading cause of disability, and more than 260 million have anxiety disorders.

In Colombia, according to the National Mental Health Observatory, (Ministry of Health, 2017) in the population between 18 and 44 years of age, the prevalence of any mental disorder in the last 12 months is 4%, this frequency increases in people who have two or more chronic diseases. Affective disorders are more frequent in this age group, with 2.4%; The prevalence of any depressive disorder is 2.4% and anxiety 2.7%.

Regarding to corporal dysmorphic disorder, according to Angelakis, Gooding and Panagioti (2016), the prevalence of CDD is estimated at around 2% in the general population. On the contrary, in people seeking cosmetic surgery, a CDD rate of 15.6% is reported, being more common than other serious mental health conditions, such as schizophrenia and anorexia nervosa that vary in prevalence from 0.5 to 1% in the general population. Veale & Bewley (2015), report that CDD is associated with other serious mental disorders and symptoms such as suicidal ideation and suicide attempts, which have received little research attention. regarding the same subject, Restrepo and Castañeda (2018), based on the study they conducted on the risk of eating disorders and use of social networks in gym users in the city of Medellin, indicated an association between the use of social networks as a way to achieve the approval of self-image, anomalous eating attitudes and body satisfaction.

Up to this point, it is important to specify some aspects: although, historically it has been thought that everything related to the body is closely associated with food; In the recent classification of DSM 5, corporal dysmorphic disorder CDD is different from a disorder of eating behavior, because although in both, patients experience symptoms of anxiety, in the CDD there is an overvaluation of a physical defect, so the person resorts to alternatives that in principle can be adaptive (plastic surgeries) but, given their repetition (compulsion), they can become dysfunctional, generating the initial dissatisfaction with that part of the body, more specifically a part of the face.

Consequently, it is possible to demonstrate the susceptibility of body image given the significant role of the mass media, essentially represented by the Internet and social networks. Although, it is not about stigmatizing and rejecting the advances of the digital age, it is necessary to emphasize the urgency of new and effective ways

of understanding and intervention of mental health issues. It is necessary to advance in research processes in which the new configurations of mental illnesses can be understood, which, undoubtedly, have been transformed as a consequence of the new social practices.

As stated by Cortez et al. (2016) the vertiginous and vast diffusion of patterns and behaviors valued as positive, due to they are considered equivalent of success, beauty, attractiveness, intelligence and health, they impact those populations vulnerable to the external definition of sociocultural pressures, finding that the use Internet causes an increase in body dissatisfaction in both sexes.

Conflict of interests

The author declares the absence of a conflict of interest with an institution or commercial association of any kind.

References

- Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 49*, 55-66. doi: 10.1016/j.cpr.2016.08.002
- American Psychiatric Association (APA). (2014). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana
- Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat-Mandich, C., ... Arancibia, M. (2016). Influencia de factores socioculturales en la imagen corporal desde la perspectiva de mujeres adolescentes. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 7*(2), 116-124. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.05.001>
- Meneses Montero, M., y Moncada Jiménez, J. (2008). Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte, 3*(1), 13-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311126259002>

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2017). Observatorio Nacional de Salud Mental, ONSM Colombia. Guía Metodológica. Bogotá D.C.: MINSALUD. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=5133A164B911624CD1054C6EEB32E4C8?sequence=1
- Ramos-Vidal, I. (2019). El papel de las relaciones y la satisfacción vital en la percepción de la auto-imagen en una muestra de adolescentes mexicanos. *Archivos de Medicina*, 19(1), 111-23. doi: <https://doi.org/10.30554/arch-med.19.1.2742.2019>.
- Restrepo, J. E., y Castañeda Quirama, T. (2018). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. doi: 10.1016/j.rcp.2018.08.003
- Veale, D., & Bewley, A. (2015). Body dysmorphic disorder. *BMJ (Clinical research ed.)*. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h2278>



ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
RESEARCH ARTICLES

Permisividad parental y diferencias de género en el consumo de alcohol en escolares

Parental permissiveness and gender differences in alcohol consumption in schoolchildren

Efrén Martínez^{*}
Orlando Scoppetta^{**}
Andrés Martín^{***}

Recibido: 7 de abril de 2019–Aceptado: 31 de julio de 2019–Publicado: 16 de septiembre de 2019

Forma de citar este artículo en APA:

Martínez, E., Scoppetta, O., y Martín A. (julio-diciembre, 2019). Permisividad parental y diferencias de género en el consumo de alcohol en escolares. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), pp. 214-224. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3367>

Resumen

El consumo de alcohol en menores de edad representa un problema social y de salud pública de magnitud considerable. La investigación muestra que la familia es una instancia determinante del riesgo de consumo de sustancias por parte de niños, niñas y adolescentes. Existe evidencia acerca de que la familia puede incidir de manera diferencial de acuerdo con el género, en un contexto en que ha aumentado la proporción de mujeres que consumen sustancias, por lo que esta investigación indagó acerca de la permisividad familiar según el género en 3064 estudiantes de colegios públicos de Bogotá D.C. Los análisis mostraron el peso de las variables relativas a la permisividad parental, particularmente en el inicio del consumo y en la favorabilidad al consumo de alcohol, en ambos géneros.

Palabras clave:

Permisividad; Familia; Alcohol; Adolescentes.

Abstract

Underage drinking is a significant social and public health problem. Research shows that the family is a key instance of the risk of substance use by children and adolescents. There is evidence that the family can have a differential impact on a gender-based basis, in a context where the proportion of women consuming substances has increased, so this research investigated about family permissiveness according to gender, in 3064 students of public schools in Bogotá D.C. Analyses showed the weight of variables relating to parental permissiveness, particularly in the onset of consumption and in favorability to drink alcohol, in both genders.

Keywords:

Permissively; Family; Alcohol; Adolescents.

^{*} Ph.D. en Psicología, Colectivo Aquí y Ahora, Bogotá D.C., Colombia. Contacto: ey.martinez@uniandes.edu.co, ORCID: 0000-0003-4849-8189.

^{**} Magíster en Estudios de Población, estudiante de doctorado en Psicología, Universidad Católica de Colombia. Grupo de investigación: GAEM. Ciudad-país. Contacto: oscoppetta18@ucatolica.edu.co, ORCID: 0000-0003-4876-5400.

^{***} Psicólogo, Colectivo Aquí y Ahora, Bogotá D.C., Colombia. Contacto: mmartin@colectivoaquiyahora.org, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8644-589X>.

Introducción

Aunque en los países occidentales existe un alto consumo de alcohol, hay consenso acerca de la inconveniencia del uso de este producto por parte de menores de edad. El alcohol no es un producto de consumo ordinario, aunque en varios Estados haga parte de la canasta familiar (Babor, Caetano, Casswell, Griffith, Giesbrecht, Graham, ... Rossow, 2010). Su impacto negativo en el desarrollo físico y mental de menores de edad es bien conocido (Cadaveira Mahía, 2009; Rodríguez García, Sanchiz Ruiz y Bisquerra Alzina, 2014) y, si bien en el país se registra una tendencia a la estabilización de las cifras poblacionales (Scoppetta, 2010), estas siguen siendo bastante altas en el contexto americano (Observatorio Interamericano de Drogas, 2015).

El más reciente estudio de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar registró que el 69.2% de estudiantes ha usado alcohol alguna vez en la vida, 59.6% en el último año y 37.0% en el último mes. Tal vez uno de los datos más interesantes del estudio es el del crecimiento de la participación femenina del consumo de alcohol, en lo que concierne a la población escolar. De hecho, las cifras muestran que habría más niñas consumiendo alcohol que niños, siendo las prevalencias de ellas de 70.4%, 61.3% y 37.9% en la vida, último año y último mes, respectivamente (Gobierno de Colombia, 2018).

Por otra parte, la permisividad familiar es un asunto que, según un cúmulo importante de investigaciones, guarda relación con el consumo de sustancias psicoactivas. Dos estudios sobre consumo de alcohol en varios municipios de Colombia muestran cómo los padres facilitan el acceso al alcohol por parte de menores de edad (Pérez, Mejía, Reyes y Cardozo, 2015; Scoppetta, Pérez y Lanziano, 2011). El estudio nacional también muestra que a mayor involucramiento parental, menor es el consumo de alcohol y de otras sustancias (Gobierno de Colombia, 2018), lo que concuerda con investigaciones en diferentes lugares del mundo que asocian la conducta de los padres con el consumo de sustancias por parte de los hijos (Cottrell, Branstetter, Cottrell, Harris, Rishel, & Stanton, 2007; Springer, Sharma, de Guardado, Nava, & Kelder, 2006).

Este estudio se orienta a explorar la permisividad parental con respecto al consumo de alcohol, desde la perspectiva de niños y niñas participantes en el programa de prevención "SanaMente", como parte del esfuerzo realizado en entidades públicas del Distrito Capital de Colombia para reducir el riesgo de consumo de alcohol en menores de edad. El programa incluye un trabajo con padres para el fortalecimiento de los comportamientos y actitudes que deben repercutir en un menor riesgo para los escolares y desarrolla estudios para mejorar la evidencia disponible acerca del papel de los factores incluidos en su diseño y ejecución (Martínez-Ortiz, Sierra-Acuña, Jaimes-Osma y Claro-Gálvez, 2011).

Método

Se trata de un estudio observacional, transversal y ex post facto.

Muestra

El análisis se hizo con 3064 estudiantes de grado quinto a sexto, de 30 colegios públicos de la ciudad de Bogotá DC., participantes del programa de prevención “SanaMente”, de los cuales 51.1% fueron de sexo masculino. Todos los participantes tuvieron edades entre 10 y 16 años, con un promedio general de 11.39 años (DE=1.16). La edad promedio de los estudiantes de sexo masculino fue de 11.51 años (DE=1.18) y de las estudiantes fue de 11.27 (DE=1.12).

Mediciones

Se utilizó el instrumento desarrollado por la Fundación Colectivo Aquí y Ahora para evaluar la percepción del riesgo y las influencias normativas asociadas al consumo de alcohol y cigarrillo en menores de 18 años. El instrumento está conformado por 18 ítems y arrojó un coeficiente Alfa de Cronbach de .84. Así mismo, este instrumento evalúa el consumo de los estudiantes de acuerdo a los lineamientos propios del Sistema Interamericano de Datos Uniformes -SIDUC¹.

Al instrumento se incluyeron cuatro preguntas relativas al monitoreo parental, estas fueron: ¿cuántas veces ocurre que tu madre, padre o adulto con el que vives no saben dónde estás?, ¿qué tan atentos están tus padres, o adultos con los que vives, respecto de lo que haces en el colegio?, ¿tú dirías que tus padres conocen a tus amigos más cercanos? y ¿alguno de los adultos con los que vives, te preguntan a dónde vas? Este procedimiento ha sido utilizado en otros estudios similares (Nielsen, Utrankar, Reyes, Simons, & Kosten, 2012; Parsai, Marsiglia, & Kulis, 2010; Pokhrel, Unger, Wagner, Ritt-Olson, & Sussman, 2008; Springer et al., 2006).

¹ Disponible en http://www.cicad.oas.org/oid/protocols/1_PROTOCOLO_Encuesta_Hogares_Julio_2011.pdf

Procedimiento

La información fue recolectada en el proceso de pre-test que hace parte del procedimiento habitual del programa de prevención. El instrumento es aplicado por facilitadores del programa entrenados para ello, con consentimiento previo por parte de los estudiantes, padres y directivos, en el marco del programa de prevención, el cual ha sido aprobado institucionalmente.

Consideraciones éticas

Esta investigación se considera de riesgo mínimo, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud, 1983), debido a que la recolección de información no representa riesgos evidentes para las personas involucradas. Por otra parte, los datos no están ligados a la identificación de los escolares y se hacen con plena salvaguarda de la confidencialidad. La aplicación del instrumento se hizo siempre al interior de las instituciones educativas.

Resultados

Con respecto a las características de la muestra, la Tabla 1 presenta los resultados más generales.

Tabla 1. Características de la muestra

Variable	n	%
Sexo		
Masculino	1566	51.1
Femenino	1498	48.9
Edad		
10	718	23.4
11	1130	36.9
12	715	23.3
13	335	10.9
14	127	4.1
15	33	1.1
16	6	0.2
Grado		
5	1574	51.4
6	1490	48.6

La Tabla 2 muestra las prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en el último mes y de haberse emborrachado alguna vez en la vida.

Tabla 2. Prevalencias de consumo de alcohol y de haberse emborrachado alguna vez en la vida según sexo

Sexo	Vida	Año	Mes	Emborracharse
Hombres	70.2	41.7	20.0	18.3
Mujeres	67.9	37.3*	17.5	12.1
Total	69.1	39.6	18.8	15.2

Nota: *Indica diferencias significativas al 95% entre escolares de sexo masculino y de sexo femenino.

La edad de inicio del consumo de alcohol fue en promedio de 9.22 años (DE=1.94), con una mediana de 9.0. Esto fue idéntico para escolares de sexo masculino y femenino.

El inicio del consumo de alcohol se dio por lo regular con algún familiar. Cerca de la mitad de los escolares inició el consumo con sus padres y si se calcula conjuntamente con quién inició el consumo, algún familiar fue el acompañante en el 82.0% en total, 81.8% para el caso de los hombres y 82.2% en el caso de las mujeres (ver tabla 3).

Con respecto a la persona que les ofreció alcohol en el último mes, otra vez aparecen los familiares como la mayor fuente de oferta. Sin embargo, esta vez es mayor el ofrecimiento por parte de primos para 24.2% de los escolares (ver tabla 3).

Tabla 3. Persona con la que bebió por primera vez y que ofreció alcohol en el último mes (%)

Tipo de relación	Con quién bebió la primera vez			Quién le ofreció alcohol en el último mes		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Padres	56.3	58.3	57.3	23.9	24.4	24.2
Primos	40.0	39.0	39.5	25.4	29.8	27.5
Tíos	37.4	34.2	35.8	23.1	21.8	22.5
Hermanos	33.0	39.0*	35.9	11.9	13.4	12.6
Abuelos	25.6	11.3*	25.1	9.4	10.8	10.1
Amigos	20.6	17.9	19.3	33.8	34.7	34.2
Solo	11.3	9.3	10.3	-	-	-
Otra persona	9.3	12.3	10.7	12.3	9.9	11.2

Nota: *Indica diferencias significativas al 95% entre escolares de sexo masculino y de sexo femenino.

Por otra parte, 14.3% de los estudiantes que han bebido alcohol esgrimieron como razón para hacerlo el que un familiar les ofreció, siendo lo correspondiente para el género masculino del 14.5% y para el femenino del 14.0%.

Con respecto a la percepción de monitoreo familiar, se notan porcentajes relativamente bajos con respecto al conocimiento de lo que hacen los hijos en el colegio y de los amigos con quienes comparten, con porcentajes por debajo del 50% (ver tabla 4).

Tabla 4. Variables de monitoreo parental según género

Monitoreo parental	Hombres	Mujeres	Total
Los padres siempre saben dónde está	77.6	87.2*	82.3
Los padres muy atentos con lo que hace en el colegio	44.9	48.7	46.7
Los padres conocen mucho a los amigos	34.4	39.0	36.7
Los padres preguntan a dónde van	95.4	97.5	96.4

Nota: *Indica diferencias significativas al 95% entre escolares de sexo masculino y de sexo femenino

En lo tocante a la creencia de que consumir alcohol representaría problemas con sus padres, 62.8% consideran que eso sería muy posible, siendo 62.1% en el caso de los estudiantes masculinos y 63.5% en el caso de las estudiantes. Así mismo, en la Tabla 5, se muestran los datos de los estudiantes quienes sus padres estarían en desacuerdo con su consumo de alcohol.

Tabla 5. Porcentajes de estudiantes que consideran que padres y madres estarían en desacuerdo con el consumo de alcohol

En desacuerdo con consumo de alcohol	Hombres	Mujeres	Total
Madre	90.5	92.0	91.3
Padre	83.2	89.9*	86.5

Nota: *Indica diferencias significativas al 95% entre escolares de sexo masculino y de sexo femenino.

Para establecer si las variables estudiadas tienen algún valor predictivo en la ocurrencia del consumo de alcohol, se hicieron análisis multivariados separados para hombres y mujeres, así como para el haber consumido alcohol en el último año y en el último mes. Tales análisis incluyeron también la edad, la edad de inicio de consumo de alcohol, variables acerca de las creencias acerca del alcohol y las influencias normativas percibidas por el escolar.

Las únicas variables de interés en este análisis que mostraron alguna asociación fueron que el papá estuviera de acuerdo con que bebiera y que papá o mamá los acompañaran cuando bebieron por primera vez.

Tabla 6. Estadísticos para la regresión logística multivariada con respecto a consumir alcohol en el último año

Variable y género	Exp. B (OR)	Límite inferior	Límite superior
<i>El papá estaría de acuerdo con que bebiera</i>			
Total	1.245	1.056	1.468
Hombres	1.216	1.043	1.500
Mujeres	1.256	1.052	1.647
<i>Los papás les acompañaron cuando bebieron alcohol por primera vez</i>			
Total	1.205	0.983	1.476
Hombres	1.438	1.080	1.913
Mujeres	0.998	0.745	1.335

Lo dicho con respecto a las variables asociadas con el consumo de alcohol en el último año se repitió en el caso del consumo de alcohol en el último mes, con excepción de la variable referida al acompañamiento de los padres cuando bebieron por primera vez, para el caso de las mujeres.

Tabla 7. Estadísticos para la regresión logística multivariada con respecto a consumir alcohol en el último mes

Variable y género	Exp B (OR)	Límite inferior	Límite superior
<i>El papá estaría de acuerdo con que bebiera</i>			
Total	1.348	1.131	1.607
Hombres	1.282	1.026	1.603
Mujeres	1.476	1.099	1.981
<i>Los papás les acompañaron cuando bebieron alcohol por primera vez</i>			
Total	1.313	1.022	1.687
Hombres	1.382	1.016	1.943
Mujeres	1.262	0.868	1.837

Discusión

Varios investigadores en el contexto nacional han mostrado que el consumo de alcohol por parte de menores de edad se da en condiciones de permisividad social y familiar (Pérez et al., 2015; Pérez y Scoppetta, 2008), esto a pesar de las consecuencias negativas y perdurables que tal práctica tiene en el desarrollo físico y mental (De Santis, Bach, Pérez-Cervera, Cosa-Linan, Weil, Vollstädt-Klein, ... Canals, 2019; Shield, Parry, & Rehm, 2014), especialmente en adolescentes y jóvenes (Squeglia, Jacobus, & Tapert, 2014).

Una revisión cuidadosa de los datos presentados en esta investigación muestra que el inicio del consumo de alcohol se da en compañía de familiares y que hay diferencias de género que asoman en la información procesada. Los datos muestran que tanto en el caso de los estudiantes, como en el de las estudiantes, los fa-

miliares tienen un papel propiciatorio en el inicio del consumo de alcohol y en el consumo actual. En el análisis de esta información debe tenerse en mente siempre que se trata de niños y niñas con un máximo de 16 años y cuya edad promedio de inicio fue cercana a los nueve años. A propósito, la edad de inicio estimada es menor a la reportada en los estudios nacionales (13.1 años), aunque aquí debe tenerse en cuenta que la muestra del estudio nacional más reciente fue de 12 a 18 años y que, además, incluyeron todo el país, contando en ello a regiones con bajo consumo de alcohol (Gobierno de Colombia, 2018).

Por otra parte, aunque se observa en términos absolutos que el consumo es menor entre mujeres, el criterio de significación estadística no sostiene la hipótesis de diferencias según género en las prevalencias de vida y en el mes. Esto concuerda con una tendencia global a la convergencia entre hombres y mujeres en el consumo de sustancias (Chapman, Slade, Swift, Keyes, Tonks, & Teesson, 2017), cuya sostenibilidad en el tiempo habrá que ver con el seguimiento a los datos.

El mismo balance entre datos absolutos y medidas de significación se observa en lo concerniente a las variables sobre monitoreo parental. La tendencia general es a que las niñas sean más monitoreadas, aunque el indicador de significación solo sea sólido en el caso del conocimiento acerca de la ubicación de niños y niñas por parte de los padres.

Con respecto al análisis multivariado, llama la atención el peso que tienen los papás en el comportamiento de los menores de edad con respecto al alcohol. De acuerdo con esta información, tienen más riesgo de consumir alcohol los menores de edad, con independencia de su género, que creen que sus padres están de acuerdo con ese comportamiento y quienes fueron acompañados por sus padres en la primera experiencia con la bebida. Este análisis no mostró diferencias sustanciales entre estudiantes de sexo masculino y femenino con respecto al papel de las variables familiares que inciden en el consumo de alcohol, como lo han mostrado otros estudios (Becoña, Martínez, Calafat, Fernández-Hermida, Sumnall, Mendes, & Gabrhelík, 2013). Tal vez en un grupo de edades más amplio puedan notarse tales divergencias en el influjo de esas variables.

Que otras variables de índole familiar no hayan tenido indicadores de asociación no descarta que esta exista. Tal es el caso de las variables relativas al monitoreo parental. Diversas investigaciones muestran que el monitoreo parental tiene influencia sobre la probabilidad de consumo de sustancias en menores de edad (Higgins, McCann, McLaughlin, McCartan, & Perra, 2013; Li, Feigelman, & Stanton, 2000) y sobre la probabilidad de consumo de otras sustancias, con mayor énfasis en el contexto de estilos de crianza que incluyan control y comunicación (Hummel, Shelton, Heron, Moore, & van den Bree, 2013). Los datos del estudio nacional en escolares muestran que es menos probable el uso de alcohol entre más alto sea el involucramiento parental (Gobierno de Colombia, 2018). Es probable que en este estudio no se haya observado el peso de estas variables por no haberse usado una escala formal de monitoreo o involucramiento.

En cualquier caso, es un hecho que la probabilidad de consumo de una sustancia no puede ser explicada por pocas variables. El análisis ecológico, tendencia en la explicación de fenómenos humanos, muestra que existen diversas fuentes de determinación que pueden escapar de estudios centrados en formularios que no tienen en cuenta esta complejidad (Kotlaja, Wright, & Fagan, 2018; Marschall-Lévesque, Castellanos-Ryan, Vitaro, & Séguin, 2014).

Por lo anterior, este estudio es limitado en sus alcances geográficos, poblacionales y temáticos. Aun así, ofrece información importante para entender cómo se mantienen factores de vulnerabilidad de los menores de edad en Colombia, debido al comportamiento negligente o desinformado por parte de padres de familia y otros familiares, conjunto de asuntos que deberían ser más investigados para propiciar un cambio social que beneficie, en primera instancia, a los niños y niñas de Colombia.

Conflicto de intereses

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

Referencias

- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Griffith, E., Giesbrecht, N., Graham, K., ... Rossow, I. (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas* (2da edición). Washington DC.: Organización Panamericana de la Salud.
- Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Fernández-Hermida, J. R., Juan, M., Sumnall, H., Mendes, F., & Gabrhelík, R. (2013). Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*, 25(3), 292–298. doi: 10.7334/psicothema2012.294
- Cadaveira Mahía, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21(1), 09-14. doi: 10.20882/adicciones.246

- Chapman, C., Slade, T., Swift, W., Keyes, K., Tonks, Z., & Teesson, M. (2017). Evidence for Sex Convergence in Prevalence of Cannabis Use: A Systematic Review and Meta-Regression. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(3), 344-352. doi: 10.15288/jsad.2017.78.344
- Cottrell, S. A., Branstetter, S., Cottrell, L., Harris, C. V., Rishel, C., & Stanton, B. F. (2007). Development and Validation of a Parental Monitoring Instrument: Measuring How Parents Monitor Adolescents' Activities and Risk Behaviors. *The Family Journal*, 15(4), 328-335. doi: 10.1177/1066480707303748
- De Santis, S., Bach, P., Pérez-Cervera, L., Cosa-Linan, A., Weil, G., Vollstädt-Klein, S., ... Canals, S. (2019). Microstructural White Matter Alterations in Men With Alcohol Use Disorder and Rats With Excessive Alcohol Consumption During Early Abstinence. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 749-758. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0318
- Gobierno de Colombia. (2018). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar. Colombia 2016. Bogotá DC.: Observatorio de Drogas de Colombia.
- Higgins, K., McCann, M., McLaughlin, A., McCartan, C., & Perra, O. (2013). *Investigating parental monitoring, school and family influences on adolescent alcohol use*. Belfast: Institute of Child Care Research. Queen's University Belfast.
- Hummel, A., Shelton, K. H., Heron, J., Moore, L., & van den Bree, M. B. M. (2013). A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use: Family, puberty and adolescent substance use. *Addiction*, 108(3), 487-496. doi: 10.1111/add.12055
- Kotlaja, M. M., Wright, E. M., & Fagan, A. A. (2018). Neighborhood Parks and Playgrounds: Risky or Protective Contexts for Youth Substance Use? *Journal of Drug Issues*, 48(4), 657-675. doi: 10.1177/0022042618788834
- Li, X., Feigelman, S., & Stanton, B. (2000). Perceived parental monitoring and health risk behaviors among urban low-income African-American children and adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 27(1), 43-48. doi: 10.1016/S1054-139X(99)00077-4
- Marschall-Lévesque, S., Castellanos-Ryan, N., Vitaro, F., & Séguin, J. R. (2014). Moderators of the association between peer and target adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 39(1), 48-70. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.09.025
- Martínez-Ortiz, E., Sierra-Acuña, D., Jaimes-Osma, J., y Claro-Gálvez, A. (2011). Evaluación de un programa de prevención del consumo de alcohol en niños de estratos económicos bajos. *Revista Vanguardia Psicológica*, 2(2), 127-143.
- Nielsen, D. A., Utrankar, A., Reyes, J. A., Simons, D. D., & Kosten, T. R. (2012). Epigenetics of drug abuse: Predisposition or response. *Pharmacogenomics*, 13(10), 1149-1160. doi: 10.2217/pgs.12.94

- Observatorio Interamericano de Drogas. (2015). *Informe del uso de drogas en Las Américas*. Washington DC.: CICAD/OEA.
- Parsai, M., Marsiglia, F. F., & Kulis, S. (2010). Parental Monitoring, Religious Involvement and Drug Use Among Latino and Non-Latino Youth in the Southwestern United States. *British Journal of Social Work*, 40(1), 100-114. doi: 10.1093/bjsw/bcn100
- Pérez, A., Mejía, J., Reyes, M. F., y Cardozo, F. (2015). *Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia*. Bogotá DC.: Corporación Nuevos Rumbos.
- Pérez, A., y Scoppetta, O. (2008). *Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia*. Bogotá DC.: Corporación Nuevos Rumbos.
- Pokhrel, P., Unger, J. B., Wagner, K. D., Ritt-Olson, A., & Sussman, S. (2008). Effects of Parental Monitoring, Parent-Child Communication, and Parents' Expectation of the Child's Acculturation on the Substance Use Behaviors of Urban, Hispanic Adolescents. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 7(2), 200-213. doi: 10.1080/15332640802055665
- Rodríguez García, F. D., Sanchiz Ruiz, M. L., y Bisquerra Alzina, R. (2014). Consumo de alcohol en la adolescencia: Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Salud mental*, 37(3), 255-260. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000300010
- Scoppetta, O. (2010). *Consumo de drogas en Colombia: Características y tendencias*. Bogotá DC.: Dirección Nacional de Estupefacientes.
- Scoppetta, O., Pérez, A., y Lanziano, C. (2011). Perfiles asociados al consumo de alcohol de adolescentes escolarizados mediante análisis de correspondencias múltiples. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(1), 139-146. Recuperado de https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/363/368.
- Shield, K. D., Parry, C., & Rehm, J. (2014). Chronic Diseases and Conditions Related to Alcohol Use. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 155-171. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908707/>
- Springer, A. E., Sharma, S., de Guardado, A. M., Nava, F. V., & Kelder, S. H. (2006). Perceived Parental Monitoring and Health Risk Behavior among Public Secondary School Students in El Salvador. *The Scientific World Journal*, 6, 1810-1814. doi: 10.1100/tsw.2006.284
- Squeglia, L. M., Jacobus, J., & Tapert, S. F. (2014). The effect of alcohol use on human adolescent brain structures and systems. *Handbook of Clinical Neurology*, 125, 501-510. doi: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00028-8

Actitudes, creencias y estigmas atribuidos por profesionales de la salud a dependientes de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática

Attitudes, beliefs and stigma attributed by health professionals to dependents of psychoactive substances: a systematic review

Vitor Leite Ferreira^{*}
María Elena Iturriaga Goroso^{**}
Telmo Mota Ronzani^{***}

Recibido: 12 de diciembre de 2018–Aceptado: 23 de mayo de 2019–Publicado: 16 de septiembre de 2019

Forma de citar este artículo en APA:

Leite Ferreira, V., Iturriaga Goroso, M. E., y Mota Ronzani, T. (julio-diciembre, 2019). Actitudes, creencias y estigma atribuidos por profesionales de la salud a dependientes de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), pp. 225-245. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3368>

Resumen

Objetivos: el uso abusivo y la dependencia de alcohol y otras drogas es muy común entre las comunidades y es visto como un problema de salud pública que requiere cuidados y tratamientos; así, la presente revisión sistemática tiene como objetivo analizar las publicaciones científicas concernientes a las actitudes, creencias y comportamientos estigmatizantes por parte de los profesionales de la salud frente a los usuarios de sustancias psicoactivas, quienes buscan atención en los servicios de salud. **Metodología:** durante el mes de mayo de 2018 se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de SciELO, LILACS, Pubmed, PsycINFO y Pepsic que generó un total de 35 artículos que se correspondieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** se logra observar que, aunque los profesionales tienen consciencia acerca de su rol en la atención de los pacientes, y a veces tienen predisposición para atenderlos, las actitudes y creencias negativas pravelecen, debido al miedo, el poco interés, el prejuicio, la impaciencia y la falta de conocimiento sobre la problemática, evidenciados

^{*} Graduado, Universidad Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas – CREPEIA. Contacto: vitorleitefer@gmail.com

^{**} Graduada, Universidad Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas – CREPEIA. Contacto: meig-2011@hotmail.com

^{***} Doctor, Universidad Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas – CREPEIA. Contacto: tm.ronzani@gmail.com

en los comportamientos de dichos profesionales. Por lo tanto, se señala la necesidad de promover discusiones y nuevas reflexiones que deben ser realizadas conjuntamente con los profesionales, cuyo objetivo sea trabajar desde la formación la elaboración de estrategias de disminución de las actitudes negativas y del estigma.

Palabras clave:

Actitud; Creencias; Prejuicio; Abuso de drogas; Servicio de salud.

Abstract

Objectives: the abusive use and dependence of alcohol and other drugs is very common among communities and seen as a public health problem, which requires care and treatment; thus, this systematic review aims to analyze scientific publications regarding stigmatizing attitudes, beliefs and behaviors by health professionals vis-à-vis users of psychoactive substances, who seek for care in health services. **Methodology:** During the month of May 2018, a bibliographic search was carried out in the databases of SciELO, LILACS, Pubmed, PsycINFO and Pepsic, which generated a total of 35 articles that corresponded to the inclusion criteria. **Results:** it is possible to observe that, although professionals are aware of their role in patient care and that sometimes they have a predisposition to attend them, negative attitudes and beliefs prevail, due to fear, low interest, prejudice, impatience and lack of knowledge about the problem, evidenced in the behaviors of these professionals. Therefore, it is pointed out the need to promote discussions and new reflections, which must be carried out jointly with the professionals, with the objective of developing strategies to reduce negative attitudes and stigma, which must be worked on from the training.

Keywords:

Attitude; Beliefs; Prejudice; Drugs abuse; Health Service.

Introducción

El hombre desde tiempos muy antiguos mantiene relación con las sustancias psicoactivas. Los miembros de diversas culturas ya hacían uso de plantas para provocar alteraciones en la consciencia, por ejemplo, el opio ya era mencionado en los escritos antiguos de los babilónicos y egipcios (MacRae, 2001). El alcohol ya existía desde el período Neolítico, hace aproximadamente diez mil años, cuando el ser humano tuvo contacto con el proceso de fermentación natural (Rosa, 2017). El uso de drogas, como son comúnmente llamadas, eran y aún son pautadas por condiciones socioeconómicas, culturales y psicológicas e insertas en contextos de fiestas, rituales y en situaciones de tiempo libre, buscadas con la finalidad de librar a las personas de cansancios y tensiones, y son, por lo tanto, parte de la historia de la sociedad (Adorno, 2008; Vargas, Bittencourt, Rocha, & Oliveira, 2013; Rosa, 2017).

Con respecto a los datos del uso de drogas en el ámbito global, se estima que el 5% de la población mundial en edades entre los 15 y 65 años utilizó alguna droga en 2015, datos que se mantuvieron estables durante nueve años, lo que significa que una franja de 158 a 351 millones de personas hace uso de alguna droga ilícita, de acuerdo con la información proporcionada por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017). El consumo de alcohol, a su vez, fue de 6,4 litros por persona en la edad de 15 años o más en 2016. Esos números traducen un gran aumento, que ocurrió a partir del siglo XIX, en el uso de esos productos, que dejó de limitarse a las tradiciones religiosas y a prescripciones médicas, y dio inicio a una búsqueda en las últimas décadas de bienestar en medio del sufrimiento psíquico. Tales datos revelan un cuadro preocupante que envuelve las esferas públicas y genera debates desarrollados en la política, en la academia y la sociedad, ya que el uso de sustancias psicoactivas puede causar daños en la salud de los individuos, además de afectar los campos afectivo, educacional y económico (Vargas et al., 2013; Prates, Pinho, Oliveira, & Claro, 2014; Paiva, Ferreira, Martins, Barros, & Ronzani, 2014; Silva, & Peres, 2014).

La Oficina de las Naciones Unidas contra La Droga y el Delito (2017) además apunta que el 0,6% de las personas (29,5 millones) que usan drogas ilícitas tienen algún trastorno como consecuencia de ese uso. Asimismo, el *Global Status Report On Alcohol and Health* de 2018 informa que el 5.1% de la población adulta presentó problemas referentes al uso de alcohol en 2016; el 2,6% de las personas con más de 15 años son considerados dependientes de esa sustancia, lo que quiere decir que, muy probablemente, necesitan y buscan alguna ayuda o un tratamiento. La Atención Primaria de la Salud (APS) normalmente es el centro al que acuden estos usuarios, pues es la puerta de entrada al sistema de salud de su país. La APS se configura como una

estrategia de organización de la atención a la salud que debe funcionar de forma regionalizada, continua y sistemática, esto debe abarcar todo el territorio nacional y garantizar no solo la atención inicial, sino también una continuidad de los tratamientos y dar importancia a las acciones preventivas (Corrêa Matta, & Morosini, 2009; Ross, Vigod, Wishart, Waese, Spence, Oliver... Shields, 2015). Sin embargo, algunos estudios muestran que existen limitaciones con respecto al recibimiento de estos casos por parte de los profesionales, ya que relatan no sentirse cómodos con los usuarios de drogas, con lo que evidencian poco conocimiento sobre la temática. Además, atribuyen poca confianza a los tratamientos para el uso de drogas, por lo que demuestran resistencia en atenderlos y actitudes negativas que pueden afectar la calidad de la atención (Lev-Ran, Adler, Nitzan, & Fennig, 2013; Chu & Galang, 2013; Talbot, Dorrian, & Chapman, 2015).

Esa situación, que no se limita solamente a la atención primaria, se hace presente también en otros niveles de atención, lo cual es preocupante ya que actitudes negativas como los comportamientos estigmatizantes son una barrera en el acceso a la atención a los usuarios, que pueden negarse a participar de un tratamiento o abandonarlo antes de lo previsto, además de generar una situación desagradable para el paciente, que no se sentirá bien en discutir sus hábitos de uso con el profesional, y ello deriva en la disminución de sus posibilidades de recuperación (Meltzer, Suppes, Burns, Shuman, Orfanos, Sturiano... Fins, 2013; Wakeman, Pham-Kanter, & Donelan, 2016).

Las actitudes pueden ser definidas de forma sucinta como un conjunto de manifestaciones y juicios generales y duraderos, positivos o negativos, sobre los objetos presentes en el mundo, ya sean personas, comportamientos, sentimientos, ideas abstractas, grupos, entre otros, constituidas por factores afectivos, comportamentales y cognitivos, como las creencias. Esas creencias, representaciones simbólicas originarias de las experiencias de cada persona, poseen algunas características básicas tales como ser concepciones del individuo conocidas por el otro cuando son expresadas, además de influenciar en la percepción y la comprensión de los hechos, en las relaciones personales y en los procesos sociales de ese individuo (Caixeta, Pedrosa, & Haas, 2016; Ferreira, 2010; Badaró, 2015). Las actitudes tienen una fuerte relación con el proceso de estigmatización, que puede ocurrir en el ámbito social, estructural o direccionado al individuo por él mismo. El estigma social se define como una señal o marca atribuidos a un individuo, el cual pasa a ser visto como inferior respecto a las personas que no comparten esa marca, y es formado por los juicios y creencias que van a designar ciertas características negativas de una persona o de un grupo y, si son compartidas por varias personas o sociedades, tendrán una fuerte influencia sobre la relación del individuo estigmatizado y el ambiente a su alrededor, permitiendo que él sea estereotipado y marginado (Ronzani & Furtado, 2010; Fonti, Davis, & Ferguson, 2016).

Debido a que las actitudes negativas entorpecen el proceso de tratamiento y alejan a los usuarios de los servicios de salud, es natural que actitudes más positivas y respetuosas en relación a los usuarios sean más beneficiosas, ya que cuando los profesionales demuestran más consideración con el usuario, tienden a sentirse más preparados y motivados para trabajar con esos pacientes (Ronzani & Furtado, 2010). Se espera que esos servicios (especializados, de internación, emergencia, ambulatorios, atención primaria o secundaria, entre otros), puedan poner en práctica acciones que se dirijan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. Esa concepción es muy discutida en los últimos cuarenta años y defiende una posición en la cual el fenómeno salud-enfermedad se vincula a una visión mucho más amplia, entendida como multicausal y relacionada con la calidad de vida y las condiciones sociales, se da importancia al contexto en el que el individuo vive y cómo lo afecta todo aquello. Se deja de lado el modelo biomédico antiguo centrado en la salud como ausencia de enfermedad (Sebastiani & Maia, 2005).

Teniendo en cuenta que los estudios sobre las actitudes de los profesionales de la salud pueden contribuir en el establecimiento de estrategias para mejorar la calidad y la accesibilidad a los servicios, el presente artículo tiene como objetivo realizar una revisión sistemática de la literatura sobre las actitudes, creencias y los comportamientos estigmatizantes de los profesionales de la salud frente al usuario de alcohol y otras drogas.

Métodos

La presente revisión sistemática fue elaborada a partir de las recomendaciones indicadas en la guía *Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Liberati, Altman, Tetzlaff, Mulrow, Gøtzsche, Loannidis... Moher, 2009), enfocada en la producción científica nacional e internacional sobre las actitudes, creencias y estigma atribuidos por profesionales de la salud a usuarios de drogas.

Fue realizada una búsqueda bibliográfica durante mayo de 2018 de los artículos publicados sobre dicha temática en las bases de datos Pubmed, PsycINFO (APA), SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), Pepsic (*Periódicos Eletrónicos en Psicología*) y LILACS (*Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud*), con los descriptores actitudes, creencias, estigma social, dependientes de drogas y profesionales de salud, en portugués e inglés, siendo los descriptores traducidos para el inglés como attitudes, beliefs, social stigma, drug dependence y health professionals. La búsqueda fue realizada intercalando los constructos actitudes, creencias y estigma social, manteniendo los descriptores dependencia de drogas y profesionales de salud. Fue utilizada la expresión booleana AND con la finalidad de localizar registros donde se presentaran simultáneamente los descriptores citados.

Como criterio inicial de inclusión, fue establecido un período de 2012 a 2018 para las publicaciones; se consideraron artículos en portugués e inglés que fueran resultados de investigación y evaluaran las actitudes, creencias, estigma, percepciones y concepciones en general presentadas por profesionales formados frente al usuario de drogas, como también las creencias y concepciones acerca de perspectivas abstinentes y no abstinentes, como de reducción de daños, en tanto prácticas desarrolladas a lo largo del tratamiento. La inclusión de ese tema se debe al hecho de que aceptar, aún parcialmente, acciones que envuelvan la reducción de daños, contribuye a tener un mayor respeto hacia el individuo y su libertad de escoger las direcciones que toma a partir del momento en el que busca una ayuda o un tratamiento. Esto permite fortalecer el vínculo paciente-profesional y evita que quede expuesto a actitudes negativas tendientes a metas de abstinencia total que no siempre son compatibles con lo que aquella persona puede soportar en determinado momento o con lo que desee hacer (Queiroz, 2001).

Los datos excluidos fueron: revisiones sistemáticas, intervenciones para el cambio de actitudes, abordajes sobre otras enfermedades coexistiendo con el uso abusivo de sustancias, opiniones sobre tratamientos medicamentosos, tesis y capítulos de libros, artículos sobre tabaco o sobre drogas usadas bajo prescripción, y artículos no encontrados para su lectura completa.

Inicialmente fueron leídos los títulos y los resúmenes de los artículos para averiguar si se correspondían con los criterios de inclusión. Resultados duplicados fueron excluidos, luego se procedió con la etapa de lectura total de los estudios restantes, proceso que generó algunas observaciones que no fueron percibidas antes. Se excluyeron así otros estudios para seguir los criterios de inclusión presentados. Los textos se analizaron a partir de aspectos como país de origen, año de publicación, categorías profesionales, abordaje metodológico, público y contexto donde actúan los profesionales, instrumentos utilizados y conclusiones descritas por los autores.

Resultados

La búsqueda electrónica en los bancos de datos arrojó 1.109 artículos. Se eliminaron 205 artículos duplicados y se obtuvieron 904 artículos. De esos, 834 fueron excluidos luego de la lectura de los títulos y resúmenes, quedando un total de 70 artículos. En esa etapa, todos los textos fueron leídos integralmente y se excluyeron otros 35 que no obedecían a los criterios de inclusión. La muestra, finalmente, quedó conformada por 35 artículos elegidos para dicha revisión (ver Figura 1).

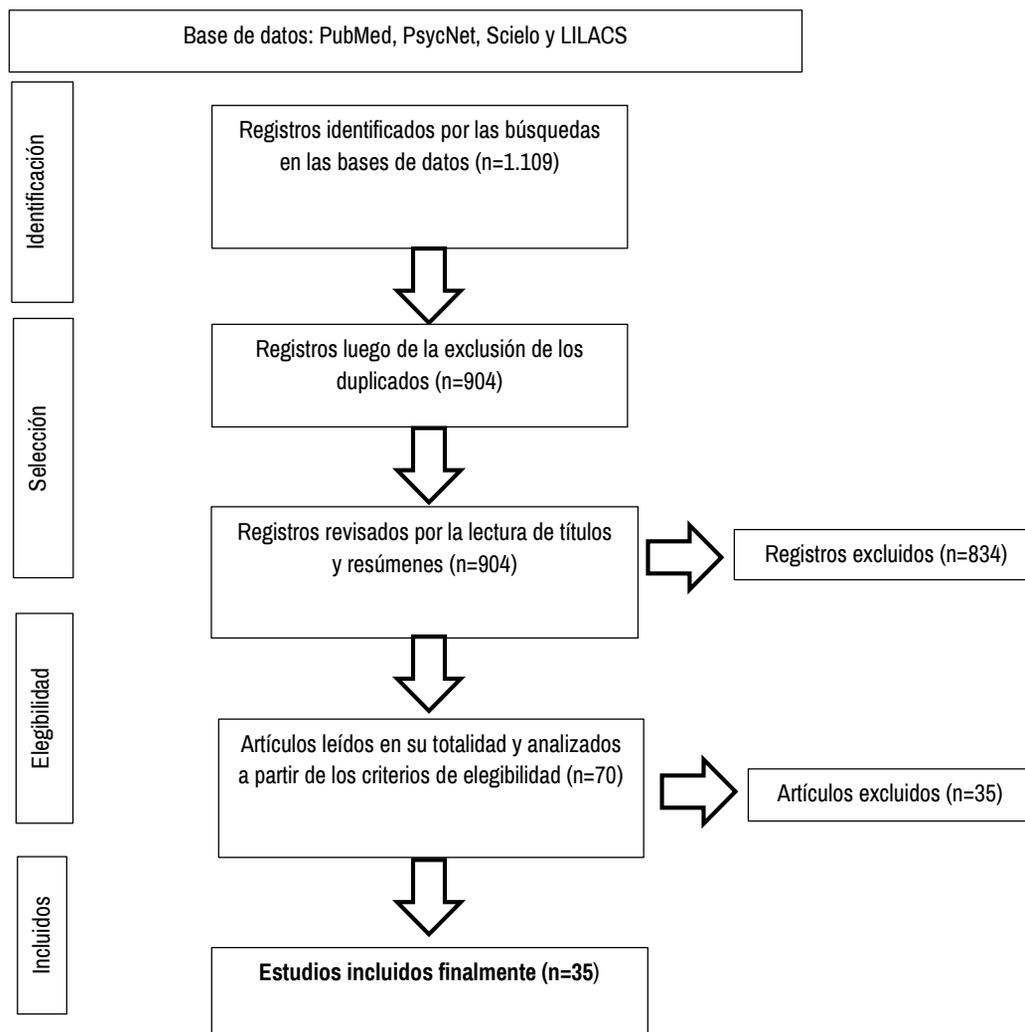


Figura 1. Flujograma PRISMA. Procedimientos de identificación y selección de los estudios incluidos en la revisión sistemática.

Considerando el análisis de los artículos, al observar los abordajes metodológicos utilizados, el 43% de los estudios corresponden a investigaciones cualitativas, el 51% a métodos cuantitativos, mientras que solo el 6% utilizaron métodos cualitativos/cuantitativos en el mismo estudio (ver tabla 1).

Tabla 1. Relación de las variables investigadas por número de publicaciones y porcentaje

Variables	Resultados
Abordaje Metodológico	Número de publicaciones / (%)
Cuantitativa	18 / (51%)
Cualitativa	15 / (43%)
Cuant. /cual.	2 / (6%)
País	
EUA	8 / (23%)
Australia	6 / (17%)
Canadá y Francia	3 / (9%)
Bélgica y Holanda	2 / (6%)
Brasil, Chile, Egipto, Escocia, Finlandia, Georgia, Inglaterra, Israel, Nueva Zelanda y Taiwán	1 / (3%)
Año	
2012	4 / (11%)
2013	9 / (26%)
2014	6 / (17%)
2015	6 / (17%)
2016	6 / (17%)
2017	4 / (11%)
Públicos o contextos abordados	
Público general	20 / (57%)
Creencias sobre tratamientos no abstinentes	5 / (14%)
Mujeres embarazadas	5 / (14%)
Mujeres veteranas de guerra de los EUA	2 / (6%)
Contexto de trabajo, rural y escolar	1 / (3%)
Categorías Profesionales	
Clínicos generales	17 / (49%)
Enfermeros	15 / (43%)
Otras especialidades médicas	11 / (31%)
Especialistas en el área de drogas	6 / (17%)
Psicólogos	4 / (11%)
Profesionales del área social	3 / (9%)
Téc/aux de enfermería	2 / (6%)
Otros	1 / (3%)
Evaluación final respecto a las actitudes/creencias	
Negativas	18 / (51%)
Positivas	11 / (32%)
Moderadas	4 / (11%)
No especificado	2 / (6%)

El país con más publicaciones fue los EUA con 23% de las investigaciones, seguido por Australia con 17%, Canadá y Francia con 9% cada uno, Bélgica y Holanda, ambos con el 6% y los demás países encontrados con 3%, lo que representa 1 publicación por país, los mismos corresponden a Brasil, Inglaterra, Taiwán, Tailandia, Polonia, Chile, Escocia, Egipto, Georgia, Finlandia, Israel y Nueva Zelanda. También hubo un estudio realizado con individuos de Francia y Finlandia. Con relación al año, 26% fueron publicados en 2013, 17% en 2014, 2015 o 2016, los restantes publicados en 2012 o 2017. No se obtuvieron resultados publicados en 2018 (ver tabla 1).

La muestra de las investigaciones varió en cantidad de 6 hasta 2.793 personas. La gran mayoría de las investigaciones abordaban actitudes y creencias en relación a un público general (57%). Otros públicos encontrados eran mujeres embarazadas usuarias de alcohol y otras drogas (14%) y mujeres veteranas de guerra de los EUA (6%). Trabajadores atendidos por médicos ocupacionales, contexto rural y contexto escolar representaron 3% cada uno. Artículos sobre creencias acerca de tratamientos no abstinentes versus abstinentes tuvieron un valor de 14% (ver tabla 1).

Los estudios en su mayoría trabajaron con más de una categoría profesional a la vez para obtener sus resultados. Entre los cargos profesionales ocupados por los participantes, se constató una gran presencia de clínicos generales en el 49% de las investigaciones y el 43% de los estudios fueron con enfermeros, junto con otras especialidades médicas (31%), especialistas en el área de drogas (17%), psicólogos (11%), profesionales del área social (9%) y técnicos o auxiliares de enfermería (6%) (ver tabla 1).

En relación a las actitudes, se observa un cuadro mayoritariamente negativo por parte de los profesionales de la salud frente al usuario de alcohol y otras drogas. Aunque los resultados y conclusiones de cada estudio mostraron consideraciones positivas y negativas, la evaluación final se dirigía hacia una noción más negativa (51%) o más positiva (32%) en general. Algunos resultados fueron considerados moderados (11%) por presentar un juicio más equilibrado, mientras que 2 estudios (6%) formularon sus resultados y discusiones con base comparativa entre categorías profesionales, sin dejar claro si los constructos investigados se presentaban más como positivos o como negativos (Lev-Ran et al., 2013; van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2014) (ver tabla 1).

Actitudes, creencias y estigma fueron los constructos centrales para realizar la búsqueda en las bases de datos. Tales conceptos se abordaron por los investigadores por medio de entrevistas, diversos cuestionarios propios y pre-existentes, y escalas, como la *Escala de Actitudes Frente al Alcohol, al Alcoholismo y al Alcohólico (EAFAAA)*, *Drug and Drug Problemas Perception Questionnaire (DDPPQ)*, *Attitudes Towards Recovery Survey (ATR)*, *Elements of Recovery Questionnaire (ERQ)*, *Attribution Questionnaire* y *Attitudes and Beliefs about Alcoholism and Alcoholics Questionnaire*. Algunos estudios, sin embargo, no abordaron exactamente esos constructos, en lugar de ello utilizaron nociones de percepciones, concepciones y experiencias, que se aproximan más a la noción semántica de creencias, evaluadas principalmente por medio de entrevistas en las investigaciones cualitativas, y por cuestionario propio y otros, como el *Medical Condition Regard Scale*, *Attribution Questionnaire* y *Level of Contact Report*, en las cuantitativas.

Las creencias y actitudes positivas se demostraron por medio de acciones más empáticas, de respeto y consideración con el paciente usuario de drogas. Estudios como el de Slaunwhite & Macdonald (2015) apuntan hacia la preocupación de los profesionales en relación a los daños que el uso abusivo de alcohol puede causar

a los pacientes, y ciertas consideraciones que revelan un cuidado con ellos dado que en el contexto rural, en el que se desarrolló la investigación, se presentan barreras que impiden los desdoblamientos de un posible tratamiento, como la ausencia de la atención secundaria y terciaria, y la dificultad de transporte hacia las ciudades próximas donde esos servicios serían encontrados. Sumado a eso, la noción que el profesional tiene de la importancia y responsabilidad de sus funciones en cuanto piezas fundamentales para el tratamiento del paciente, bien como la percepción del abuso y dependencia de alcohol y otras drogas más como una enfermedad y menos como una falla moral, fueron observadas como factores bastante positivos (Lawrence, Rasinski, Yoon, & Curlin, 2013; Doi, Cheyne, & Jepsen, 2014; Ramos, Sebastian, Murphy, Oreskovich, & Condon, 2017). Siendo así, tratar el tema alcohol y drogas en las consultas, por más delicado y evadido que sea (Tam, Zwar, & Markham, 2013; Doi et al., 2014), fue considerado como importante y la consiguiente estimulación del paciente a seguir con el tratamiento, basado en actitudes que fortalezcan la relación médico-paciente, fue visto como un facilitador para investigar y tratar los problemas referentes al alcohol (Abraham, Lewis, Drummond, Tinko, & Cucciare, 2017).

Los aspectos negativos, a su vez, muy comunes en las percepciones y experiencias de profesionales de salud respecto a usuarios de alcohol y otras drogas, se hacen presentes en los adjetivos que suelen ser dirigidos a los usuarios. Mentirosos, irresponsables, desmotivados, portadores de discursos no confiables, son algunas de las características atribuidas a ese grupo de pacientes, las cuales son aun peores cuando se trata de mujeres embarazadas, que son vistas bajo una óptica de desvío de carácter e intenso moralismo (Kirtadze, Otiashvili, O'Grady, Zule, Krupsky, Wendee, & Jones, 2013; Benoit, Stengel, Marcellus, Hallgrimsdottir, Anderson, MacKinnon...Charbonneau, 2014; Hanpatchaiyakul, Eriksson, Kijssomporn, & Ostlund, 2016). Además, el miedo, el estrés, la falta de paciencia, la desmotivación y, principalmente, la falta de conocimiento sobre la temática por parte de los profesionales, son puntos clave para una atención ineficiente (Chu & Galang, 2013; Ortega & Ventura, 2013). Esa falta de conocimiento viene de la poca atención dada en los currículos de los cursos sobre la cuestión del usuario de drogas, lo que perjudica la formación del profesional que acaba no sabiendo manejar la situación con esos pacientes, por lo tanto, la necesidad de entrenamientos y capacitaciones son altamente citados por los participantes involucrados en las investigaciones (Rocha, Vargas, Oliveira, & Bittencourt, 2013; Ketterer, Symons, Lambrechts, Mairiaux, Godderis, Peremans...Vanmeerbeek, 2014; Reddy, Andersen, Gelberg, 2015; Reyre, Jeannin, Largueche, Moro, Baubet & Taieb, 2017). Otros estudios presentan que el descuido para tratar el tema en las consultas se debe a que los profesionales afirman saber de su papel para realizar procedimientos como triajes, intervenciones y derivaciones, sin embargo, no logran realmente poner en práctica esas acciones (Mules et al., 2012), sea por la ya mencionada falta de conocimiento, por las creencias negativas, por no considerar el abuso/dependencia de sustancias algo tan serio como otras posibles enfermedades y también por falta de tiempo (Norberg et al., 2012; Abraham, Lewis, & Cucciare, 2017).

Haciendo referencia a la manera cómo el abandono de las sustancias psicoactivas por el usuario es abordado por parte de los profesionales, se considera las metas de abstinencia o de no abstinencia como medios para el tratamiento, se observa que métodos más permisivos en cuanto al uso de drogas durante el tratamiento son vistos de forma más negativa. Es sabido que las políticas de Reducción de Daños no tienen aceptación universal y todavía hoy son altamente criticadas y evitadas en algunos países. Algunos países como Francia, Reino Unido, Alemania, Australia y Nueva Zelanda son los lugares donde se encuentran más instituciones que utilizan la propuesta de reducción de daños; un contexto diferente, por ejemplo, de Polonia, es un país donde fue realizada la investigación de Klingemann (2016), cuyos resultados consistentes con la realidad del país mostraron que estrategias de reducción del consumo de riesgo del alcohol fueron más aceptadas como meta intermedia y no como final, y que las creencias de los terapeutas sobre el asunto eran obstáculos mayores que las directrices de las instituciones. En EUA, Davis & Rosenberg (2013) entrevistaron médicos actuantes en el área de drogas, de los cuales más de 2/3 no permitirían a ninguno de sus pacientes que siguieran metas de no abstinencia, independientemente si aquellas serían temporales o metas finales, opiniones justificadas por creencias en la no efectividad de esos preceptos y por ir en contra de la filosofía empleada por el profesional en cuestión. El estudio de Maffina, Deane, Lyons, Crowe & Kelly (2013), en Australia, muestra números altos de profesionales que creen que para una recuperación, el usuario debe abstenerse de todas las drogas. Sin embargo, Australia es más conocida por las prácticas no abstinentes, los resultados pueden ser explicados por el sesgo religioso, ya que este estudio fue realizado en una comunidad terapéutica que sigue preceptos cristianos.

El tipo de droga utilizada también genera discusiones en lo que respecta a la reducción de daños. De forma general, los profesionales estudiados por Rosenberg & Davis (2014) asumen una mayor aceptación de metas de no abstinencia concernientes al uso de alcohol y marihuana, pero no tanto para el uso de otras drogas ilícitas consideradas más pesadas, como heroína, cocaína y éxtasis. Por el contrario, enfermeras psiquiátricas de Francia entrevistadas por Gray (2014) demostraron una visión más positiva de la relación con el paciente y la reducción de daños, destacaron el respeto a su autonomía; indicaron que las reglas y los límites deben ser claros y conversados entre ambos, aunque las transgresiones a esos límites son comunes.

Discusión

La revisión sistemática presente en este estudio fue realizada con el objetivo de indagar lo que la literatura científica ha investigado y presentado como resultados en lo referente a las actitudes, creencias y comportamientos estigmatizantes atribuidos por profesionales de la salud a usuarios de drogas en los servicios de salud. Las investigaciones analizadas abordaron, principalmente, los constructos actitudes y creencias haciendo poco énfasis en el estigma en sí. Creencias y actitudes se presentan como objeto de estudio más operacionales y fáciles de ser alcanzados, sea por medio de escalas y cuestionarios o por entrevistas, que revelan de forma

amplia y detallada las impresiones de los participantes acerca del usuario de sustancias. Asimismo, más allá de esos constructos con definiciones claras y comúnmente estudiados por la psicología, los autores utilizaron términos como concepciones, opiniones y percepciones para designar los títulos y objetivos de sus artículos, demostrando que el interés en explorar ese asunto reside más en la búsqueda de conocimientos sobre la situación general, cómo se presenta la misma, sus posibles causas y efectos, que en algo más pragmático, desarrollando conceptos y teorías sobre lo que serían las creencias o el estigma, o el proceso que desencadena comportamientos estigmatizantes.

Por ser un estudio que abarcó publicaciones de varias partes del mundo, los resultados dejan claro que la realidad del uso y dependencia del alcohol y otras drogas es una cuestión global, presente en todas las culturas y que puede alcanzar a cualquier persona, independientemente de la franja etaria, nivel de instrucción o clase social, e interfiere en lo cotidiano de poblaciones urbanas y rurales (Mendes Carvalho, Brusamarello, Noeremberg Guimarães, Paes, & Alves Maftum, 2011; Vargas et al., 2013; Slaunwhite & Macdonald, 2015), logrando afectar la salud física y mental del usuario como también su vida social y financiera (Reddy et al., 2015). En la mayoría de los países, personas con problemas vinculados a las drogas buscan un servicio generalizado antes de pensar en algún servicio especializado. Luego entran en contacto con la atención primaria, cuya posición es la ideal para detectar, prevenir y ofrecer los primeros cuidados a los pacientes que allí llegan (Mules et al., 2012). Sin embargo, aun con niveles altos de incidencia, con cerca del 10% de la población mundial usando de manera abusiva las drogas (Vargas et al., 2013), la dependencia de sustancias todavía es mal vista por los profesionales de salud, que no se sienten cómodos para tratar este asunto, consideran a los pacientes más violentos, más imprevisibles que a los portadores de otras enfermedades mentales, no confiables, además afirman tener poco tiempo para dedicarse a ellos y creen que no merecen tanta atención como sí lo haría un paciente con depresión o diabetes (Norberg, Gates, Dillon, Kavanagh, Manocha & Copeland, 2012; van Boekel, Brouwers, van Weeghel & Garretsen, 2014; Silveira, Soares, Gomide, Ferreira, Casela, Martins & Ronzani, 2015; Wakeman, Pham-Kanter & Donelan, 2016). Las creencias pautadas en un modelo moral, todavía persistentes en algunos medios, hacen que las personas vean al uso de las drogas como una falla de carácter, flaqueza y hasta como un crimen, y no ayudan en la construcción de un vínculo paciente-profesional más armonioso. Mientras existan formas de pensar a la dependencia como de causa biológica o psicológica, las concepciones pautadas en un moralismo refuerzan actitudes negativas que dejan fuera las posibilidades de rehabilitación y alejan a las personas de los servicios de salud (Lawrence et al., 2013; van Boekel et al., 2014; Wakeman et al., 2016).

Muchos de los datos encontrados en esta revisión ponen de manifiesto las representaciones de esas actitudes negativas y las circunstancias involucradas en esas cuestiones. Algunas de las situaciones que confirman ese hecho son el miedo de que tratar el tema del alcohol y otras drogas con el paciente pueda afectar la relación

de los profesionales con los usuarios (Tam, Zwar & Markham, 2013). Estos autores afirman que la desconfianza en el relato de los pacientes es una gran barrera para la detección de consumo alto de alcohol, por lo que los pacientes prefieren esconder algunas informaciones por temor a ser juzgados.

Uno de los grandes motivos presentados por los profesionales para tal comportamiento es la falta de conocimiento y el poco tiempo dedicado a la problemática en los currículos de las instituciones de enseñanza. La enseñanza formal que se centre en la teoría y en la práctica es altamente necesaria para garantizar que los profesionales puedan proceder de la mejor manera en su relación con el paciente y ante las situaciones que comúnmente ocurren, como crisis violentas, co-ocurrencia de otros trastornos mentales y hasta el propio estado emocional del profesional (Hanpatchaiyakul, Eriksson, Kijssomporn & Ostlund, 2016; Reyre, Jeannin, Largueche, Moro, Baubet & Taieb, 2017).

Muchos profesionales pueden acabar influenciando negativamente a nuevos colegas de trabajo y a practicantes que dan inicio al trabajo en determinado servicio si las actitudes presentadas no fueran las mejores (Rocha, de Vargas, Oliveira, & Bittencourt, 2013). Es interesante observar que la motivación en cuidar de pacientes con dependencia puede mejorar cuando el profesional tiene experiencia personal y familiar con el uso de drogas. La empatía y consideración por los usuarios pueden aumentar y los profesionales pasan, de este modo, a ver a aquel usuario como una persona que está atravesando por un problema y no como un problema en sí mismo, lo que permite una rutina menos estresante y hasta la preferencia del paciente con aquel profesional (Ketterer et al., 2014; Monks, Topping, & Newell, 2013). Las experiencias de vida profesional en el área también son destacadas como un engrandecedor de actitudes más positivas. Sin embargo, no es una regla general decir que convivir con pacientes con dependencia mejore las actitudes (Silveira et al., 2015), los estudios aquí presentes se manifiestan a favor de la mejoría de las concepciones de los profesionales después de haber estado con usuarios por mucho tiempo (van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2015; El Rasheed, El Sheikh, El Missiry, Hatata, & Ahmed, 2016; Wakeman et al., 2016).

Cuando se presenta dicha problemática en mujeres embarazadas, se vuelve aún más delicada. El consumo de sustancias durante el embarazo es fuertemente relacionado a problemas de salud de la madre y del recién nacido; causa una mayor incidencia de bebés prematuros y con peso menor de lo esperado para su edad, lo cual incluye problemas físicos, cognitivos y comportamentales que pueden permanecer a lo largo del desarrollo del bebé, haciendo que necesiten, por un largo tiempo, de asistencia social y médica (Doi et al., 2014; Fonti et al., 2016). Mujeres embarazadas usuarias de drogas son frecuentemente definidas como violadoras de sus responsabilidades con ellas y sus fetos, y es muy común que sean víctimas de las desigualdades sociales y de la marginación, las cuales, normalmente, preceden al uso de las drogas (Benoit et al., 2014). Siendo así, es común que los niveles de actitudes negativas y estigmatizantes por parte de los profesionales responsables se

vuelvan aún más fuertes. Por ello, actitudes positivas por parte de los profesionales pueden hacer la diferencia en la vida de esas mujeres y ofrecer oportunidades de cambio ya que, para muchas de ellas, el hecho de estar embarazadas significa la única vez en la que podrán tener la posibilidad de atención médica (Fonti et al., 2016).

Considerando el cuadro presentado y la dimensión a escala mundial a la que llega el problema de las drogas, se hace necesario recordar que las actitudes y la forma como es tratado el uso de droga, principalmente el alcohol que es lícito, es influenciado por la cultura, los hábitos de determinada región, las expectativas frente a la sustancia y a eventos como la migración, por ejemplo (Tam et al., 2013). Gray (2014) resalta ese punto importante en el contexto del sur de Francia, donde muchos inmigrantes del norte de África llegan buscando mejores oportunidades y acaban en las calles eventualmente involucrados con el alcohol y otras drogas, lo que exige de los profesionales una comprensión de esa cultura y de su lenguaje. Otro caso muy común es la ingesta de bebidas alcohólicas por adolescentes, que consumen esas sustancias sin mucha censura, aun teniendo la edad por debajo de lo permitido por la ley vigente de su país.

Así, queda claro que la cuestión del uso y abuso de alcohol y otras drogas es multifacética y restringida por concepciones que determinan la forma de usarlas, el objetivo, las consecuencias y la manera de lidiar con la situación y que, a su vez, puede presentarse como positiva o negativa. Trabajar con un individuo con dependencia de drogas no siempre es fácil, como bien muestran los resultados de las investigaciones, pero las manifestaciones negativas frente a ese paciente solo complican más la situación. Es fundamental que haya más estudios sobre la temática, basados en discusiones y reflexiones, de modo que los profesionales puedan encontrar la manera de comprometerse más con el paciente en el tratamiento y darle más confianza durante el proceso. Como bien afirman Miles, Chapman, Francis & Taylor (2013), establecer una relación de equipo entre profesional y paciente es el camino ideal para una experiencia más exitosa. Además de ello, se deben abandonar juicios y moralismos, tan desgastantes para la armonía de esa asociación, y pensar de nuevo los conceptos prohibicionistas dirigidos más hacia un camino de prisión y castigo del usuario por su denominado error, lo cual alimenta una postura de vigilancia de su comportamiento, causante de menor disposición para lograr la efectividad del tratamiento (Moraes, 2008).

Algunas limitaciones propias del proceso de revisión pueden ser presentadas en este estudio, como la elección de solo dos idiomas para realizar la búsqueda en las bases de datos, inglés y portugués, aunque la mayoría de las investigaciones alrededor del mundo sean publicadas en inglés. Los resultados estuvieron limitados a los últimos 6 años y algunos de los artículos encontrados no fueron incluidos por no estar disponibles en su totalidad en internet.

Conclusión

La presente revisión sistemática, en cuanto análisis de la producción científica actual, ofrece informaciones sobre actitudes, creencias y el eventual estigma atribuido por profesionales de salud al usuario y dependiente de alcohol y otras drogas, que tienen contacto con esos trabajadores por medio de los servicios de salud distribuidos en diferentes niveles de atención. Se evidencia que esa problemática preocupa y llama la atención de investigadores de varias partes del mundo, que en sus hallazgos encuentran resultados similares que atentan para actitudes negativas, en general, permeadas por el miedo, prejuicios, valores morales y, principalmente, desconocimiento sobre la pauta y cómo tratar personas con trastornos de ese tipo. Médicos y enfermeros, los grupos más estudiados, muchas veces prefieren evitar a esos pacientes y optan por hacer un triaje mal elaborado, comportamientos que alejan a los usuarios de los servicios y contribuyen a una menor efectividad de los resultados del tratamiento. Demostrar respeto y consideración, centrarse en una relación de equipo entre profesional y paciente, alertar al usuario de los daños que las sustancias psicoactivas pueden causar sin ser irrespetuosos de su espacio y decisiones personales en tanto ciudadano de derecho son claves fundamentales, y citadas en muchos resultados, para un tratamiento ideal. Por ello, es esencial que los cursos de formación modifiquen sus currículos para ofrecer mayores conocimientos y oportunidades prácticas para los estudiantes. Promover una enseñanza que oriente a los futuros profesionales para evaluar la realidad de las drogas como inherente a cualquier sociedad y relacionada con el contexto histórico-social en el que cada uno vive, resaltando que cada ser humano responde, percibe y sufre las contingencias de la vida de una manera diferente, es primordial para que puedan presentar más empatía en su práctica diaria y preocuparse, sobretodo, por el bienestar y la calidad de vida de los pacientes, dando a luz prácticas de promoción y prevención de la salud.

Conflicto de intereses

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

Referencias

- Abraham, T. H., Lewis, E. T., & Cucciare, M. A. (2017). Providers' Perspectives on Barriers and Facilitators to Connecting Women Veterans to Alcohol-Related Care From Primary Care. *Military Medicine*, *182*(9), 1888-1894. doi: 10.7205/MILMED-D-17-00042.
- Abraham, T. H., Lewis, E. T., Drummond, K. L., Timko, C., & Cucciare, M. A. (2017). Providers' perceptions of barriers and facilitators to disclosure of alcohol use by women veterans. *Primary Health Care Research & Development*, *18*, 64-72. doi: 10.1017/S1463423616000384
- Adorno, R. C. F. (2008). Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, *4*(1), 1-10. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100002
- Badaró, A. C. (2015). *As crenças cognitivas e suas relações com sintomas de ansiedade social e depressão* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.
- Benoit, C., Stengel, C., Marcellus, L., Hallgrimsdottir, H., Anderson, J., MacKinnon, K., ... Charbonneau, S. (2014). Providers' constructions of pregnant and early parenting women who uses substances. *Sociology of Health & Illness*, *36*(2), 252-263. doi: 10.1111/1467-9566.12106
- Caixeta, L. M. M., Pedrosa, L. A. K., & Haas, V. J. (2016). Análise das atitudes de profissionais da Atenção Primária a Saúde frente a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, *12*(2), 84-91. doi: 10.11606/issn.1806-6976.v12i2p84-91.
- Chu, C., & Galang, A. (2013). Hospital Nurses' Attitudes toward patients with a history of illicit drug use. *Canadian-nurse*, *109*(6), 29-34. Recupeardo de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23862324>
- Corrêa Matta, G. C., & Morosini, M. G. V. (2009). Atenção Primária a Saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Recuperado de http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf
- Davis, A. K., & Rosenberg, H. (2013). Acceptance of non-abstinence goals by addiction professionals in the United States. *Psychology of Addictive Behaviors*, *27*(4), 1102-1109. doi: 10.1037/a0030563.

- Doi, L., Cheyne, H., & Jepson, R. (2014). Alcohol brief interventions in Scottish antenatal care: a qualitative study of midwives' attitudes and practices. *BMC Pregnancy and childbirth*, 14(1), pp. xx-xx. doi: 10.1186/1471-2393-14-170.
- El Rasheed, A. H., El Sheikh, M. M., El Missiry, M. A., Hatata, H. A., & Ahmed, N. (2016). Addiction stigma among mental health professionals and medical students in Egypt. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 15(4), 165-174. doi: 10.1097/ADT.0000000000000090
- Ferreira, M. C. (2010). A Psicologia Social Contemporânea: principais tendências e perspectivas nacionais e internacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 51-64. Recuperado de <http://periodicos.unb.br/ojs248/index.php/revistapt/article/view/20710>
- Fonti, S., Davis, D., & Ferguson, S. (2016). The attitudes of healthcare professionals towards women using illicit substances in pregnancy: A cross-sectional study. *Women Birth*, 29(4), 330-335. doi: 10.1016/j.wombi.2016.01.001.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Gray, M. T. (2014). Agency and addiction in a harm reduction paradigm: French nurses' perspectives. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 35-42. doi: 10.1016/j.apnu.2013.09.005.
- Hanpatchaiyakul, K., Eriksson, H., Kijssomporn, J., & Ostlund, G. (2016). Healthcare providers' experiences of working with alcohol addiction treatment in Thailand. *Contemporary Nurse*, 52(1), 59-73. doi: 10.1080/10376178.2016.1183461.
- Ketterer, F., Symons, L., Lambrechts, M-C., Mairiaux, P., Godderis, L., Peremans, ... Vanmeerbeek, M. (2014). What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. *BMC Family*, 15(1). doi: 10.1186/1471-2296-15-119
- Kirtadze, I., Otiashvili, D., O'Grady, K. E., Zule, W., Kruptsky, E., Wendee, M., & Jones, H. E. (2013). Twice stigmatized: provider's perspectives on drug-using women in the Republic of Georgia. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(1), 1-9. doi: 10.1080/02791072.2013.763554
- Klingemann, J. (2016). Acceptance of Reduced-Risk Drinking as a Therapeutic Goal within the Polish Alcohol Treatment System. *Alcohol and Alcoholism*, 51(4), 436-441. doi: 10.1093/alcalc/aggv141
- Lawrence, R. E., Rasinski, K. A., Yoon, J. D., & Curlin, F. A. (2013). Physicians' beliefs about the nature of addiction: a survey of Primary Care physicians and psychiatrists. *The American Journal of Addictions*, 22(3), 255-260. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00332.x.

- Lev-Ran, S., Adler, L., Nitzan, U., & Fennig, S. (2013). Attitudes towards nicotine, alcohol and drug dependence among physicians in Israel. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 84-89. doi: 10.1016/j.jsat.2012.04.001.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Loannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS medicine*, 6(7), e1000100, 1-28. doi: 10.1371/journal.pmed.1000100
- MacRae, E. (2001). Antropologia; aspectos sociais, culturais e ritualísticos. Recuperado de http://www.neip.info/downloads/t_edw10.pdf
- Maffina, L., Deane, F. P., Lyons, G. C., Crowe, T. P., & Kelly, P. J. (2013). Relative importance of abstinence in clients' and clinicians' perspectives of recovery from drug and alcohol abuse. *Substance Use Misuse*, 48(9), 683-690. doi: 10.3109/10826084.2013.782045
- Meltzer, E. C., Suppes, A., Burns, S., Shuman, A., Orfanos, A., Sturiano, C. V., ... Fins, J. J. (2013). Stigmatization of Substance Use Disorders Among Internal Medicine Residents. *Substance Abuse*, 34(4), 356-362. doi: 10.1080/08897077.2013.815143
- Mendes Carvalho, F. R. M., Brusamarello, T., Noeremberg Guimarães, A. N., Paes, M. R., & Alves Maftum, M. A. (2011). Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. *Colombia Médica*, 42(2), 57-62. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-95342011000500007
- Miles, M., Chapman, Y., Francis, K., & Taylor, B. (2013). Midwives experiences of establishing partnerships: working with pregnant women who use illicit drugs. *Midwifery*, 30(10), 1082-1087. doi: 10.1016/j.midw.2013.06.020.
- Monks, R., Topping, A., & Newell, R. (2013). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 935-946. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x.
- Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 121-133. doi: 10.1590/S1413-81232008000100017
- Mules, T., Taylor, J., Price, R., Walker, L., Singh, B., Newsam, P., ... Jenkin, G. (2012). Addressing patient alcohol use: a view from general practice. *Journal of Primary Health Care*, 4(3), 217-222. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22946070>

- Norberg, M. M., Gates, P., Dillon, P., Kavanagh, D. J., Manocha, R., & Copeland, J. (2012). Screening and managing cannabis use: comparing GP's and nurses' knowledge, beliefs, and behavior. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 7, pp. xx-xx. doi: 10.1186/1747-597X-7-31.
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017). Informe mundial de drogas. Recuperado de https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf
- Ortega, L. B., & Ventura, C.A. (2013). I am alone: the experience of nurses delivering care to alcohol and drug users. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(6), 1379-1386. doi: 10.1590/S0080-623420130000600019.
- Paiva, F. S., Ferreira, M. L., Martins, M. Z. F., Barros, S. L. C. F., & Ronzani, T. M. (2014). A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. *Psicologia e Sociedade*, 26(3), 696-706. doi: 10.1590/S0102-71822014000300018
- Prates, J. G., Pinho, P. H., Oliveira, M. A. F., & Claro, H. G. (2014). A concepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas. *Saúde Debate*, 38(101), 318-327. doi: 10.5935/0103-1104.20140029.
- Queiroz, I. S. (2001). Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(4), 2-15. doi: 10.1590/S1414-98932001000400002
- Ramos, M. M., Sebastian, R. A., Murphy, M., Oreskovich, K., & Condon, T. P. (2017). Adolescent substance use: Assessing the knowledge, attitudes, and practices of a school-based health center workforce. *Substance Abuse*, 38(2), 230-236. doi: 10.1080/08897077.2017.1287149
- Reddy, A. T., Andersen, R. M. & Gelberg, L. (2015). Clinicians' Beliefs and Practices Regarding Drug Use Care of Their Community Health Center Patients. *Journal of Addiction Medicine*, 9(6), 447-453. doi: 10.1097/ADM.0000000000000158.
- Reyre, A., Jeannin, R., Lagueche, M., Moro, M. R., Baubet, T. & Taieb, O. (2017). Overcoming professionals' challenging experiences to promote a trustful therapeutic alliance in addiction treatment: A qualitative study. *Drug and Alcohol Dependence*, 174, 30-38. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.01.015
- Rocha, F. M., de Vargas, D., Oliveira, M. A. de F., & Bittencourt, M. N. (2013). Caring for people with psychoactive substance dependence: nursing student perceptions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(3), 671-677. doi: 10.1590/S0080-623420130000300021
- Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010). Estigma Social sobre o uso de álcool. *J Bras Psiquiatr.*, 59(4), 326-332. doi: 10.1590/S0047-20852010000400010

- Rosa, C. R. (2017). O álcool e a violência doméstica: efeitos e dramas. *VirtuaJus*, 13(1), 243-269. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/virtuajus/article/view/15099>
- Rosenberg, H., & Davis, A. K. (2014). Differences in the acceptability of non-abstinence goals by type of drug among American substance abuse clinicians. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 214-218. doi: 10.1016/j.jsat.2013.07.005.
- Ross, L. E., Vigod, S., Wishart, J., Waese, M., Spence, J. D., Oliver, J., ... Shields, R. (2015). Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 16(135), 1-13. doi: 10.1186/s12875-015-0353-3
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(1), 50-55. doi: 10.1590/S0102-86502005000700010
- Silva, W. R., & Peres, R. S. (2014). Concepções sobre álcool e outras drogas na Atenção Básica: O pacto degenerativo dos profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 474-487. doi: 10.1590/1982-3703000492013.
- Silveira, P. S., Soares, R. G., Gomide, H. P., Ferreira, G. C. L., Casela, A. L. M., Martins, L. F., & Ronzani, T. M. (2015). Social distance toward people with substance dependence: a survey among health professional. *Psicologia em Pesquisa*, 9(2), 170-176. doi: 10.5327/Z1982-1247201500020007
- Slaunwhite, A. K., & Macdonald, S. (2015). Alcohol, Isolation, and Access to Treatment: Family Physician Experiences of Alcohol Consumption and Access to Health Care in Rural British Columbia. *The Journal of Rural Health*, 31(4), 335-345. doi: 10.1111/jrh.12117.
- Talbot, A. L., Dorrian, J., & Chapman, J. (2015). Using the Theory of Planned Behaviour to examine enrolled nursing students' intention to care for patients with alcohol dependence: a survey study. *Nurse Education Today*, 35(11), 1054-1061. doi: 10.1016/j.nedt.2015.05.017.
- Tam, W. C. M., Zwar, N., & Markham, R. (2013). Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 14(1). doi: 10.1186/1471-2296-14-121
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2014). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatric and specialist addiction services. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 92-98. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.09.012.

- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2015). Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients. *International Journal of Social Psychiatric*, 61(6), 539-549. doi: 10.1177/0020764014562051.
- Vargas, D., Bittencourt, M. N., Rocha, F. M., & Oliveira, M. A. F. (2013). Representação Social de Enfermeiros de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS ad) sobre o dependente químico. *Esc. Anna Nery*, 17(2), 242-248. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452013000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Wakeman, S. E., Pham-Kanter, G., & Donelan, K. (2016). Attitudes, practices, and preparedness to care for patients with substance use disorder: results from a survey of general internists. *Substance abuse*, 37(4), 635-641. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27164025>

Conductas adictivas al juego Fortnite: evidencias experimentales de ejercicios de relajación en escolares

Fortnite game-addictive behaviors: experimental evidence of relaxation exercises in schoolchildren

Jhon Holguin-Alvarez*
Pool Andrade Paredes**

Recibido: 18 de marzo de 2019–Aceptado: 31 de julio de 2019–Publicado: 16 de septiembre de 2019

Forma de citar este artículo en APA:

Holguin-Alvarez, J., y Andrade-Paredes, P. (julio-diciembre, 2019). Conductas adictivas al juego Fortnite: evidencias experimentales de ejercicios de relajación en escolares. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), pp. 246-267. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3369>

Resumen

El comportamiento adictivo digital en la actualidad se ha incrementado en el público escolar en los últimos años, sobre todo en la adicción hacia los videojuegos. Este estudio se interesó por indagar en la reducción de las conductas adictivas hacia el juego Fortnite mediante una técnica de relajación basada en el método Koeppen. Se empleó un diseño de tipo preexperimental de investigación en 70 niños ($\chi = 10.8$ años) de nivel socio económico medio bajo, utilizando encuestas preliminares para determinar la selección de los sujetos consumidores; para la medición aplicamos el test de dependencia hacia los videojuegos – TDV y el cuestionario de experiencias relacionadas con los videojuegos – CERV. Se concluyó como primera evidencia que los sujetos redujeron sus conductas compensatorias (dependencia y evasión) y, a su vez, el tiempo de permanencia en el consumo (horas y lugares) se redujo considerablemente. Sin embargo, las evidencias en la reducción de emociones hacia el juego permitieron aducir que la técnica de Koeppen presentó efectos reductivos del estrés escolar sin influir en la emocionalidad, debido a que los hallazgos describieron datos poco significativos para el estudio.

Palabras clave:

Consumo de videojuegos; Conducta compensatoria; Relajación en el aula; Evasión hacia las tareas; Tiempo de permanencia; Emocionalidad.

* Maestro en psicología educacional. Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Contacto: jholguinalvarez@gmail.com

** Licenciado en educación primaria. Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Contacto: andradepool94@gmail.com

Abstract

Digital addictive behavior has now increased in the school public in recent years, especially in the addiction to video games. In this study we are interested in investigating the reduction of addictive behaviors towards the Fortnite game through a relaxation technique based on the Koeppen method. We used a type of pre-experimental research design in 70 children ($\chi = 10.8$ years of age) of low socio-economic level, we used preliminary surveys to determine the selection of consumer subjects; for the measurement we apply the dependency test towards videogames–TDV and the questionnaire about experiences related to video games–CERV. We conclude as the first evidence that, the subjects reduced their compensatory behaviors (dependence and evasion), in turn, the time of permanence in the consumption (hours and places) was considerably reduced. However, the evidence in the reduction of emotions towards the game allowed us to argue that *the Koeppen* technique presented reductive effects of school stress without influencing emotionality, because the findings described data that were not significant for the study.

Keywords:

Consumption of video games; Compensatory conduct; Relaxation in the classroom; Evasion to tasks; Time of stay; Emotionality.

Introducción

La investigación surge como respuesta a la problemática situada en el consumismo excesivo de videojuegos en la niñez y se enmarca en el contexto de escolaridad primaria, en consecuencia, se desarrolló a través de un diseño experimental de corte preexperimental. Se presentan resultados desde el enfoque cuantitativo, por lo que se evidencian los efectos del desarrollo de una estrategia inhibitoria en el consumo de un videojuego muy popular en niños y niñas de primaria (Fortnite). En un primer momento se expresan las teorías que basan la relajación como dicho método inhibitorio, para pasar al procedimiento desarrollado en el abordaje pedagógico en el aula. Por último, se brindan resultados que bosquejan los efectos primarios de esta experiencia, que sirven como indicios para desarrollar proyectos de experimentación pura en otras muestras de similar caracterización investigativa.

La tecnología como recurso para la didáctica se utiliza en diversos campos disciplinares, algunos de los casos son las neurociencias, psicología, neuropsicología, y en el campo educativo se implica mediante recursos didácticos que transmiten información, la problematizan o la hacen más motivadora mediante sus efectos de gamificación para el desarrollo de métodos lúdicos. La tecnología como método gamificador digital es de uso común en el aula recreativa, pues mediante esta los docentes introducen medios motivacionales adheridos a las estrategias, técnicas o métodos lúdicos; hoy en día los docentes apuestan por juegos de consola y por juegos imitativos virtuales, por lo que implementan el desarrollo del aprendizaje en plataformas virtuales mediante juegos en línea y juegos de realidad aumentada (Armier, Shepherd & Skrabut, 2016; Barreto, Vasconcelos & Orey, 2017; Glaser-Opitz & Budajová, 2016; Goehle & Wagaman, 2016; Martyniuk, 2018), todos con el fin de ejemplificar actividades lúdicas más activas, con la introducción de resolución de problemas constantes, recreación visual y la aplicación de niveles de complejidad.

La aplicación de videojuegos en el aula es cada vez más un método recreativo que una actividad de ocio, pues se aplica desde la gamificación virtual como parte de la didáctica para escolares. Esto en razón del consumo del alumnado de diversas plataformas de videojuego, que como herramienta para el docente se convierte en un medio atractivo para el anclaje de aprendizajes significativos, pero ¿qué tan significativo puede ser un aprendizaje a partir de la interacción con un videojuego?, ¿será coherente incluir la tecnología didáctica en el desarrollo cognitivo en el aula, a pesar de que puede considerársele como una actividad provocadora de desórdenes de salud mental en los estudiantes?

Respecto a ello, se puede decir que los videojuegos impactaron al público infantil en el mundo mediante el consumismo, al igual que las redes sociales de modo compulsivo hasta la etapa de juventud (Andreassen, Pallesen & Griffiths, 2017; Malander, 2019; Coyne, Warburton, Essig & Stockdale, 2018; O'Donnell & Epstein, 2019; Tú; Kim & No, 2015). La investigación científica ya ha demostrado que la provocación de conductas negativas se hace presente en niños de primaria debido a los juegos digitales, y más aún si esto se realiza por competencias mediante el uso de redes (Adachi & Willoughby, 2013; Adachi & Willoughby, 2016; Coyne et al., 2018; Lemmens, Valkenburg & Peter, 2011; Przybylski, 2016; Przybylski, Weinstein & Murayama, 2016; Rhen, 2011), y en estudios sobre componentes emocionales aparece el aislamiento social, aprendizajes implícitos, represión conductual, neuroticismo o inseguridad emocional (Witek, Finseras, Pallesen, Mentzoni, Hanss, Griffiths & Molde, 2016; Zastrow, 2017); estos factores son influyentes en el desarrollo y generan alguna conducta adictiva con implicaciones neurocognitivas en los contenidos o procedimientos útiles para la vida cotidiana, pero también se comportan como causales de la ludo dependencia.

Conducta adictiva: revisión y hallazgos

La conducta adictiva es entendida como la incapacidad para sostener la determinación de la propia conducta hacia influencias externas y se caracteriza, en palabras de Griggs (2018), como “incapacidad de siempre abstenerse de ciertas actividades, es decir, deterioro en el control del comportamiento” (p. 31). Algunos coinciden en que por lo menos son tres las características que se demuestran en el comportamiento compulsivo o adictivo: a) compulsividad, b) daño, c) incapacidad de control (Griggs, 2018; Valleur & Matysiak, 2005). Aplicado al campo educativo, cuando el componente adictivo se incrementa, aparece el factor previo de iniciación o detonante para que el individuo sea propenso a caer en el consumo desenfrenado de la tecnología (Mendelevich como se citó en Zeleeva & Shubnikova, 2016; Valleur & Matysiak, 2005). En la última etapa (incapacidad de control), por lo general, los niños configuran la fuente de placer como un goce distorsionado (Barreto et al., 2017; Suescún, 2015), aunque la motivación académica intermediaria no les sea de importancia.

En otras palabras, el desarrollo del aprendizaje mediante las funcionalidades y recursos del videojuego: sonidos, gráficos, música, escenario, entre otros, incrementan el aprendizaje, pero la desproporción en el uso y las pocas posibilidades de control (Ahmed & Ullah, 2013; Griggs, 2018; Valleur & Matysiak, 2005), son los detonantes de dos conductas: a) dependencia y b) evasión, en la compensación y emocionalidad del sujeto (Cía, 2013; Marco y Chóliz, 2017), a través de las cuales pueden consumir periodos largos de juego, modificar los estados de ánimo y provocar conductas disruptivas. Entre la aparición de estas conductas disruptivas en la búsqueda de compensación de la adicción hacia el juego, los síntomas más comunes son: intenso deseo, descontrol, descuido de actividades habituales, enfoque hacia las actividades de adicción, irritabilidad ante la

frustración (Cía, 2013, pp. 211-212). Sin embargo, el tiempo de permanencia del adicto hacia el videojuego suele corresponder a causas como: acceso, velocidad e intensidad. La combinación de estas causas provoca la incapacidad de control sobre la ejecución del videojuego.

Las investigaciones reportan puntuaciones en indicadores sobre deterioro de conductas psicológicas y sociales ya afectadas por el entorno familiar o escolar, las cuales evolucionan al aislamiento social (Loton, 2014; Zorbaz, Ulas & Kızıldağ, 2014) e ideación lúdica infantil (infantilismo), como también se ha encontrado que la autorregulación emocional es insuficiente en la recuperación de sujetos que consumen videojuegos durante varias horas (Ahmed & Ullah, 2013; Apisitwasana, Perngparn & Cottler, 2018). Algunas de las muestras de investigaciones en las que se relaciona las altas horas de consumo han declarado que el alto nivel de consumo de juegos en red provoca cuadros depresivos y de ansiedad en los consumidores (Stockdale & Coyne, 2018; Zorbaz et al., 2014), y otros resultados demuestran que las horas prolongadas de consumo están relacionadas a la falta de discriminación de estímulos que habitualmente son placenteros (Kuss, 2013; Lau, Stewart, Sarmiento, Saklofske, & Tremblay, 2018). Se ha evidenciado que otros grupos presentan altas probabilidades de exceder las horas de comunicación en redes sociales y son proclives a ser consumidores de pornografía.

El informe del proyecto ESPAD (2015) reportó que los estudiantes juegan en línea durante cinco días como promedio de consumo semanal, también que Estados Unidos y Canadá producen el 56% del total de consumo de mercado de videojuegos por gamificación a diferencia de Europa con el 33% (García, 2018). Mucho del primer porcentaje es también consecuencia de consumo en niños latinoamericanos. Los videojuegos se ofertan a través del marketing digital hacia el público infantil con diversas características, haciéndolos cada vez más atractivos al ojo humano, y se convierten en una estrategia para captar la atención de los usuarios potenciales y de los consumidores habituales. La inclusión de internet en las escuelas a su vez conlleva a los estudiantes al consumo de juegos, los cuales cuentan con pocas horas de accesibilidad a internet en casa debido al control de sus padres o, en cierta medida, también se realiza el consumo a través de celulares. Algunos inclusive generan inversión económica para subsistir en competencias en línea como también para adquirir recursos (avatares, recompensas/badges, ascensos de nivel, etc.).

En el factor afectivo emocional, el estudiante suele alejarse de los miembros familiares, la interrelación con ellos es más defectuosa inclusive cuando el consumo parental de los juegos digitales es similar al de los hijos (Hazar, 2019). A su vez, en el factor pedagógico, las evidencias determinan que algunos profesores incluyen los juegos virtuales con el fin de atraer la atención del estudiante y su aceptación (Marín-Díaz, Morales-Díaz & Reche-Urbano, 2019). El uso de dichos juegos virtuales en la escuela aporta al incremento de la adicción en el niño o, en su defecto, inicia alguna forma de excitación hacia el consumo. En otros ha generado conductas agresivas repetitivas y comportamiento inmoral en determinados juegos llamados videojuegos violentos (Teng, Nie, Guo, Zhang, Liu, & Bushman, 2019). No obstante, algunos planteamientos aseguran que

el uso de videojuegos mejora las capacidades relacionadas con las competencias ejecutivas y habilidades para la discriminación matemática, el procesamiento visual, pero, sobre todo, existen efectos que incrementan la atención en el desarrollo cognitivo (Bavelier, Green, Han, Renshaw, Merzenich & Gentile, 2011).



Figura 1. Juego Fortnite, presentación para PC y Android. Derechos reservados©.

En otra perspectiva, también se discute la posición del jugador ante la realización del juego como un sujeto visionario, en el cual se ven implicados su responsabilidad y su marco axiológico para cumplir sus objetivos (aparte de los que le exige el juego). Esto representa una posición moral del jugador ante la realización del juego con contenido violento (Rey Vásquez, 2019), desde la posición del sujeto que juega, del sujeto que cumple los objetivos. Aunque desde la posición neurocientífica, también se discute que los videojuegos cooperativos incrementan la capacidad para tomar decisiones (Bavelier et al., 2011), también disminuyen la empatía y aparece la falta de sensibilidad, por cuanto el concepto de trabajo en equipo pierde su sentido cuando los jugadores desarrollan aspectos individualistas durante el juego.

El juego Fortnite es uno de los más consumidos, hasta mediados de 2018 tuvo más de 250.000 suscriptores en el mundo y más de 7 millones en Europa hasta finales de 2018 (González Sanz, 2018; Marmisa, 2018) (figura 1). Videojuego de la empresa EpicGames, es un juego por objetivos atrayente por la calidad gráfica (cuerpo, figura y colores) que muestran sus personajes y el contexto de peleas en que se desarrolla. Este juego genera efectos en el desarrollo de la imaginación del jugador para superar obstáculos en eventos de guerra, aventura o acción. En sus diferentes niveles se obtienen puntajes por la superación de obstáculos mediante niveles de complejidad, en los cuales el sujeto lucha contra personajes (zombies, objetos y fortificaciones), por lo que la mecánica del juego se desarrolla por el trabajo cooperativos de varios participantes.

Se asume que este juego podría generar el desplazamiento de emociones duraderas y, ante el fracaso, aparecería el estrés cotidiano frente al rendimiento, sobre todo en estudiantes con alto grado de consumo de internet, quienes suelen obtener más victorias en otros juegos en línea en los que inclusive se participa bajo suscripción con valor monetario. Sin embargo, no se ha profundizado hasta el momento en la reducción de este consumo en estudiantes consumidores del juego mediante alguna técnica de auto examinación emocional y de análisis neuro-corporal en los momentos de latencia o permanencia de su ejecución.

Por tal razón, el estudio propuso el objetivo de estudiar los efectos de una técnica de relajación para la reducción de las conductas adictivas al juego Fortnite, en estados de: a) latencia y b) permanencia, en consumidores habituales en un horario de escolarización estándar.

Método

La investigación es de enfoque cuantitativo, diseño experimental y tipo preexperimental, ya que se aplicaron técnicas para la reducción de las conductas adictivas hacia el juego Fortnite en una muestra determinada.

Muestra

La muestra fue de tipo no probabilística, conformada por 70 niños de sexto grado de primaria ($\chi = 10.8$ años). En esta cantidad de estudiantes, el porcentaje del género masculino fue mayor (varones = 77%; mujeres = 23%). El origen socioeconómico de los estudiantes fue medio bajo en su mayoría (medio bajo = 90%; bajo = 10%). Todos fueron seleccionados por criterios de inclusión: estudiantes consumidores de tecnología digital y de acuerdo con la caracterización en el consumo que estos realizaban: a) latencia: consumidores comunes en tiempo fuera (break o recreos) y b) permanencia (en tiempo fuera y de clase).

Cabe señalar que también eran asistentes con grado de asistencia regular al aula, asistían a dos horarios de clase y fueron caracterizados de acuerdo al turno de asistencia a instituciones educativas privadas: mañana (regular) y tarde (repaso). A su vez, algunos presentaban ciertas conductas como comportamiento negativo, errático, agresión y disruptión. Todas estas conductas fueron registradas en una bitácora de procedimiento docente en el aula. Sin embargo, todos participaron bajo aceptación de consentimiento informado gestionado con sus padres.

Instrumentos

Para el estudio se utilizaron dos instrumentos con el fin de obtener datos más precisos respecto a su composición lingüístico-pragmática. Uno de ellos provenía de investigaciones realizadas en el contexto peruano, incluyendo una traducción para su realización. El otro era un instrumento sin aplicación contextual, sin embargo, ambos consideraban sub-factores asociados a las dimensiones dependencia y evaluación: a) conducta compensatoria y b) emociones ante el juego.

El Cuestionario de experiencias relacionadas con los videojuegos – CERV (Chamarro, Carbonell, Manresa, Muñoz-Miralles, Ortega-Gonzalez, Lopez-Morrón, Batalla-Martínez y Toran-Monserrat, 2014) es una escala Likert, producto originado desde la composición de los instrumentos CERI y CERM de Beranuy Fargues, Chamarro Lusa, Graner Jordania y Carbonell Sánchez (2009). La versión original cuenta con 17 ítems (preguntas), codificado con cuatro (4) opciones de respuesta: *nunca/casi nunca* = a; *algunas veces* = b; *bastantes veces* = c; *casi siempre* = d. Sin embargo, estos debieron adaptarse para la población de cuarto grado de primaria, debido a que la versión fue diseñada para una muestra de secundaria.

Como método de validez de contenido, se desarrolló una evaluación a partir del juicio de expertos, en cuyo proceso participaron cinco profesionales en psicología educativa y educación. Del total de acuerdos se obtuvo una calificación homologada a 95% de aceptación total y también fue aceptable por cada escala dimensional: conducta compensatoria (93%), emociones ante el juego (92%) y tiempo de permanencia (96%). El plan de pilotaje realizado con 150 estudiantes de cuarto grado de primaria reportó un índice de confiabilidad de 0.867; por lo cual se consideró aceptable para la realización del estudio. De igual modo se procedió al análisis test-retest para asegurar la estabilidad del poder de asociación del primer momento de aplicación con el segundo, y así asegurar resultados inicialmente confiables (tabla 1). Tras la evaluación realizada, solo se mantuvieron 15 ítems considerados adecuados en el reporte de evaluación por expertos y se calificó mediante tres (3) opciones de respuesta: *nunca* = 0 puntos; *algunas veces* = 1 punto y *casi siempre* = 2.

Test de dependencia a videojuegos – TDV (Chóliz y Marco, 2011), escala politómica, cuya versión original cuenta con 55 ítems. La versión original fue adaptada a la versión peruana por Alave y Pampa (2018) y presentó solo 25 ítems. El instrumento presentó cinco opciones de respuesta: *totalmente en desacuerdo* = TD; *en desacuerdo* = ED; *neutral* = N; *de acuerdo* = DA; y *totalmente de acuerdo* = TA.

En el proceso de validación, se sometió dicho instrumento a la evaluación de cinco expertos especializados en la materia, de cuya aceptación se obtuvo el promedio de 94% en totalidad. De igual modo que el instrumento anterior, evaluaba las dimensiones: conducta compensatoria, emociones ante el juego y tiempo de permanencia. Para asegurar las respuestas del alumnado, este instrumento se aplicó a una muestra de 100 estudiantes, de cuyo análisis se obtuvo 0.93 de índice Alfa de Cronbach (tabla 1); y correlaciones aceptables en el análisis de asociación test-retest. La versión final para la investigación permitió aplicar 24 ítems y tres (3) valores de codificación de respuesta: *nunca* = 0 puntos, *algunas veces* = 1 punto; y *siempre* = 2 puntos.

Tabla 1. Tabla de fiabilidad y relación test-retest de puntuaciones obtenidas desde los instrumentos CERV y TDV

Instrumento	Dimensión	α (dimensión)*	r test – retest
CERV	Conducta compensatoria	,875	0.73**
	Emociones ante el juego	,821	
	Tiempo de permanencia	,802	
TDV	Conducta compensatoria	,932	0.81**
	Emociones ante el juego	,920	
	Tiempo de permanencia	,891	

Nota: *CERV (n = 150); TDV (n = 100); **p <.01.

Procedimiento

Los estudiantes eran sujetos con nivel de alto consumo de tecnología digital, muchos de ellos eran dueños de smartphone, teléfono móvil o *tablet*, entre otros dispositivos. Un primer indicio de las conductas adictivas hacia los videojuegos fue encontrar una población altamente consumidora de videojuegos. Ante esta situación, se decidió realizar una encuesta breve sobre preferencias de consumo de videojuegos que se ofertaban en la web a través de usuarios de telefonía móvil, como también en los juegos implantados en el Pc de sus hogares. Otro indicio fue la intensidad y los lugares de consumo realizados, por lo cual se analizaron los promedios obtenidos ante estas preguntas. Cabe señalar que se incluyeron lugares como cabinas de consumo de red o cabinas de internet, los cuales son micronegocios en el Perú usados por personas que no cuentan con Pc en el hogar; inclusive algunos de ellos son exclusivos para los juegos en línea o juegos en red. Se esperó que muchos estudiantes de nivel socioeconómico bajo respondieran positivamente a este criterio de selección.

Para realizar este paso, se evaluaron 192 estudiantes pertenecientes a seis instituciones educativas, los cuales estaban distribuidos en secciones A, B y C; de estos se seleccionarían los estudiantes proclives al consumo del juego Fortnite. La medición para preferencias de videojuego se realizó al evaluarlos en una lista de encuesta con una valoración de 1 a 10 puntos para cada juego. Al finalizar, se encontró que 70 estudiantes eran proclives al consumo del juego Fortnite, el cual alcanzó puntaje superior a 8 (figura 2). Cabe resaltar que juegos de aventura y de peleas (Tekken; Plants & Zombies) eran también preferibles con puntuaciones muy cercanas (7 puntos). Para conocer la intensidad de juego se evaluaron cinco rangos horarios a través de tres tipos de intensidad sobre el consumo de juegos (3 = *bastante*; 2 = *regular*; 1 = *poco*), por lo que se hallaron periodos de permanencia (nivel de bastante) en horarios de la mañana (11 a.m. – 1 p.m.), tarde (3 p.m. – 5 p.m.); y de noche-madrugada (11 p.m.-2 a.m.) (figura 3).

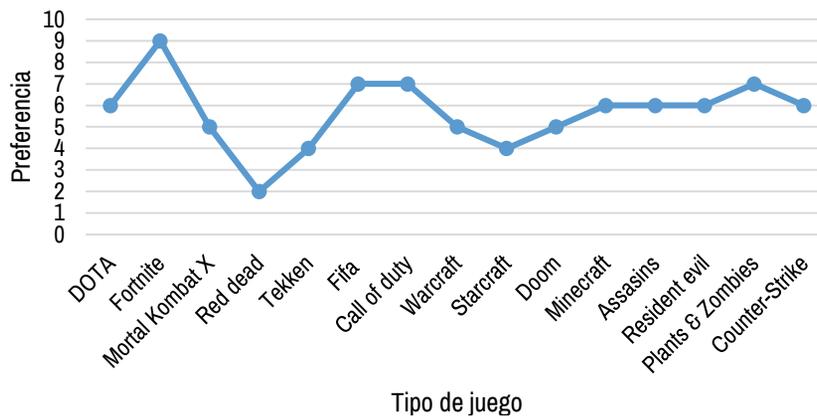


Figura 2. Proclividad hacia el consumo de juegos digitales de acuerdo con el tipo de juego.

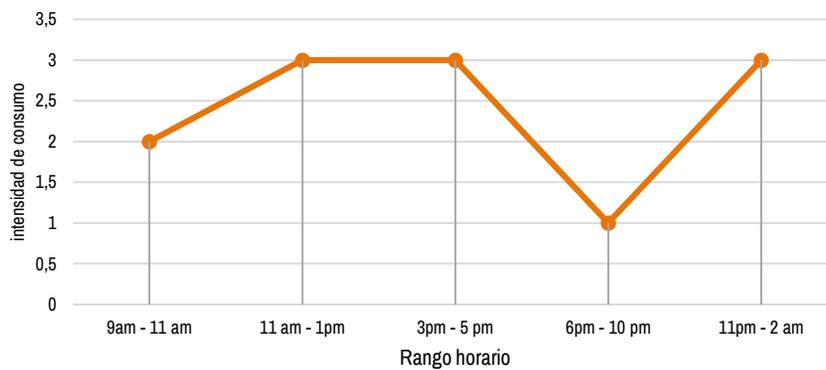


Figura 3. Proclividad hacia el consumo de juegos digitales de acuerdo con el rango horario.

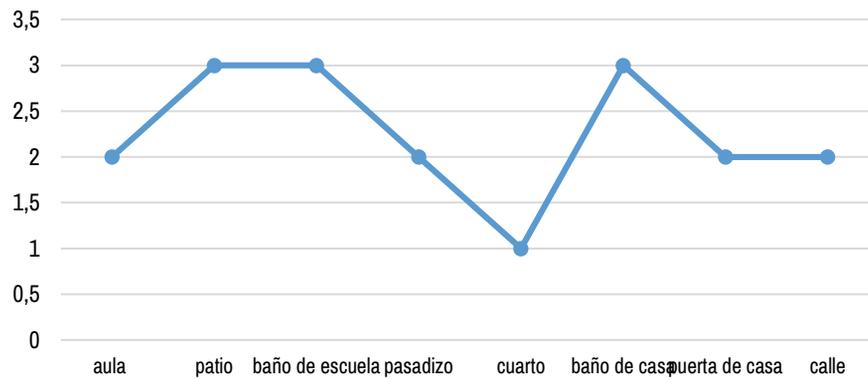


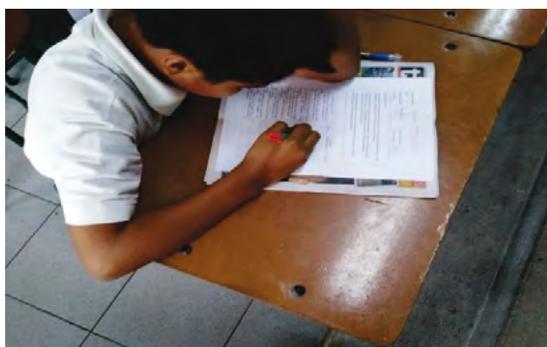
Figura 4. Proclividad hacia el consumo de juegos digitales de acuerdo con el lugar de consumo. Valores de calificación : 3 = bastante; 2 = regular; 1 = poco.

Una vez evaluados los lugares en que los individuos consumían estos juegos, se encontró que el aula, patio y el baño eran lugares en los cuales los estudiantes realizaban mayor consumo. Un resultado preliminar importante fue encontrar datos de poco consumo en el cuarto de cada participante (valor aproximado a 1) (figura 4). Por último, para las muestras se seleccionaron los estudiantes de acuerdo con los períodos de mayor consumo realizado en el juego Fortnite:

a) latencia (consumidores habituales–tiempo fuera (break o recreos) = 35%.

b) permanencia (consumidores excesivos–tiempo fuera y de clase) = 65%.

Figura 3. Técnicas múltiples de relajación en modelo Koeppen.



D



E



F



G

Nota: D = situación académica de evaluación, E = trabajo personalizado; F = relajación motriz fina; G = relajación corporal totalitaria.

Sin embargo, estos conformarían un solo grupo de experimentación, ya que fue compleja la definición final del tipo de consumidor debido a la opinión sesgada de los estudiantes respecto a su propio consumo. En cuanto al trabajo técnico de experimentación, se recurrió a las bases de trabajos sobre ejercicios de relajación orientados a la aminoración del estrés infantil o estrés cotidiano infantil (Haberlin & O'Grady, 2018; Larson, El Ramahi, Conn, Estes, & Ghibellini, 2010; Mala, 2018; Sisk, 2018), que siguieran alguna ruta didáctica cercana

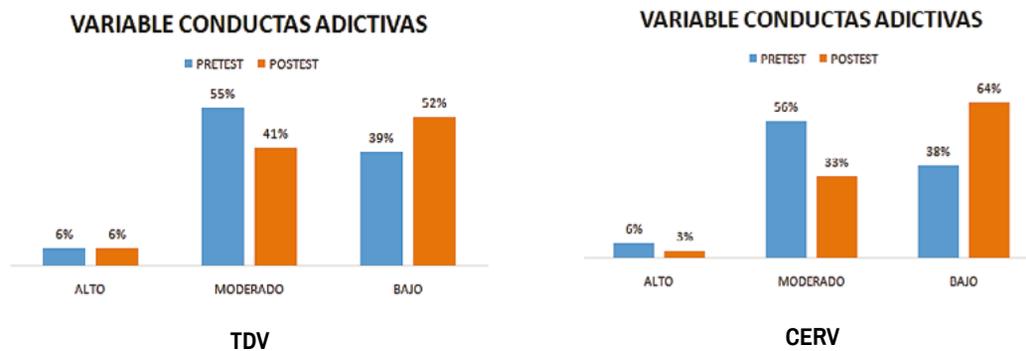
a la técnica de Koeppen (figura 3), por lo que se diseñaron 40 sesiones de ejercicios de relajación. Estas se desarrollaron bajo actividades de relajación corporal, concentración ante actividades académicas estresantes y el ejercicio físico como método para la aminoración de la recarga cognitiva. Cada vez que los estudiantes presentaban alguna dificultad en la clase que desarrollaban, se realizaba un detenimiento para estas actividades y se utilizaba el espacio de clase con el fin de adecuar el posicionamiento motriz de los estudiantes del grupo de experimentación.

Resultados

Análisis de conductas adictivas

En el contraste de las conductas adictivas, de acuerdo con los resultados en el TDV, las diferencias entre las mediciones pretest y posttest reportaron 66 mejoras en el grupo y 4 empates ($Z = -5,455$; sig. = ,000; $p < .05$). Por lo que inicialmente se encontraron diferencias satisfactorias en la reducción de conductas adictivas. Por otro lado, en el reporte CERV, se encontraron diferencias muy cercanas a los índices previamente hallados ($Z = -4,704$; sig. = ,000; $p < .05$), con 56 puntuaciones de diferencias positivas y 14 empates, por lo que se corroboraría la diferencia entre dichas mediciones con un nivel de significancia menor al 5%.

Figura 4. Descriptivos en la reducción de conductas adictivas: porcentajes pretest y posttest reportados por el TDV y CERV en la experimentación con técnicas de relajación Koeppen



Nota: TDV = test de dependencia a los videojuegos; CERV = Cuestionario de experiencias relacionadas con los videojuegos.

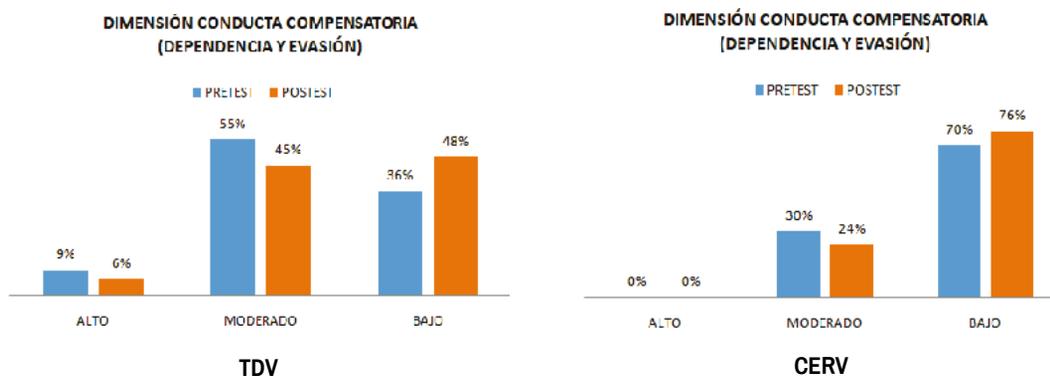
De igual modo, esta diferencia se ha presentado en el análisis descriptivo (figura 4), ya que las conductas se redujeron visiblemente en el nivel moderado de los resultados con porcentajes mayores a 10% en TDV, y más del 20% en el reporte CERV. Cabe señalar que las conductas aumentaron en el grupo de estudiantes de nivel bajo, lo cual sustenta la disminución entre niveles; por último, el nivel alto se redujo de forma escasa en los resultados del CERV; en el TDV se mantuvo el porcentaje.

Análisis dimensional de acuerdo al test: TDV y CERV

Conducta compensatoria (dependencia y evasión)

En la dimensión conducta compensatoria (dependencia y evasión) en la medición a través del TDV, se encontraron diferencias menores a 5% como nivel de significancia entre las mediciones pretest y posttest ($Z = -4,976$; sig. = ,000; $p < .05$), y en la comparación realizada desde el CERV, se encontraron diferencias muy similares ($Z = -4,210$; sig. = ,000; $p < .05$). De este modo, se confirmó que las conductas compensatorias en el grupo de sujetos se redujeron una vez aplicada la técnica de relajación en el método experimental.

Figura 5. Descriptivos en la reducción de conductas adictivas en dimensión conducta compensatoria (dependencia y evasión): porcentajes pretest y posttest reportados por el TDV y CERV en la experimentación con técnicas de relajación Koeppen



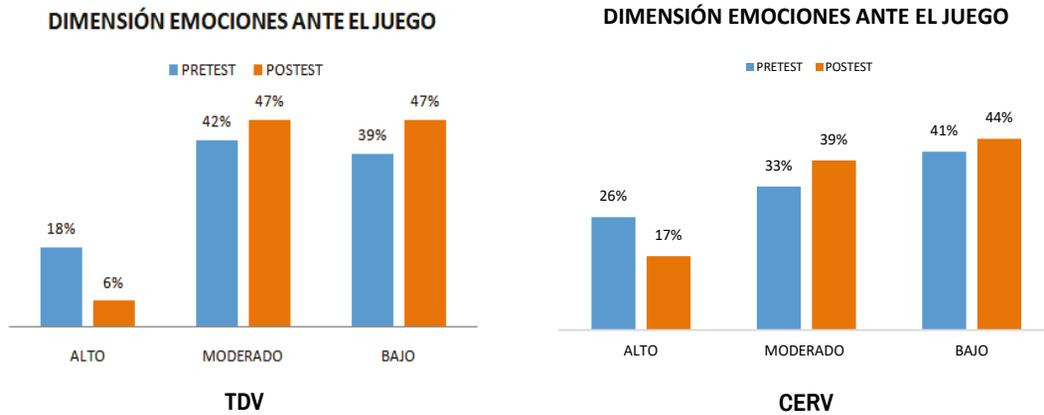
Nota: TDV = test de dependencia a los videojuegos; CERV = Cuestionario de experiencias relacionadas con los videojuegos.

Esta diferencia se ha notado más en el nivel moderado, con una reducción de hasta 10% (TDV). También se notaron diferencias mínimas en el nivel alto de la conducta compensatoria con 3% de reducción. Por otro lado, las diferencias fueron de 5% aproximadamente en el nivel moderado y se evidenció un aumento con similar porcentaje en el bajo nivel (CERV). Por último, cabe señalar que el TDV reportó 59 puntuaciones positivas en el grupo experimental y el CERV alrededor de 61.

Emociones ante el juego

En cuanto a esta dimensión, se hallaron diferencias significativas en el TDV, con significancias menores al 5% ($Z = -4,564$; sig. = ,000; $p < .05$). Por lo que se pudo asumir inicialmente que dichas diferencias fueron establecidas por el programa experimental aplicado en los sujetos del estudio. Sin embargo, el reporte a través del CERV no permitió concluir si los efectos del programa serían debido a las técnicas de relajación. Esto porque no se hallaron diferencias significativas ($Z = -2,456$; sig. = ,014; $p < .05$); finalmente, la reducción fue de baja intensidad en estos valores cuantitativos.

Figura 6. Descriptivos en la reducción de conductas adictivas en la dimensión emociones ante el juego: porcentajes pretest y postest reportados por el TDV y CERV en la experimentación con técnicas de relajación Koeppen

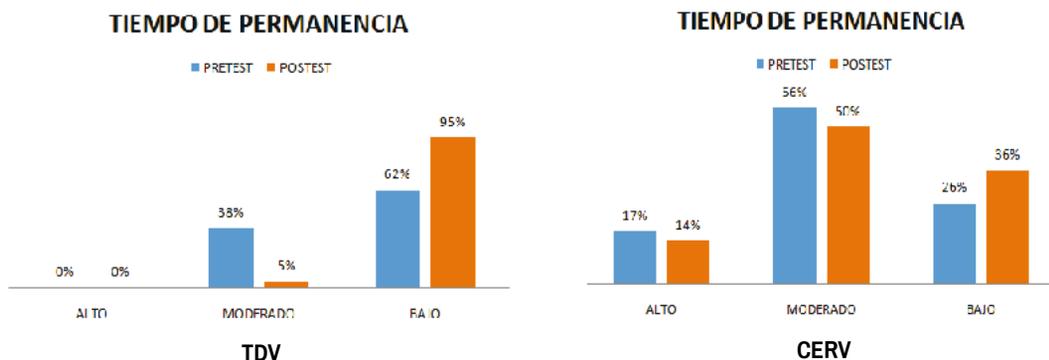


Nota: TDV = test de dependencia a los videojuegos; CERV = Cuestionario de experiencias relacionadas con los videojuegos.

Tiempo de permanencia

En cuanto al tiempo de permanencia, las evidencias estadísticas permitieron aducir diferencias significativas menores al 5% como rango estadístico ($Z = -4,923$; sig. = ,000; $p < .05$), ya que se encontraron 59 puntuaciones positivas en la realización de la experimentación en el TDV, al igual que en el CERV ($Z = -6,639$; sig. = ,000; $p < .05$), por lo que la reducción fue evidenciable en el grupo de experimentación, como también se evidenció en las puntuaciones porcentuales en el nivel moderado (TDV) y con aumento en el nivel bajo (TDV y CERV) (figura 7).

Figura 7. Descriptivos en la reducción de conductas adictivas en la dimensión tiempo de permanencia: porcentajes pretest y postest reportados por el TDV y CERV en la experimentación con técnicas de relajación Koeppen



Nota: TDV = test de dependencia a los videojuegos; CERV = Cuestionario de experiencias relacionadas con los videojuegos.

Discusión

Los resultados iniciales encontrados en reducción de la variable conductas adictivas ($rp_{(TDV)} = 20,00$; $sr = 780,00$; $p < .05$); ($rp_{(CERV)} = 15,78$; $sr = 457,50$; $p < .05$) corroboraron que los efectos de las técnicas de relajación basados en otras como la Koeppen, han esclarecido como primera evidencia que los sujetos redujeron el consumo del juego Fortnite. Es evidente que su consumo haya disminuido de la categoría *bastante* (figura 2) a *regular* y, sobre todo, los rangos de consumo, que en este caso eran por las mañanas y las tardes, se redujeron debido a la introducción de las técnicas sobre cada estudiante, o en cada equipo de trabajo escolar.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el descontrol por el consumo aparece con mayor frecuencia en horas de la noche y hasta las madrugadas (figura 2), lo cual estuvo fuera del alcance del estudio; no obstante, es importante para los padres de familia, quienes deben guiar o mediatizar dicho consumo sin reprimir emociones en sus hijos ni tampoco privarlos de ello. Esto es importante, ya que muchos de los estudiantes también se comunicaban a través del consumo realizado en la escuela, mediante chats, conversaciones internas en otros juegos y en comentarios alusivos al juego realizado en clases, y esto es similar a lo que otras investigaciones revelan sobre la importancia del uso de las redes entre los estudiantes, las cuales los sumergen en dicho consumo (Adachi & Willoughby, 2013; Adachi & Willoughby, 2016; Przybylski, 2016; Przybylski et al., 2016; Rhen, 2011).

Este tipo de comunicación es un componente crucial que no apareció en los resultados anteriores, sin embargo, entre los estudiantes es muy importante, sobre todo por ser muy competidores, analistas de los juegos que desarrollan, e inclusive, se apoyan para lograr mejores puntuaciones al ejecutarlos. Ello puede incrementar la aparición de dichas conductas; si bien es cierto que las técnicas ayudaron en el desarrollo de componentes emocionales ante el consumo (en su reducción de horas), no lograron disminuir la comunicación entre los sujetos, solo si se realizaban las clases del programa, las cuales actuaron con un modificador positivo.

En razón a la dimensión conducta compensatoria se encontraron índices positivos que sustentaron su reducción ($rp_{(TDV)} = 16,50$; $sr = 528,00$; $p < .05$); ($rp_{(CERV)} = 12,67$; $sr = 291,50$; $p < .05$); sin embargo, en la dimensión emociones ante el juego las diferencias no fueron totalmente claras ($rp_{(TDV)} = 12,50$; $sr = 300,00$; $p < .05$); ($rp_{(CERV)} = 12,67$; $sr = 40,00$; $p > .05$). Por último, se encontró que las puntuaciones fueron en mayor medida positivas en la dimensión tiempo de permanencia ($rp_{(TDV)} = 16,00$; $sr = 496,00$; $p < .05$); ($rp_{(CERV)} = 29,00$; $sr = 1653,00$; $p > .05$). Ante estas evidencias quedó claro que la reducción de conductas compensatorias se debió a los efectos de relajación utilizados en los momentos en que los estudiantes se encontraban proclives al desarrollo de momentos de tensión y estrés en las actividades pedagógicas en el aula; estos resultados también se

equiparan a otros en los que los sujetos adictos al juego pueden escapar inclusive de la actividad en la que se encuentran por evadirla y reemplazarla por una placentera (Ahmed & Ullah, 2013; Barreto et al., 2017; Griggs, 2018; Suescún, 2015). Las técnicas permitieron el inicio de otras conductas de evitación en los individuos del experimento, las cuales fueron herramientas oclusivas de las adictivas hacia el juego Fortnite.

De forma similar se han encontrado diferencias en cuanto a las horas de consumo (dimensión tiempo de permanencia), ya que muchos sujetos reportaron menor disposición para realizar el juego, como también para encontrar nuevos lugares para jugar Fortnite, tal como lo hacían antes de la aplicación de las técnicas de relajación Koeppen (figura 2), pues luego del programa fue evidente que los niños lograron ubicar estímulos placenteros habituales sin desvirtuarlos por el juego que consumían, tal como lo planteaban otros estudios (Kuss, 2013; Lau et al., 2018; Stockdale & Coyne, 2018). Cabe señalar un punto importante respecto a la dimensión emociones ante el juego, la cual presentó evidencias no significativas en el CERV a diferencia del TDV. Es relevante analizar dicho resultado porque el programa de experimentación se desarrolló como un reductor de conductas de consumo mediante la meditación y el logro del comportamiento modificador solo permitió que los estudiantes se alejaran del consumo sin prever las emociones que sentirían ante este alejamiento, lo cual es crucial dado que la evasión de cada sujeto por el consumo del video juego antes del programa también implicó un grado de emocionalidad durante el desarrollo.

Estas evidencias demuestran que existe cierto nivel de emocionalidad desarrollado por el consumidor al juego Fortnite, el cual es difícil de doblegar mediante estímulos reductores sin contenido afectivo en sus herramientas de abordaje, como la técnica Koeppen; otros hallazgos evidencian que este factor es crucial, sobretodo en sujetos caracterizados por otros problemas como irritabilidad, frustración e intenso deseo (Cía, 2013; Zorbaz et al., 2014), más aún cuando el juego permite la asimilación de otras personas con similares conductas agresivas (Teng et al., 2019), mediante las cuales se desarrollan emociones negativas por parte de los consumidores que los transportan hacia otros momentos no agradables. Las emociones negativas que los sujetos vivieron a causa del juego Fortnite se volvieron más poderosas debido a la presencia de factores desestresantes de la técnica basada en Koeppen con los que se les indujo a separarse del juego. No existió ningún andamiaje emocional que acompañara la separación de los sujetos que más consumían el juego como medio reparador de sus actividades de consumo.

Conclusiones

1. La técnica de relajación Koeppen permitió inhibir conductas adictivas hacia el juego Fortnite mediante la intervención en los estresores académicos en la experimentación. El consumo del juego digital se redujo significativamente en comparación con las mediciones pretest y posttest con 5 % de nivel de significación.
2. La dimensión conductas compensatorias (dependencia y evasión), como parte de las conductas adictivas, presentó diferencias significativas que permitieron corroborar su reducción mediante los efectos que generó la técnica sobre los sujetos de la muestra, lo cual indica que los individuos que recibieron los efectos de la técnica basada en Koeppen redujeron el consumo durante el rango horario y la ubicación donde solían realizarlo.
3. Las emociones ante el juego presentaron datos sin contundencia estadística que permitieron decidir que los efectos de las técnicas Koeppen presentaron solo factores dirigidos hacia el estrés escolar, sin permitir mediatizar en la reducción de emociones desarrolladas hacia el juego Fortnite, debido a otros factores que escapan de los alcances del estudio.
4. El tiempo de permanencia se redujo considerablemente en los sujetos de la muestra luego de la aplicación del programa experimental, corroborado con el 5 % de significación. Sin embargo, es importante notar que los participantes no pudieron evidenciar si dicho consumo realmente se redujo en el hogar durante horas nocturnas.
5. La metodología fue efectiva en algunos indicadores de las conductas adictivas, pues estas se redujeron mediante ejercitación práctica, acompañante de la actividad cognitiva del estudiantado. No obstante, sería necesario comprobar si estos efectos también se presentan en muestras con menor edad, las cuales encuentran a disposición el consumo de internet en sus propios hogares, y en cuyo medio también pueden aumentar horas de consumo, más aún si en dichos hogares los padres de familia se encuentran ausentes la mayor parte del tiempo.
6. Una de las limitaciones encontradas respecto a la ejecución del programa fue la indisposición del profesorado adherido al nivel primaria, pues algunos de los docentes creyeron que el tiempo utilizado en la investigación sería crucial para el desarrollo de otras áreas en los escolares, como la fisiológica, ya que

actividades como el deporte y las de tipo tutorial también se desarrollaban en el grupo de estudiantes. La indisposición de los docentes a cargo de Educación Física provocó que los estudiantes copiaran algunos indicadores de rechazo de dichos profesores hacia la técnica de relajación.

Conflicto de intereses

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

Referencias

- Adachi, P. J. C., & Willoughby, T. (2013). Demolishing the Competition: The Longitudinal Link between Competitive Video Games, Competitive Gambling, and Aggression. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(7), 1090–1104. doi: 10.1007/s10964-013-9952-2
- Adachi, P. J. C., & Willoughby, T. (2016). The Longitudinal Association between Competitive Video Game Play and Aggression among Adolescents and Young Adults. *Child Development*, 87(6), 1877-1892. doi: 10.1111/cdev.12556
- Ahmed, U., & Ullah, I. (2013). *Video Games Addiction: positive and negative effects of playing video games on youth and children* (Magisteruppsats), University of Borås, Borås, Sweden. Retrieved from: <http://bada.hb.se/handle/2320/12478>
- Alave, S. M., y Pampa, S. N. (2018). *Relación entre dependencia a videojuegos y habilidades sociales en estudiantes de una institución educativa estatal de Lima Este* (Tesis de grado). Lima, Perú: Universidad Peruana Unión. Recuperado de <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/996>

- Andreassen, C. S., Pallesen, S., & Griffiths, M. D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors, 64*, 287-293. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.03.006
- Apisitwasana, N., Perngparn, U., & Cottler, L. B. (2018). Effectiveness of school- and family-based interventions to prevent gaming addiction among grades 4–5 students in Bangkok, Thailand. *Psychology Research and Behavior Management, 11*, 103-115. doi: 10.2147/PRBM.S145868
- Armier, D. D., Shepherd, C. E., & Skrabut, S. (2016). Using Game Elements to Increase Student Engagement in Course Assignments. *College Teaching, 64*(2), 64-72. doi: 10.1080/87567555.2015.1094439
- Barreto, D., Vasconcelos, L., & Orey, M. (2017). Motivation and Learning Engagement through Playing Math Video Games. *Malaysian Journal of Learning and Instruction (MJLI), 14*(2), 1-21. Retrieved from <http://mjli.uum.edu.my/index.php/previous-issues/140-vol14no2dec17#A1>
- Bavelier, D., Green, C. S., Han, D. H., Renshaw, P. F., Merzenich, M. M., & Gentile, D. A. (2011). Brains on video games. *Nature Reviews Neuroscience, 12*(12), 763-768. doi: 10.1038/nrn3135
- Beranuy Fargues, M., Chamarro Lusa, A., Graner Jordania, C., y Carbonell Sánchez, X. (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a internet y abuso de móvil. *Psicothema, 21*(3), 480-485. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3658>
- Chamarro, A., Carbonell, X., Manresa, J. M., Muñoz-Mirallas, R., Ortega-Gonzalez, R., Lopez-Morrón, R., Batalla-Martinez, C., y Toran-Monserrat, P. (2014). El cuestionario de experiencias relacionadas con los videojuegos (CERV): un instrumento para detectar el uso problemático de videojuegos en adolescentes españoles. *Revista adicciones, 26*(4), 303-311. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289132934006>
- Chóliz, M., & Marco, C. (2011). Pattern of Use and Dependence on Video Games in Infancy and Adolescence. *Annals of Psychology, 27*(2), 418-426. Retrieved from <https://revistas.um.es/analesps/article/view/123051>
- Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM – 5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuropsiquiatría, 76*(4), 210-217. doi: 10.20453/rnp.v76i4.1169
- Coyne, S. M., Warburton, W. A., Essig, L. W., & Stockdale, L. A. (2018). Violent Video Games, Externalizing Behavior, and Prosocial Behavior: A Five-Year Longitudinal Study during Adolescence. *Developmental Psychology, 54*(10), 1868-1880. doi: 10.1037/dev0000574
- Epic Games, Inc. (2017). Fortnite. [Videogame]. Maryland.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, ESPAD. (2015). *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Retrieved from http://www.espad.org/sites/espad/files/ESPAD_report_2015.pdf
- García, N. (05 de marzo de 2018). *Gamificación del aprendizaje, una tendencia al alza*. Recuperado de <https://www.eleconomista.es/ecoaula/noticias/9050138/04/18/Gamificacion-del-aprendizaje-una-tendencia-al-alza.html>
- González Sanz, S. C. (27 de marzo de 2018). *Por qué Fortnite está batiendo récords en todo el mundo*. Recuperado de https://elpais.com/tecnologia/2018/03/27/actualidad/1522137016_863410.html?rel=mas
- Glaser-Opitz, H., & Budajová, K. (2016). THE MATH – open source application for easier, *Acta didáctica Napocensia*, 9(1), 45-50. Retrieved from <https://eric.ed.gov/?id=EJ1103424>
- Goehle, G., & Wagaman, J. (2016). The Impact of Gamification in Web Based Homework. *PRIMUS*, 26(6), 557-569. doi: 10.1080/10511970.2015.1122690
- Griggs, S. T. (2018). *La psicología de todas las adicciones (y Tratamiento)*. S.d. Smashwords Steven T. Griggs, Ph.D.
- Haberlin, S., & O'Grady, P. (2018). Gifted from the "Inside Out": Teaching Mindfulness to High-Ability Children. *Gifted Education International*, 34(2), 173-180. doi: 10.1177/0261429417716351
- Hazar, Z. (2019). Children's Digital Game Addiction and Opinions about Their Parents' Playing Digital Games (a Mixed Method Study). *Journal of Education and Training Studies*, 7(1), 85-93. doi: 10.11114/jets.v7i1.3785
- Kuss, D. J. (2013). Internet gaming addiction: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 125-137. doi: 10.2147/PRBM.S39476
- Larson, H. A., El Ramahi, M. K., Conn, S. R., Estes, L. A., & Ghibellini, A. B. (2010). Reducing Test Anxiety among Third Grade Students through the Implementation of Relaxation Techniques. *Journal of School Counseling*, 8(19). 1-19. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ885222.pdf>
- Lau, C., Stewart, S., Sarmiento, C., Saklofske, D., & Tremblay, P. (2018). Who Is at Risk for Problematic Video Gaming? Risk Factors in Problematic Video Gaming in Clinically Referred Canadian Children and Adolescents. *Multimodal Technologies and Interaction*, 2(19), 1-16. doi: 10.3390/mti2020019
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). The Effects of Pathological Gaming on Aggressive Behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 38-47. doi: 10.1007/s10964-010-9558-x

- Loton, D. (2014). *Video Game Addiction and Engagement in Adult Gamers: Differentiation Based on Relationships with Health and Functioning* (PhD thesis), Victoria University, Melbourne, Australia. Retrieved from <http://vuir.vu.edu.au/25835/>
- Mala, V. (2018). Adolescent Students' Problems and Yoga as a Preventive Measure. *Journal on Educational Psychology*, 11(4), 1-7. doi: 10.26634/jpsy.11.4.14216
- Malander, N. M. (2019). Adicciones tecnológicas en adolescentes: relación con la percepción de las prácticas parentales. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), 25-45. doi: 10.21501/24631779.2761
- Marco, C., y Chóliz, M. (2017). Eficacia de las técnicas de control de la impulsividad en la prevención de la adicción a videojuegos. *Terapia psicológica*, 35(1), 57-69. doi: 10.4067/S0718-48082017000100006
- Marín-Díaz, V., Morales-Díaz, M., & Reche-Urbano, E. (2019). Educational Possibilities of Video Games in the Primary Education Stage According to Teachers in Training. A Case Study. *Journal of New Approaches in Educational Research*, 8(1), 42-49. doi: 10.7821/naer.2019.1.330
- Marmisa, J. (23 de mayo de 2018). *Los expertos explican por qué lo del Fortnite se nos ha ido de las manos*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2018/05/19/tentaciones/1526762578_664129.html
- Martyniuk, S. V. (2018). Game On! Teaching Video Game Studies in the Arts Classroom. *Art Education*, 71(3), 14-19. doi: 10.1080/00043125.2018.1436325
- O'Donnell, S., & Epstein, L.H. (2019). Smartphones are more reinforcing than food for students. *Addictive Behaviors*, 90, 124-133. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.10.018
- Przybylski, A. (2016). Mischievous responding in Internet Gaming Disorder research. *PeerJ—Journal of Life and Environmental Sciences*, 4:e2401, 1-8. doi: 10.7717/peerj.2401
- Przybylski, A. K., Weinstein, N., & Murayama, K. (2016). Internet Gaming Disorder: Investigating the Clinical Relevance of a New Phenomenon. *The American Journal of Psychiatry*, 174(3), 230-236. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16020224.
- Rey Vásquez, E.M. (2019). *El juego de videojuegos como acto ético performativo*. (Tesis doctoral). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/43000>
- Rhen, B. (2011). "School Shooter" Web Video Game Raises Concerns. *Education Week*, 30(29), 16-17. Retrieved from <https://eric.ed.gov/?id=EJ930033>

- Sisk, D. A. (2018). The Art and Science of Planting Seeds of Mindfulness. *Gifted Education International*, 34(2), 118-128. doi: 10.1177/0261429417716354
- Suescún, M. (2015). Adicciones tecnológicas: del móvil y los videojuegos a los juegos de azar. *Prevención y Tratamiento*, 362, 88.
- Stockdale, L., & Coyne, S. (2018). Video game addiction in emerging adulthood: Cross-sectional evidence of pathology in video game addicts as compared to matched healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 225, 265-272. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.045
- Teng, Z., Nie, Q., Guo, C., Zhang, Q., Liu, Y., & Bushman, B. J. (2019). A Longitudinal Study of Link between Exposure to Violent Video Games and Aggression in Chinese Adolescents: The Mediating Role of Moral Disengagement. *Developmental Psychology*, 55(1), 184-195. doi: 10.1037/dev0000624
- Tú, S., Kim, E., y No, U. (2015). Impacto de los videojuegos violentos en los comportamientos sociales de los adolescentes: el papel mediador de la competencia emocional. *School Psychology International*, 36(1), 94-111. doi: 10.1177/0143034314562921
- Valleur, M., y Matysiak, J. C. (2005). *Las nuevas adicciones del siglo XXI. Sexo, pasión y videojuegos*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Wittek, C. T., Finseras, T. R., Pallesen, S., Mentzoni, R. A., Hanss, D., Griffiths, M. D., & Molde, H. (2016). Prevalence and Predictors of Video Game Addiction: A Study Based on a National Representative Sample of Gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 672-686. doi: 10.1007/s11469-015-9592-8
- Zastrow, M. (2017). News Feature: Is video game addiction really an addiction? *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of América-PNAS*, 114(7), 4268-4272. doi: 10.1073/pnas.1705077114
- Zeleeva, V., & Shubnikova, E. (2016). Prevention of Addictive Behavior Based on the Formation of Teenagers' Resilience. *Internatinal Journal of Environmental & Sciencie Education*, 11(8). doi: 10.12973/ijese.2016.574a
- Zorbaz, S. D., Ulas, O., & Kızıldağ, S. (2014). Relation between Video Game Addiction and Interfamily Relationships on Primary School Students. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 15(2) 489-487. doi: 10.12738/estp.2015.2.2090

Diversidad funcional: amor, sexualidad y adicciones

Functional diversity: love, sexuality and addictions

Juan Ricardo Ramírez Ramírez*

Recibido: 24 de octubre de 2018- Aceptado: 10 de abril de 2019–Publicado: 16 de septiembre de 2019

Forma de citar este artículo en APA:

Ramírez Ramírez, J. R. (julio-diciembre, 2019). Diversidad funcional: amor, sexualidad y adicciones. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), pp. 268-289. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.2975>

Resumen

El objetivo del presente artículo es comprender las experiencias amorosas y las manifestaciones de la sexualidad en personas con diversidad funcional y trastorno por consumo de sustancias, por medio de un análisis de caso de dos hombres mayores de edad. Se aplicó un estudio fenomenológico compuesto por entrevistas semiestructuradas individuales para cada participante. Teóricamente, se presenta una reflexión sobre temas asociados a la diversidad funcional, considerando varios aportes. Las categorías emergentes fueron: amor, sexualidad, consumo de sustancias psicoactivas y percepción propia, de los otros y de la vida. Los resultados permiten distinguir que la adicción se convierte en una situación más incapacitante que la misma diversidad funcional, afecta de manera significativa las experiencias amorosas y sexuales de los entrevistados.

Palabras clave:

Adicciones; Amor; Autoimagen; Diversidad funcional; Sexualidad.

Abstract

The objective of this article is to understand the love experiences and manifestations of sexuality in people with functional diversity and substance use disorder, through a case analysis of two men of legal age. A phenomenological study was applied, developing individual semi-structured interviews to each participant. Theoretically, a reflection is presented on issues associated with functional diversity, considering several contributions. The emerging categories were: love; sexuality; consumption of psychoactive substances; and own perception, of others and of life. The results make it possible to distinguish that addiction becomes a more disabling situation than the same functional diversity, significantly affecting the sexual and sexual experiences of the interviewees.

Keywords:

Sexuality; Love; Functional diversity; Addictions; Self-image.

* Universidad Católica Luis Amigó. Contacto: juan.ramirezr@amigo.edu.co

La presente investigación aborda la siguiente cuestión: ¿Cómo se manifiestan el *amor* y la *sexualidad* en personas con *diversidad funcional* y trastorno por *consumo de sustancias*?, considerando que las experiencias del amor, la sexualidad y las *adicciones* en personas con diversidad funcional se enmarcan en el campo de la pluralidad, donde un fenómeno puede representarse desde perspectivas individuales que contradicen o complementan las ideas generales de la cultura.

Diversidad funcional, amor, sexualidad y adicciones son categorías que se entrelazan como un conjunto de situaciones particulares y complejas de la existencia humana, en las que la realidad de las personas se encuentra con encrucijadas de distinta índole y genera experiencias a partir de las cuales es posible extraer un conocimiento profundo de lo que implica vivir en la adversidad y la diversidad.

Es una apuesta al entendimiento de las relaciones humanas desde un abordaje psicológico, partiendo de una psicología que se define como “disciplina que abarca todos los aspectos de la experiencia humana” (American Psychological Association, s.f., p. 1). La definición anterior plantea el reto de comprender la experiencia humana con la mayor amplitud posible, en una aproximación a las personas desde su diversidad para observar los diferentes matices de su realidad.

Cuando hace referencia a discapacidad, la Organización Mundial de la Salud (s.f.) plantea que:

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales (párr. 1).

El presente artículo se basa en una teoría multimodal de la discapacidad que opera en el ámbito psicosocial desde tres lugares diferentes y se quiere contrastar con los modelos actuales de diversidad funcional. El concepto de *diversidad funcional*, en contraste con lo que a discapacidad se refiere, permite ampliar el espectro de competencias en los seres humanos, ya que “la palabra ‘discapacidad’ está formada con raíces latinas y significa ‘cualidad de ser inválido o de perder una capacidad’” (Romañach y Lobato, 2005, p. 5) lo cual reduce a la persona a una situación donde la existencia se erige como limitación perpetua de sus facultades, por lo que esta debe atenerse a elecciones entre el sufrimiento y la resignación. En cambio, Romañach y Lobato (2005) plantean el término *diversidad funcional* así:

Una realidad en la que una persona funciona de manera diferente o diversa de la mayoría de la sociedad. Este término considera la diferencia de la persona y la falta de respeto de las mayorías, que en sus procesos constructivos sociales y de entorno, no tiene en cuenta esa diversidad funcional (p. 4).

Dentro de los modelos de discapacidad, Palacios (2008) plantea el modelo de la prescindencia, el rehabilitador y el social.

El primer modelo justifica a la discapacidad con base en la religión, es decir, considera que sus causas son un castigo divino. Además, parte de la premisa de que las personas con discapacidad son prescindibles de la vida en sociedad, pues no tienen nada que aportar a la misma. Es decir, considera que la persona con discapacidad “es un ser improductivo y además una carga que deberá ser arrastrada, ya sea por los padres o por la misma comunidad”. El segundo modelo, el rehabilitador, fundamenta las causas de la discapacidad en la naturaleza y la biología, es decir, la considera una enfermedad. En ese sentido, el modelo estima que las personas con discapacidad pueden tener algo que aportar a la sociedad, pero siempre y cuando sean “rehabilitadas” o “normalizadas.” Finalmente, el modelo social parte de la Barreras que enfrentan las personas en situación de discapacidad en el ejercicio de su sexualidad y auto-determinación... concepción de que las causas de la discapacidad son fundamentalmente sociales y no inherentes a las personas (pp. 37-104).

En el mundo “más de 1.000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad. Esta cifra representa alrededor del 15% de la población mundial” (Organización Mundial de la Salud, 2013). Además, han surgido comentarios que, de manera arbitraria, pretenden desvincular la discapacidad de la sexualidad o considerar a estos individuos menos dignos de experimentar placer y manifestar su amor, expandiendo así las fronteras de la segregación y generando un dolor psicológico que exige a la psicología interactuar de manera responsable con estas realidades humanas.

Es posible afirmar que algunas de las manifestaciones culturales que han marcado el presente siglo se han presentado alrededor de la sexualidad y las adicciones, múltiples sociedades han dado un salto desde una percepción binaria de lo sexual en el ser humano hacia una visión situada en el campo de la pluralidad; así mismo, la orientación actual del sistema económico global hacia el establecimiento y mantenimiento de una sociedad de consumo ha generado condiciones favorables para que las adicciones puedan prosperar. No obstante, la percepción social sobre el adicto, la persona con diversidad funcional y los colectivos que establecen prácticas no normativas dentro de su sexualidad, no ha tenido un cambio representativo que les permita liberarse de la exclusión y contribuir a la desmitificación de dichas condiciones. Generalmente, los colectivos mencionados son blanco de críticas destructivas e invalidantes, como lo expresa Arnau Ripollés (2018):

La sexualidad de las mujeres, hombres y de quienes no se identifican con el binarismo sexo-género, pero todas ellas con diversidad funcional, suelen vivir la sexualidad de manera, hasta cierto punto, distorsionada. Son personas concebidas como asexuadas, y en consecuencia, tratadas de manera infantilizada durante todo su ciclo vital (en especial, las mujeres con diversidad física, sordoceguera, intelectual y/o del desarrollo o mental); o, por el contrario, algunas de ellas, en particular, las mujeres con diversidad intelectual y/o del desarrollo o mental, son interpretadas como personas hipersexuales y que no saben controlarse (p. 27).

Esto da cuenta de la cantidad de estigmas y mitos que han surgido alrededor de la diversidad funcional y la sexualidad, por ejemplo, Platero Méndez y Rosón Villena (2012) plantean que

Las personas con sexualidades y prácticas no normativas y con diversidad funcional también comparten una trayectoria histórica como seres 'pecaminosos', 'demoníacos', 'defectuosos', o similares, que por otra parte buena parte de las religiones han necesitado para generar la noción de 'milagro' y 'sanación' (p. 136).

Similar estigmatización es la que ha sufrido el adicto, considerado frecuentemente como un vicioso, inadaptado social, delincuente y otros calificativos que dificultan el adecuado abordaje de dicha condición.

Antecedentes investigativos que relacionen condiciones de diversidad funcional con adicciones son prácticamente inexistentes. Se ha intentado explorar en temas como la diversidad funcional y la adicción a las nuevas tecnologías como se aprecia en el trabajo de (Suriá Martínez, 2016), sin embargo, no hay información concluyente que permita determinar que se ha establecido una relación adictiva entre los participantes y, en este caso, el teléfono móvil.

Es posible apreciar cómo en una ciudad como Medellín es frecuente observar en las calles un gran número de personas que coexisten con diversidad funcional y adicción a sustancias psicoactivas. La exigua evidencia investigativa en el tema da cuenta del grado de invisibilidad al que han sido sometidas las personas con adicción y diversidad funcional, al tiempo que muestran un amplio campo de investigación disponible para la nueva producción de conocimiento.

Al abordar el tema de la diversidad funcional, es importante plantear una concepción del cuerpo. La corporalidad o soma, es la estructura material que permite a los humanos ocupar un lugar en el espacio-tiempo, esto si quisiéramos hablar en términos netamente científicos y objetivos. Sin embargo, esto no limita a una persona, por diverso que su cuerpo sea, en la capacidad de emocionarse con la vida, vivirla y darle sentido a la existencia.

De esta manera, las personas con diversidad funcional pueden ser reconocidas como un colectivo de seres humanos cuyas características están compuestas por los siguientes aspectos (Romañach y Lobato, 2005):

- I. Cuerpos que tienen órganos, partes del cuerpo o su totalidad que funcionan de otra manera porque son internamente diferentes.
- II. Mujeres y hombres que por motivos de la diferencia de funcionamiento de su cuerpo realizan las tareas habituales, (desplazarse, leer, agarrar, vestirse, ir al baño, comunicarse, etc.) de manera diferente (Podríamos decir, mujeres y hombres que funcionan de otra manera).
- III. Colectivo discriminado por cualquiera de las dos razones arriba expuestas (pp. 1-8).

En la historia, las sociedades han presentado una tendencia a definir a los seres humanos de manera patológica, reconociendo la diversidad como enfermedad. Sin embargo, es importante rescatar la explicación de láñez Domínguez (2009) cuando indica que

En nuestra sociedad, el estado de salud es algo que definen de forma objetiva y tras la realización de pruebas clínicas y diagnósticas, los y las profesionales del sistema sanitario, pero en ¿qué lugar queda la percepción subjetiva que tiene una persona de su propia salud? La salud contiene un componente de bienestar biológico, pero gran parte lo determina el cómo nos sentimos, es decir, el componente de bienestar personal (p. 145).

En las culturas contemporáneas, el cuerpo humano juega un papel fundamental en cuanto a las relaciones humanas y la abundancia de estereotipos sociales que se van estableciendo por medio de los diferentes mecanismos publicitarios existentes en la era de la información; estos ofrecen un modelo global de lo que las personas deben ser (parecer) en el mundo, modelo que se generaliza indiscriminadamente. Partiendo de esta realidad se han desarrollado conceptos como el de corporalidad postmoderna, entendida por Pié Balaguer (2014) como “otra manera de pensar los cuerpos más allá de cánones cerrados de determinada normalidad, o de determinada estética” (p. 170), concepto que plantea una ruptura ante el modelo universalizado de lo que debe representar el cuerpo.

El contacto se constituye como elemento fundamental de lo relacional, los contactos tejidos por los seres humanos tienen una diversidad de matices, entre ellos los conflictos y los afectos positivos. Las guerras mundiales son un ejemplo de ese contacto conflictivo entre personas y, a pesar de haber finalizado, han dejado como legado la búsqueda absurda de la perfección humana, un terreno fértil donde sigue brotando la esclavitud, el racismo, la segregación, el rechazo y la minimización de los seres humanos por la todavía supuesta superioridad de los unos sobre los otros.

En este contexto, las personas con diversidad funcional siguen siendo uno de los colectivos frecuentemente impactados por el rechazo de otros que, justificándose en conceptos ambiguos de *normalidad* y *anormalidad*, minimizan la humanidad de las personas. En consecuencia, a lo largo de la historia se erigieron innumerables barreras que se sumaron a la diversidad funcional y generan ahora desconcierto en estas personas en lo relacionado con el establecimiento de relaciones humanas. A esto se agrega que “las creencias que colocan a las personas con discapacidad como seres anormales a los que hay que regular, controlar y cuidar repercuten en la falta de servicios para atender sus necesidades” (Cruz Pérez, 2014, p. 95). Por ello, las personas con diversidad funcional podrían establecer nuevas estrategias relacionales que probablemente servirán de ejemplo para descubrir que en ellos también se funde una diversidad en la concepción del amor y en las manifestaciones sexuales.

Vinculado a lo corporal está lo psicológico, donde la autoimagen emerge como aspecto fundamental de lo relacional. La autoimagen es un concepto cercano a la psicología, elemento esencial en la conformación del Self, Ego, Yo, Individualidad, Sí mismo, etc. De acuerdo con el planteamiento de Jung (1994), observamos que

Aunque sus fundamentos son relativamente desconocidos e inconscientes, el ego es un factor consciente por excelencia. Incluso es una adquisición empírica de la existencia individual. Parece surgir en primer lugar de la colisión entre el factor somático y el entorno, y, una vez establecido como sujeto, se desarrolla a partir de nuevas colisiones con el entorno y el mundo interior (p. 23).

Concebimos la autoimagen como “un proceso de construcción y reconstrucción en el cual la persona intenta comprender psicológicamente su mundo interno y externo por medio de dimensiones personales de conciencia basadas en contrastes de significado” (Guillén Riebeling, 2014, p. 84). Esto plantea una suerte de vaivén entre las múltiples instancias que configuran el mundo psíquico y el corporal, tensión de la cual emerge el conjunto de elementos que conforman aquella imagen del sí mismo que nos permite diferenciarnos de los demás individuos. Esto hace de la autoimagen un elemento fundamental del presente trabajo y supone la necesidad de comprender su relación con la diversidad funcional, así como su influencia en las manifestaciones sexuales y en los encuentros amorosos.

En esta constante construcción de la autoimagen, el cuerpo es un elemento inescindible de la mente pues, “la piel se convierte en el límite entre el yo y no-yo. En otras palabras, la psique ha empezado a vivir en el soma entendido como estructura corporal y se ha iniciado una vida psicósomática individual” (Winnicott, 1962, pp. 995-1000). Esto nos permite profundizar en lo que hasta ahora se entiende por autoimagen, donde “los fenómenos mentales son complicaciones de importancia variable en la continuidad existencial del psiquesoma, en lo que culmina en el self individual” (Winnicott, 1958, p. 430). Esto nos impulsa hacia la comprensión de la autoimagen desde el ámbito de la diversidad funcional, que es un terreno en el cual el cuerpo frecuentemente se exhibe como un obstáculo en la conformación de una autoimagen lo suficientemente estable como para enfrentarse a las relaciones amorosas y sexuales con otras personas.

Centrémonos ahora en el concepto de amor e iniciemos nuestra exploración desde lo que José Ortega y Gasset (1955) definía como “los amores”. Hablar de los amores nos permite acercarnos a una comprensión de las relaciones humanas primordialmente desde las experiencias personales, más allá de posturas románticas o paradigmas individuales. El filósofo español Ortega y Gasset (1955) relata que:

“Los amores” son historias más o menos accidentadas que acontecen entre hombres y mujeres. En ellas intervienen factores innumerables que complican y enmarañan su proceso hasta el punto de que, en la mayor parte de los casos, hay en los “amores” de todo menos eso que en rigor merece llamarse amor (p. 55).

Fundamentados en lo anterior, el objetivo de comprender el concepto de amor desde las historias y experiencias de personas con diversidad funcional aporta un conocimiento indispensable para la psicología, teniendo en cuenta que el amor es uno de los elementos a los que esta disciplina se debe enfrentar con mayor frecuencia, ya sea desde la transferencia o desde las experiencias de quien acude a la psicología.

El amor es un sentimiento y un concepto trasversal en la historia humana, es, en palabras de Klein (1937):

la manifestación de las fuerzas tendientes a preservar la vida". Además de esto, las mayores revoluciones en la historia han sido guiadas por el amor (al conocimiento, al prójimo, a la patria, etc.) y han marcado la historia tanto como la cultura de manera significativa (p. 314).

La importancia del amor como agente acelerador del cambio en los seres humanos es evidente, ya que "el amor está muy cercano a la trascendencia; es tan sólo otro nombre del impulso creativo y, por lo tanto, está cargado de riesgos, ya que toda creación ignora siempre cuál será su producto final" (Bauman, 2012, pp. 20-21).

El enamoramiento es uno de los elementos particulares que está estrechamente relacionado con el amor. Frecuentemente se cree que emerge primordialmente de aquellas características físicas de una persona que le son agradables a otra. Para contrastar un poco esta postura, Beck (2011) nos dice que

Aunque la atracción física constituye un excitante poderoso, no es de ningún modo el único. A algunos les encantan los rasgos personales o sociales como la gracia, el arte de conversar y el humor. A otros les atraen virtudes tales como la seriedad, la sinceridad y la empatía. Hay otros a quienes los subyugan la bondad, la fuerza y el carácter decidido. (...) A pesar de los gustos individuales, hay una generalidad notable en cuanto a la naturaleza del enamoramiento. Los pensamientos acerca de la persona amada y su imagen son las fuerzas directrices. Aunque las emociones del amor son más espectaculares, la verdadera orientación de los sentimientos proviene de la visión que se tiene de la persona amada (pp. 54-55).

Dicho esto, amar nos hace apreciar, en ocasiones, a otro ser humano desde una posición idealizada de bondad, viéndola como el reflejo axiológico de lo que deseamos para nosotros mismos. En concordancia con lo anterior, Frankl (1946) nos dice que

Para el amante, el amor hechiza el mundo, lo transfigura, lo dota de un valor adicional. El amor aumenta y afina en quien ama la resonancia humana para la plenitud de los valores. Abre el espíritu al mundo en su plenitud de valor, a la "totalidad de los valores". De este modo, debido a su entrega al tú, el yo, el amante, adquiere una riqueza interior que trasciende del tú, del ser amado: el cosmos entero gana, para él, en extensión y en profundidad de valor, resplandece bajo la luz brillante de aquellos valores que sólo el enamorado acierta a ver, pues el amor no hace al hombre ciego, como a veces se piensa, sino que, por el contrario, le abre los ojos y le aguza la mirada para percibir los valores (pp. 202-203).

Es claro que el ser humano contemporáneo se encuentra en una búsqueda implacable de amor, pero pareciera no saber a ciencia cierta cómo es aquello que tanto anhela, ni dónde encontrarlo.

Considerando el concepto de humanidad como la “capacidad para sentir afecto, comprensión o solidaridad hacia las demás personas” (Oxford University Press, s.f., p. 2), el presente trabajo va dirigido a esos seres humanos diversos en su soma, con una funcionalidad más creativa, sensibles a una existencia compleja, y quizá con una comprensión de la realidad humana que se expande más allá de las barreras de lo corporal. Personas que son consideradas, por otros supuestamente más funcionales, a partir de una visión sesgada de la realidad porque no asumen que “la discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida” (Organización Mundial de la Salud, 2011, p. 7). Así, los profesionales y la comunidad podrán ubicarse en un lugar de comprensión general, promoviendo el mejoramiento de las relaciones humanas y generando un trato más amable entre las personas del mundo.

En cuanto a la definición de sexualidad, nos encontramos con múltiples perspectivas teóricas que se integran para brindarnos una visión holística del concepto. Según la World Health Organization (2002), la sexualidad puede definirse como

Un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas son siempre experimentadas o expresadas. La sexualidad está influenciada por la interacción de lo biológico, factores psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (p. 5).

Esta definición integra elementos como lo masculino y lo femenino que en la contemporaneidad han generado amplias discusiones que dejan en la cuerda floja lo que conceptualmente se conoce como el hombre y la mujer, elementos fundamentales de aquella explicación que afirma que “la constitución de la sexualidad se asume tomando variables como el género, que permiten construir identidad” (Roa García, 2017, p. 24).

Las definiciones que hemos abordado contienen elementos conceptuales que la psicología necesita aclarar, dado que dichos componentes configuran la sexualidad humana. Uno de ellos es lo que denominamos auto-imagen, de gran importancia en esta investigación debido a que, en el abordaje de la sexualidad en conjunto con el amor y la diversidad funcional, será un puente entre las tres instancias.

La sexualidad, como manifestación en el ser humano, expresa lo masculino y lo femenino que hay en cada persona, sus elementos se funden en la personalidad de cada individuo y es impertinente asumir una posición dicotómica hacia los mismos. Sabemos que “la gente no expresa su masculinidad o feminidad sólo en el dormitorio. La sexualidad hace parte de todas las actividades a las que una persona se dedica, trabajo, socialización, decoración de su hogar, expresiones de afecto” (Chipouras, Cornelius, Daniels, & Makas, 1979, p. 128). Por lo tanto, al ser la sexualidad un elemento de tal relevancia en la vida cotidiana es esencial profundizar en

este tomando como marco de referencia la cotidianidad de las personas con diversidad funcional, ya que ellos nos pueden brindar desde sus experiencias elementos que nos permitan ampliar nuestra perspectiva sobre la sexualidad.

En la comprensión de la sexualidad desde la diversidad funcional, Kattari & Turner (2017) nos brindan valiosos aportes conceptuales desde la perspectiva del trabajo social ya que en su investigación buscan comprender “cómo las personas con discapacidades físicas definen la actividad sexual, sus niveles de satisfacción sexual, las diferencias grupales en cómo las personas definen diferentes actos como actividades sexuales y las diferencias en los niveles de satisfacción sexual” (pp. 38-53).

Así mismo, la medicina propone información interesante en cuanto a aspectos como el placer, el cual se encuentra estrechamente ligado a la sexualidad en la diversidad funcional. Por ejemplo, Tepper (2000) estudia el placer sexual en personas con lesión de la médula espinal y realiza una petición para que el placer sexual sea incluido en la agenda de estudios sobre discapacidad. Estos estudios trazan la ruta hacia la comprensión de la sexualidad en la diversidad funcional, dando lugar además a la psicología para que establezca una dialéctica con estas disciplinas que permita afianzar los conocimientos existentes sobre esta condición, de la cual todas las personas en algún momento vital podríamos ser objeto.

En un estudio realizado en Canadá (East & Orchard, 2014) se analiza una muestra de 3 mujeres y un hombre, de edades entre 15 y 20 años, aplicando dos entrevistas semiestructuradas. En la discusión, se plantea lo siguiente sobre los casos de estos jóvenes:

sus experiencias reflejan muchas tensiones entre aquello a lo que se les niega el acceso debido a su discapacidad, incluida la información y la instrucción en materia de educación sexual, y una completa ausencia de medios o representaciones de “sus” tipos de posibilidades sexuales y los deseos normales de la mayoría de los jóvenes. Estas tensiones apuntan a los diversos factores sociales y cotidianos que contribuyen a la negación de su ciudadanía sexual (p. 575).

Lo anterior permite dar cuenta de la situación a la que se enfrentan los jóvenes con diversidad funcional en países como Canadá, donde las condiciones de vida y el sistema de salud son más favorables que en el contexto latinoamericano. Sin embargo, entre tanta zozobra, “lo que está claro es que no es su discapacidad, sino las prácticas e ideologías profundamente excluyentes de nuestra sociedad (...) que impiden que tales discusiones ocurran y las experiencias sean posibles (...) en la vida de estos jóvenes” (East & Orchard, 2014, pp. 559-576).

Por lo tanto, es fundamental generar espacios de apertura y discusión que aporten al esclarecimiento de la sexualidad en las personas con diversidad funcional, ya que “como se ha demostrado en la revisión de la literatura existente, los pocos estudios realizados han encontrado que las personas con discapacidad física tienen

muchas experiencias diferentes con respecto a las interacciones sexuales” (Kattari, 2014, pp. 509-510). El conocimiento de las distintas experiencias y manifestaciones de la sexualidad en la diversidad funcional permitirá desarrollar un método de educación sexual adecuado para las personas que se encuentran en esa situación.

Las adicciones constituyen otro elemento fundamental de la presente investigación y, en el marco de la adicción, es bien sabido que los trastornos por uso de sustancias son uno de los objetos de investigación de mayor abordaje a lo largo de la historia por diferentes disciplinas. Sin embargo, plantear la relación entre diversidad funcional, sexualidad y adicciones se erige como una apuesta innovadora que posibilita ampliar nuestra comprensión de la experiencia humana. En cuanto a los trastornos relacionados con sustancias, se plantea por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) que:

Los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas (...) Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales (p. 253).

Las personas con trastorno por uso de sustancias establecen una relación particular con la existencia. Ligados a las múltiples formas en las que la droga les permite apreciar la realidad, su percepción del mundo que los rodea varía, por lo cual es probable que esta manera diferente de percibir la vida tenga implicaciones en la forma como el ser humano experimenta el amor, la sexualidad y la diversidad funcional.

Método

La presente investigación encara la realidad desde el enfoque cualitativo, el cual “aborda las realidades subjetivas e intersubjetivas como objetos legítimos de conocimiento científicos. Busca comprender –desde la interioridad de los actores sociales– las lógicas de pensamiento que guían las acciones sociales” (Galeano, 2004, p. 18). Además de esto, nos servimos de la fenomenología como fundamento metodológico, ya que la tarea para poder comprender un objeto de conocimiento es “perseguir, dentro del marco de la evidencia pura o del darse a las cosas mismas, todas las formas del darse y todas las correlaciones y ejercer sobre todas ellas el análisis esclarecedor” (Husserl, 1982, p. 51). Esto permite integrar diferentes perspectivas sobre un elemento particular de conocimiento. Así, para la investigación es necesario ver, apreciar, observar cómo se estructuran los conceptos *amor* y *sexualidad* desde la perspectiva de la diversidad funcional y la adicción, en las que la experiencia misma de las personas es la evidencia primordial para acercarnos a la comprensión de estos objetos de conocimiento inherentes a realidad.

Para desarrollar la visión fenomenológica de los conceptos *amor* y *sexualidad*, es necesario abstraernos de posiciones personales que pueden sesgar la información por los prejuicios que se tengan como investigador, por esto “nos abstenemos de toda posición respecto del ser y de las ilusiones de mis sentidos. También de mis juicios ya que, si no tengo una posición en relación al ente, tampoco puedo juzgarlo” (Bolio, 2012, pp. 20-29). Es decir, dirigimos nuestra mirada desde lo que Husserl (1982) definiría como la “epojé fenomenológica (p.9).”

Como estrategia metodológica especializada, fue implementado el estudio de caso en el cual, según Robert Yin (1984), se “investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real de existencia, cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes y en los cuales existen múltiples fuentes de evidencia que pueden usarse” (Yin como se citó en Sandoval Casilimas, 2002, p. 91).

En la indagación de la teoría existente sobre amor, sexualidad y diversidad funcional, fue realizado un rastreo bibliográfico en múltiples bases documentales como Scopus, Google académico, Researchgate y EBSCO. Allí se utilizaron palabras clave como *sexualidad*, *amor*, *diversidad funcional*, *adicciones* y *autoimagen*. De todas las referencias encontradas es importante resaltar que muchas de ellas tienen relación con el trabajo social y la medicina más que con la propia psicología, lo cual propone un reto y una responsabilidad mayor a nuestra disciplina con respecto a hacerse cargo de todas aquellas situaciones de las cuales emerge el sufrimiento humano, para proponer estrategias de transformación generadoras de bienestar y salud mental.

Para la aplicación del estudio, se contactaron 2 hombres mayores de edad con diversidad funcional y trastorno por consumo de sustancias, que viven en el área metropolitana de la ciudad de Medellín. Uno de los casos presenta una condición de tetraplejía como resultado de un daño en la médula espinal ocasionado por un impacto de bala, esto unido al trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias y una discapacidad intelectual leve. El otro caso presentaba diagnósticos de disfunción eréctil, insuficiencia renal crónica, TDAH combinado, trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias y trastorno afectivo bipolar.

Como práctica metodológica para la recolección de la información se utilizó una entrevista semiestructurada, en la que el investigador se reúne cara a cara con el participante en una interacción dialógica para comprender el significado de sus experiencias con respecto al amor y a la sexualidad. Entendemos entrevista como “una conversación que tiene una estructura y un propósito. En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias” (Álvarez y Jurgenson, 2003, p. 109).

Con base en la agrupación de la información proporcionada por los participantes en las entrevistas semiestructuradas, emergen unas categorías que permiten comprender la multiplicidad de manifestaciones que se presentan en el amor y en la sexualidad desde la diversidad funcional y las adicciones. Estas categorías

centrales fueron: amor, sexualidad, consumo de sustancias psicoactivas y *percepción propia, de los otros y de la vida*. Las conclusiones obtenidas de las categorías son el resultado de una triangulación de la información por cada estamento, así “las conclusiones estamentales nos permiten conocer la opinión de los diferentes sectores de población en relación con los principales tópicos de la investigación” (Cisterna Cabrera, 2005, p. 64).

Además, se utilizó el software Atlas.ti para realizar la sistematización, categorización y análisis de la información. Este instrumento tecnológico de investigación cualitativa, desde lo que informa San Martín Cantero (2014), fue

Diseñado a finales de los ochenta por el alemán Thomas Murh, quien recurriendo a la tecnología hizo un intento por aplicar los planteamientos metodológicos de Glaser y Strauss. Este software permite expresar el sentido circular del análisis cualitativo, por cuanto otorga la posibilidad de incorporar secuencialmente los datos, sin la necesidad de recoger todo el material en un mismo tiempo. Por esta razón, permite llevar a cabo el muestreo teórico necesario para realizar el análisis constructor de teoría (p. 114).

Por todo esto, Atlas.ti fue una herramienta de gran utilidad para el análisis de la información proporcionada por los participantes en las entrevistas y para la construcción posterior de las categorías.

Resultados

A continuación se presentarán los resultados arrojados por cada una de las categorías con sus respectivas subcategorías.

Amor

El amor en este caso es concebido como una energía interna cargada de sentimientos y emociones que son transmitidos de persona a persona con una magnitud que supera otras experiencias vitales. Según lo expresado por los participantes, el amor cuenta con una serie de subcategorías a las que abordamos como cualidades, conflictos y tipos, y es susceptible de convertirse en algo enfermizo o adictivo. Las ansiedades y temores son algunos de los elementos de mayor prevalencia debido a la gran influencia de la diversidad funcional en los participantes, en quienes se percibe una fuerte predisposición emocional ante el rechazo.

Emerge además una concepción del amor como depositar en el otro, aspecto sumamente arraigado en el discurso de los participantes. Aunque se ve manifiesta la diferencia entre lo que es el amor y lo que significa la adicción para los participantes, ambos coinciden en que el amor es susceptible también de convertirse en una

adicción. Dentro de los valores que constituyen al amor se consideran el respeto y la confianza como ingredientes esenciales para que pueda prosperar. Entre los tipos de amor se considera el amor materno como un afecto verdadero que acompaña incondicionalmente a la persona durante su trascurrir vital.

Tabla 1. Subcategorías de la investigación en Amor

Cualidades	Conflictos	Tipos
El amor no es lo que uno da, sino lo que siente dentro del cuerpo	Miedo al rechazo de las personas que uno se enamora	Sí es amor verdadero la mamá ella no le va dejar a uno
Te amo es una palabra que sale desde el centro del corazón hasta el, hasta el alma	Una relación conmigo ah por pesar	Un amor enfermizo es yo digo que es la manera negativa de amar es no ponerle límites a lo que siento por el otro
Ella (mamá) no le va dejar a uno	El amor que nosotros traicionamos	Hay mucha diferencia entre amor y adicción
Si en la relación hay respeto hay amor	Ansiedad	El amor también se me volvía una adicción
Depositar todo en el otro	A mí me da mucho miedo que una mujer me diga a mí me rechace	El amor también se puede volver una adicción cuando se ama digamos que con enfermedad
Depositar sentimiento y emociones	Más de una mujer usted sabe lo ven a uno así, a no que peca de este	
Mi equilibrio emocional en el otro		
El amor es más como un sentimiento es una emoción		
Sentir amor por alguien es un sentimiento o es una emoción ya mucho más grande que lo que aborda pues expresarme y el depositar en el otro muchas cosas		
El amor es muy distinto		
Confianza		

Sexualidad

En lo que a sexualidad se refiere, observamos que la mujer, en algunos casos, asume el rol de objeto sexual y de placer para los participantes, lo que permite al hombre sublimar o desfogar aquellos temores, frustraciones e inseguridades que lo afligen. Así, cuando se hace referencia a la mujer, esta se presenta con una elevada carga libidinosa con respecto a sus demandas sexuales que, en muchas ocasiones, se observan como inalcanzables, lo cual genera estados de incertidumbre y angustia producto de la preocupación constante por satisfacerla.

Ambos participantes tuvieron experiencias con mujeres que dejaron un efecto negativo en su seguridad en el ámbito sexual debido a situaciones en las cuales, producto de su diversidad funcional, fueron comparados o juzgados negativamente, creando así una gran inseguridad en cuanto a la capacidad de vivir satisfactoriamente su sexualidad.

La diversidad funcional concomitante con la adicción plantea una serie de situaciones que dificultan la satisfacción en las relaciones sexuales de los participantes. Allí, el cuerpo y la mente tratan de soportarse en las sustancias psicoactivas como una alternativa para poder obtener sensaciones placenteras. También aparecen impresiones desagradables y dolorosas en el cuerpo al presentarse el orgasmo en el hombre, ello deriva en una disminución del deseo sexual por temor a las consecuencias físicas o al rechazo.

Aparecen elementos externos que posibilitan la realización del coito para una persona con diversidad funcional. Por ejemplo, uno de los participantes se sirve de una sonda para hacer posible la penetración y, aun encontrándose en silla de ruedas, tiene la habilidad de posicionarse de diferentes maneras durante el acto sexual, y utiliza prácticas como el cunnilingus para propiciar la mutua satisfacción sexual. En el caso del otro participante, es necesario hacer uso de medicamentos como el Tadafilo o Cialis, utilizados frecuentemente en el tratamiento de la disfunción eréctil. Sin embargo, apoyarse en el medicamento supone para esta persona cierta insatisfacción al sentir un elevado grado de dependencia a una medicación.

Tabla 2. Subcategorías de la investigación en Sexualidad

Experiencias corporales	Conflictos	Cualidades	Percepciones de la mujer	Prácticas sexuales en la diversidad funcional
Relaciones sexuales ya no sentía nada Ya el desarrollo me dolía la columna Me daban calambres en el cuerpo Me temblaban los pies Me daba dolor de cabeza El corazón se agitaba Cuando tenía las relaciones y me iba a venir, eso era un problema ya La esperma se me salía por los lados y era blanco blanco blanco pero guelía fuerte	Yo ya pare mucho las relaciones sexuales con las peladas de por la casa también, porque ya me daba miedo que de pronto me diera un infarto Se me paralizó el cuerpo mío en una, en una relación sexual en un hotel Si en silla de ruedas, así como te digo se vuelve un complique pa mí Que va brindar si ni se le parará No es lo mismo porque es que uno va en la silla de ruedas Uno no puede decir que hace lo mismo que, que como lo hacen uno parao Insípido No sentía absolutamente nada Frustrante En las relaciones sexuales ya no me, ya no sentía nada No sentía absolutamente nada Ella me decía no, es que lo tenes muy pequeño A mí lo que esa persona me dijo me frustró me frustró a nivel pues sexual y a nivel de si sí yo estaba realmente bien o no.	Sexualidad es tener sexo con una mujer La sexualidad se vuelve para mí un tener sexo Sexualidad es como como la manera en la que yo me expreso al otro Desfogar, frustraciones, temores. Satisfacer al otro Satisfacer a la otra persona, pero a mí mismo no Placer Excitación Acariciar Conexión La sexualidad es una sobre todo en el adicto una adicción	Estar uno con grillas como le decimos Si se le para si lo acepto si no no Mujer como como un objeto como un objeto sexual	Irme pa una finca y estar haciendo orgías Lo empecé haciendo con una sonda Yo pa tener relaciones sexuales yo me muevo en posiciones Yo la ponía en cuatro, la ponía lado de, medio lado, borde cama Me pegaba a lo perro con ella cuando la cogía en cuatro Me montaba encima de ella Y soy un perro con la lengua Si en silla de ruedas, así como te digo se vuelve un complique pa mí Cuando yo las cojo en cuatro me duele muchos los pies me canso mucho Tiene uno que decirles a ellas que se muevan más ellas que uno Ayuda externa Medicamento Cialis Me toca ir media hora antes a no sé a tomarme el medicamento. Si no lo hago entonces sería pues un desastre

Consumo de sustancias psicoactivas

En ambos casos, el consumo patológico de sustancias psicoactivas termina convirtiéndose en una actividad que primordialmente permite mitigar el dolor emocional que les provoca afrontar su situación de diversidad funcional. Por otro lado, el abuso de sustancias también se emprende como parte de una búsqueda desafiada

de sensaciones placenteras. Sin embargo, comienzan a aparecer situaciones y emociones desagradables a medida que se va profundizando en la adicción, se entra en circunstancias de pérdida constante y se llega a un punto en el que el consumo se convierte en un obstáculo más grande que la misma diversidad funcional en los aspectos relacionales, sexuales y emocionales.

Tabla 4. Subcategorías de la investigación en Consumo de Sustancias Psicoactivas

Sustancia y diversidad funcional	Imágenes del consumo	Conflictos	Sensaciones y sentimientos
Con la cocaína si me excedí mucho después de que quedé en la silla de ruedas Pero fue producto de haber quedado en la silla (aumento de consumo) Yo guelia diario, pero fue producto de haber quedado en la silla	La adicción es una cosa que uno puede tener en cualquier momento La única manera de ver como pa que, si me pasara algo o mediera algo (morirse) era con eso (droga), pero nunca me paso nada. Con vicios, la sexualidad para mí fue una afición	Con el perico y con cocaína se me fue perdiendo la sensibilidad no sé si tenga la capacidad o el carácter suficiente para afrontar eso (relación sexual) sin necesidad de tener que volver a la adicción Rabias Frustración Tristezas Vacío Baches emocionales Confusión Pérdida de la confianza Pérdida de oportunidades Ansiedades Dificultades Pomografía Distorsión Adicción Caparazón	Con vicios, la sexualidad para mí fue una, una afición Tener placer con el vicio Acudí al consumo de sustancias pensando que por medio de eso y de una relación sexual podía sentir placer, pero tampoco resultó de esa manera Se me paralizó el cuerpo tres días y medio Cuando yo me daba un pase de perico yo pensaba que estaba orinao

Percepción propia, de los otros y de la vida

La percepción propia, de los otros y de la vida es una categoría fundamental en la comprensión de las experiencias de los participantes. En las subcategorías que la componen podemos encontrar que existe una comparación constante de ellos con otras personas, se perciben a sí mismos como inferiores. Teniendo en cuenta que los dos entrevistados se encontraban realizando un proceso de rehabilitación en una comunidad terapéutica, es posible apreciar que han venido construyendo una autoimagen más positiva. Sin embargo, sigue persistiendo y emergiendo con frecuencia el sentimiento de minusvalía y la frustración que se generan a partir de situaciones en las cuales fueron minimizados, discriminados o rechazados por su diversidad funcional y por su adicción.

Tabla 5. Subcategorías de la investigación en Percepción propia, de los otros y de la vida

Autoimagen	Percepciones de otros significativos	Sentido de vida
Yo si era adicto	Un estorbo para los demás	Se me fue el mundo de donde yo lo tenía
Discapacitado	Mis amigos y, y la gente que yo decía que me querían fueron los que me llevaron a la perdición	Túnel
Inútil	Miedo al rechazo de las personas	Una persona muy descuidada con mi vida
Una persona capacitada para muchas cosas	Me da miedo que me coja por lastima	No me importaba nada en la vida
Siento como persona que no valiera nada	Que pecao de este hombre de la silla de ruedas que no puede hacer nada	Después de que quede en silla de ruedas que ya no me importaba nada
Falta de humildad	Pensaran que uno es un marica	Satisfacción
Me da verraquera no poder hacer las cosas que acá hacen muchos	Un cochino	Frustración
Yo soy discapacitado	Una persona que no se cuidaba	Vacío
Débil	Ya las peladas ya ese man en silla de ruedas no sirve	Baches emocionales
Tímido	Quiero que los demás me miren	Perdida de la confianza
No soy nadie		Incapacidad psicológica
Yo valgo mucho		Tragedia
Yo valgo demasiado		
Inferior a los demás		
No me siento normal		
Inferior		
Distorsión total		
Incapaz		
Complejidad emocional		
Capaz		
Insípido		
Inseguridad		
No sé si tenga la capacidad o el carácter suficiente		
Vacío		
Bache		
Tengo una discapacidad y no puedo hacer nada contra eso		
Me ha tocado sufrir		
No soy nadie		
Yo valgo mucho		

Discusión

Fundamentados en los resultados obtenidos sobre las manifestaciones del amor y la sexualidad en personas con diversidad funcional y trastorno por consumo de sustancias, identificamos que existen múltiples maneras de vivir la sexualidad y establecer relaciones amorosas en estos casos.

Como la diversidad funcional se encuentra ligada a una conducta adictiva, es posible contrastar la interrelación entre cuerpo y mente. Así, mientras que la diversidad funcional (tetraplejía y disfunción eréctil) involucran lo corporal, la adicción a sustancias psicoactivas es considerada primordialmente como enfermedad mental (Volkow, 2014). Se evalúa entonces el grado de incidencia que cada trastorno trae consigo en lo concerniente a lo vital desde la experiencia de cada participante.

El cuerpo y la mente con frecuencia han sido representados como mundos diferentes (Popper, 1997). Sin embargo, a partir de las experiencias que se han abordado, es posible apreciar que tal separación constituye una visión fragmentada de la realidad humana, pues cuerpo y mente son una integralidad que durante el

trascorrir vital funcionan conjuntamente con el objetivo de sobrellevar la existencia. Soportamos lo mencionado anteriormente teniendo en cuenta cómo el consumo de sustancias psicoactivas se ve profundamente influenciado por la diversidad funcional. Allí, lo corporal afecta directamente la percepción que los participantes tienen de sí mismos y la manera como ellos creen que son percibidos por los demás. De todo esto se hace posible aseverar que cuerpo y mente son inescindibles.

En cuanto a la comprensión del amor, es importante resaltar la concepción del amor materno como representación de un amor verdadero; esto puede obedecer a factores culturales arraigados en los antioqueños y, en general, en las culturas latinoamericanas, en las que la madre se encuentra frecuentemente idealizada, probablemente a causa de las profundas raíces católicas de dichas sociedades en las que la virgen María se ha convertido en un símbolo muy representativo del ideal materno (Molina, 2006).

Observamos que el concepto de confluencia aparece como un elemento fundamental a la hora de conformar una relación, y en esto coinciden Hernández Montaña, González Tovar y Regino Rico (2016), teniendo en cuenta que con frecuencia los componentes nucleares sobre los que se soportan las relaciones de los participantes son el placer y el bienestar. Además, los vínculos establecidos cuentan con una fuerte influencia cultural de los estereotipos sociales de la mujer, como lo plantean Rodríguez-Castro, Lameiras Fernández y Carrera (2015), lo que evidencia que en las relaciones todo vale si con ello se genera una ganancia de placer.

Nos encontramos el cunnilingus como una práctica importante en las relaciones sexuales de los participantes, la cual les permite hacer frente a la situación de diversidad funcional en la que se encuentran, teniendo en cuenta que, en múltiples ocasiones, el placer de la mujer se superpone al placer personal. En estos casos, la práctica del cunnilingus supone una estrategia efectiva, de acuerdo con lo propuesto por Shibley Hyde y DeLamater (2006), para la consecución de dicho placer.

Con todo lo propuesto anteriormente, es admisible decir que la diversidad funcional y las adicciones representan dos aspectos que complejizan la manera como se experimenta el amor y la sexualidad en los seres humanos. Sin embargo, la comprensión de este conjunto en el cual muchas mujeres y hombres se encuentran inmersos le brinda a la psicología una visión menos sesgada de la existencia, del bienestar y el malestar en la realidad de las personas, así como de las múltiples facultades con las que cuentan los seres humanos para sobreponerse a las adversidades y encontrarse con aquello que esencialmente nos define como humanos en esa búsqueda experiencial que compone la vida.

Consideraciones finales

En el estudio del amor y la sexualidad, abordado desde la compleja relación existente entre diversidad funcional y adicciones, encontramos elementos que permiten comprender la experiencia humana desde perspectivas poco exploradas hasta el momento. La información obtenida de la presente investigación posibilita el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Evidenciamos que existe una relación transversal inescindible entre diversidad funcional, amor, sexualidad y adicción, cada concepto (con las situaciones que implica) afecta en mayor o menor medida a los demás. En el caso de la adicción podemos decir que es una condición determinante sobre las demás, ya que genera alteraciones físicas y psíquicas que inciden en las relaciones con el sí mismo, en la manera como se percibe la diversidad funcional, en la forma como se dan las relaciones sociales, en el significado particular que se le da al amor y el modo en el que se experimentan las relaciones sexuales.

Esta investigación hace posible la desmitificación de concepciones erróneas acerca de la diversidad funcional. Desde la experiencia de los participantes, es posible apreciar cómo el desarrollo de la sexualidad se sobrepone a cualquier condición de diversidad funcional, la diversidad de la sexualidad en sus manifestaciones, que existen tantas sexualidades como personas y es menester desligarnos de modelos anquilosados en el binarismo de lo sexual.

Queda claro que la concepción del amor es una construcción particular y experiencia trascendental en la vida de los seres humanos, experiencia que no se limita a ser sentida por las personas mal llamadas normales, sino que puede ser experimentada por todos los seres humanos.

Es permisible distinguir, a partir de los datos, la fuerte incidencia que tiene la diversidad funcional para la persona en materia relacional y en la vivencia de su sexualidad. Así mismo, es evidente cómo la adicción presenta importantes implicaciones no solo en el establecimiento de relaciones y en la consolidación de la mismas, sino analizada desde el concepto de discapacidad, entendido para las presentes consideraciones como “el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona y del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 1). Con base en lo anterior, y soportados en la investigación realizada, encontramos que la adicción o trastorno por uso de sustancias es una condición más incapacitante que la misma diversidad funcional cuando hacemos referencia al establecimiento de relaciones amorosas o sexuales en los seres humanos.

Se evidencian como limitantes del presente estudio el impacto poblacional del mismo debido a la dificultad que presenta obtener una muestra significativa con características tan particulares como las de los participantes de la presente investigación. Se hace necesario evaluar las experiencias de una mujer con diversidad funcional y trastorno por uso de sustancias, dado que esta perspectiva probablemente posibilitaría una ampliación en el umbral de conocimiento que se tiene sobre el tema.

Además, el rastreo de la información fue una tarea sumamente compleja debido a que, aunque existe abundante cantidad de información sobre diversidad funcional y adicción de manera independiente, las investigaciones que conjugan ambos elementos son incipientes y dejan un gran bache teórico que dificulta la comprensión de estas condiciones vitales. Con esto generamos la invitación a continuar por esta línea investigativa que presenta aportes fundamentales a la psicología desde la multiplicidad de retos que hacen parte de esta disciplina, la cual debe preocuparse por el bienestar del ser humano desde todas las configuraciones que componen su existencia.

Conflicto de intereses

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

Referencias

Álvarez, J. L., y Jurgenson, G. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México, D.F.: Paidós Educador.

American Psychological Association. (s.f.). About APA: Frequently asked questions about the American Psychological Association. Recuperado <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition-introduction.pdf>

Arnau Ripollés, S. (2018). ¿Sexualidad en la diversidad o diversidad en la sexualidad? Nuevos retos para una nueva cultura sexual. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (7), 27-36. doi: 10.15366/jfgws2018.7.003

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bauman, Z. (2012). *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, A. T. (2011). *Con el amor no basta*. Madrid, España: Paidós.
- Bolio, A. P. (2012). Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. *Rencuentro*, (65), 20-29. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34024824004>
- Chipouras, S., Cornelius, D., Daniels, S., & Makas, E. (1979). *Who cares? A handbook on sex education and counseling services for disabled people*. Washington, DC: George Washington University, Sex and Disability Project.
- Cisterna Cabrera, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61-71. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29900107>
- Cruz Pérez, M. (2014). Mitos acerca de la maternidad en mujeres con discapacidad. *Perinatología y Reproducción Humana*, 28(2), 91-96. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2014/ip142d.pdf>
- East, L. J., & Orchard, T. R. (2014). 'Why can't I?': an exploration of sexuality and identity among. *Journal of Youth Studies*, 17(5). 559-576. doi: 10.1080/13676261.2013.834316
- Frankl, V. E. (2005). *Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Paul Zsolnay Verlag.
- Galeano, M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Universidad EAFIT.
- Guillén Riebeling, R. d. (2014). *Psicología de la obesidad: Esferas de vida. Multidisciplina y complejidad*. México, D.F: El Manual Moderno.
- Hernández Montaña, A., González Tovar, J., y Regino Rico, D. J. (2016). Análisis comparado por genero del significado de amor de pareja en jóvenes y adultos/as. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(4), 1488-1504. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72489>
- Husserl, E. (1982). *La idea de la fenomenología*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Iáñez Domínguez, A. (2009). *Prisioneros del cuerpo*. Madrid: Diversitas Ediciones.

- Jung, C. G. (1994). El ego: el lado consciente de la personalidad. En C. Downing (Ed), *Espejo del yo* (pp. 23-24). Barcelona: Kairós.
- Kattari, S. K. (2014). Sexual Experiences of Adults with Physical Disabilities: Negotiating with Sexual Partners. *Sexuality and Disability*, 32(4), 499-513. doi: 10.1007/s11195-014-9379-z
- Kattari, S., & Turner, G. (2017). Examining More Inclusive Approaches to Social Work, Physical Disability, and Sexuality. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 16(1), 38-53. doi: 10.1080/1536710X.2017.1260517
- Klein, M. (1937). Amor, culpa, reparación y otros trabajos (1921-1945). En M. Klein (Autora), *Amor, culpa, reparación* (p. 314). Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Discapacidad. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones histórico culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psyche (Santiago)*, 15(2), 93-103. doi: 10.4067/S0718-22282006000200009
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad. Educación*. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. Recuperado de https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Datos y cifras*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Discapacidades*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Ortega y Gasset, J. (1955). *Estudios sobre el amor*. Madrid: EDAF.
- Humanidad. (s.f.). En *Lexico*. Recuperado de <https://www.lexico.com/es/definicion/humanidad>
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI. Recuperado de <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/coleccion/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf>
- Pié Balaguer, A. (2014). *Por una Corporeidad Postmoderna*. Barcelona: Editorial OUC.
- Platero Méndez, R., y Rosón Villena, M. (2012). De 'la parada de los monstruos' a los monstruos de lo cotidiano: La diversidad funcional y sexualidad no normativa. *Feminismo/s*, (19), 127-142. doi: 10.14198/fem.2012.19.08
- Popper, K. R. (1997). *El cuerpo y la mente*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Roa García, P. A. (2017). Problematización de la educación sexual: reflexiones acerca de la sexualidad en la escuela colombiana. *Bio-grafía*, 9(16), 23-29. doi: 10.17227/20271034.vol.9num.16bio-grafia23.29
- Rodríguez-Castro, Y., Lameiras Fernández, M., y Carrera, M. V. (2015). Amor y sexismo: una peligrosa relación en los y las adolescentes gallegos/as. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, (2), 11-14. doi: 10.17979/reipe.2015.0.02.234
- Romañach, J., y Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Foro de vida independiente. Toledo: España Recuperado de http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad_funcional.pdf
- San Martín C. D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1), 104-122. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412014000100008
- Sandoval Casilimas, C. A. (2002). Enfoques y modalidades de investigación cualitativa: rasgos básicos. En C. A. Sandoval Casilimas (Ed). *Investigación cualitativa* (p. 91). Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Shibley Hyde, J., y DeLamater, J. D. (2006). *Sexualidad humana*. México D.F: McGRAW-HILL.
- Suriá Martínez, R. (2016). Análisis comparativo del uso excesivo de móvil entre jóvenes con y sin movilidad reducida. *Salud y Drogas*, 16(2), 105-114. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520004>
- Tepper, M. (2000). Sexuality and Disability: The Missing Discourse of Pleasure. *Sexuality and Disability*, 18(4), 283-290. doi: 10.1023/A:1005698311392
- Volkow, N. D. (24 de noviembre de 2014). Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. *National Institute on Drug Abuse*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion>
- Winnicott, D. (1958). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Grupo Planeta.
- Winnicott, D. (1962). *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca D.
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: World Health Organization.

Relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia filioparental en adolescentes¹

Relationship between the use of psychoactive substances and filial-parental violence in adolescents

Viviana Carmenza Ávila-Navarrete*
Yamile León-Catachunga**
Carlos Andrés Gutiérrez-Tamayo***

Recibido: 27 de enero de 2019- Aceptado: 23 de mayo de 2019–Publicado: 16 de septiembre de 2019

Forma de citar este artículo en APA:

Ávila-Navarrete, V. C., León Catachunga, Y., y Gutiérrez-Tamayo, C. A. (julio-diciembre, 2019). Relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia filioparental en adolescentes. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), pp. 290-303. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3370>

Resumen

El presente trabajo ofrece una reflexión sobre algunos aspectos relacionados con las prácticas de violencia filioparental ejercida por hijos e hijas adolescentes y el consumo de sustancias psicoactivas. Se parte de una exhaustiva revisión documental para identificar los factores que pueden desatar actos de agresión hacia los padres, madres o familiares ascendentes, y se prioriza el consumo de sustancias psicoactivas como vehículo que fija unas formas particulares de conflicto en la relación padres e hijos. Se concluye que la violencia filioparental y el consumo de sustancias psicoactivas son fenómenos conexos, que en reiteradas ocasiones permanecen ocultos y se hacen manifiestos tan solo cuando se pone en riesgo la dinámica y la estructura del sistema familiar. La investigación cobra relevancia de cara a los diferentes retos que deben afrontar los profesionales de la psicología y otras ciencias de la salud, en el marco de la intervención sobre las relaciones de poder y control que involucran a las familias del siglo XXI.

¹ Artículo de reflexión teórica adscrito al proyecto de investigación "Tendencia a la violencia filioparental en adolescentes colombianos vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal", en el marco del curso de trabajo de grado II del pregrado en Psicología de la Universidad Católica Luis Amigó, Bogotá-Colombia. Se encuentra vinculado al grupo de investigación AYELEN -Alegria del conocimiento- en la línea Familia, niñez y sociedad.

* Doctoranda en Psicología. Magíster en Asesoría Familiar y Gestión de Programas para la Familia. Especialista en Psicología Jurídica. Especialista en Pedagogía institucional terapéutica. Psicóloga, con estudios avanzados en Psicología del consumidor. Profesora de la Universidad Católica Luis Amigó, Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Bogotá-Colombia. Contacto: viviana.avilana@amigo.edu.co, <http://orcid.org/0000-0002-2701-5769>

** Estudiante de psicología, Universidad Católica Luis Amigó, Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Bogotá-Colombia. Contacto: yamile.leonca@amigo.edu.co

*** Estudiante de psicología, Universidad Católica Luis Amigó, Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Bogotá-Colombia. Contacto: carlos.gutierrezza@amigo.edu.co

Palabras clave:

Adolescencia; Drogas; Familia; Relaciones familiares; Violencia Filioparental (VFP).

Abstract

This paper offers a reflection on some aspects related to the practices of filial-parental violence exerted by adolescent sons and daughters and the consumption of psychoactive substances. It is based on an exhaustive documentary review, identifying the factors that can unleash acts of aggression towards fathers, mothers, or ascendant relatives, prioritizing the consumption of psychoactive substances as a vehicle that sets particular forms of conflict in the parents and children relationship. It is concluded that filial-parental violence and the consumption of psychoactive substances are related phenomena, which repeatedly remain hidden and become manifest only when the dynamics and structure of the family system are put at risk. The research becomes relevant in the face of the different challenges that professionals in psychology and other health sciences must face, within the framework of the intervention on the power and control relationships that involve the families of the 21st century.

Keywords:

Adolescence; Drugs; Family; Family relationships; Filial-parental Violence (FPV).

Introducción

La familia es el grupo de interacción básico de todo ser humano y el más importante para su desarrollo funcional, sin embargo, con las transiciones socio-culturales y los variados modelos educativos, se ha visto expuesta al fenómeno de la violencia doméstica y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA). En Colombia estos problemas son recurrentes, en múltiples ocasiones permanecen ocultos al interior del mismo sistema familiar y develan un alto nivel de afectación no solo en la salud pública de la población, sino en el bienestar integral de la familia.

Muchos hogares del siglo XXI, principalmente aquellos con hijos e hijas adolescentes, han aumentado el rango de ingesta de alcohol y otras drogas, haciendo notorio el impacto de la problemática y la repercusión en el acrecentamiento de conflictos familiares. A pesar de las amplias pretensiones por ofrecer una respuesta social vasta y global ante ello, la actividad asociativa y de intervención preventiva es compleja, pues muchas familias se segmentan en círculos viciosos que imposibilitan el intercambio pedagógico y terapéutico.

De acuerdo con el Observatorio de Drogas en Colombia (ODC, 2018), el problema es crítico y las repercusiones son a gran escala dependiendo del ámbito de la sustancia, de la persona y de su contexto social. El inicio del consumo suele encontrarse en un rango entre los 9 y los 19 años de edad, afecta principalmente a la población escolar, pues las primeras experiencias suelen generarse en compañía de amigos y familiares alrededor de la búsqueda de nuevas experiencias, la reducción de molestias por posibles problemas y la evitación de la confrontación al momento de alertar sobre un consumo problemático (ODC, 2015).

La percepción social del riesgo es amplia, no solo por el incremento en el número de familias con miembros consumidores de drogas, sino porque el mercado de sustancias es cada vez más extenso e irrumpe la salud física, el desarrollo armónico e integral y los vínculos sociales (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2016). Un ejemplo de esto se constata con los adolescentes en conflicto con la ley, para quienes el alcohol es la sustancia con mayor prevalencia de uso (86,3%), seguido de la marihuana (84,4%); ambas con una trayectoria de consumo iniciada a los 10 años de edad (12,4%) y una baja tasa de tratamiento especializado (17,3%) (ODC, 2017).

Los indicadores de estas investigaciones sugieren que la mayoría de adolescentes consumidores de SPA presentan condiciones de alta vulnerabilidad en relación con la dinámica familiar y la exposición a situaciones de maltrato infantil o violencia intrafamiliar (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2016; ODC, 2015; 2017), y se considera incluso un historial de posibles agresiones verbales y físicas contra los progenitores.

Rojas-Solís, Vázquez-Aramburu y Llamazares-Rojo (2016) señalan que la prevalencia de agresiones físicas y psicológicas hacia los padres y madres es alta (entre 45% y 65%), al igual que la acentuación de un vínculo débil con los demás miembros de la familia, no obstante, la evidencia es poco amplia para aseverar una relación con episodios de consumo.

Sobre esta última apreciación, y luego de revisar diversas fuentes, se encuentra que España es el país que más ha investigado al respecto; para el caso de Colombia, el acceso a la literatura científica es limitado e insuficiente.

La búsqueda documental se efectuó a través de bases de datos en línea (Springer Journal, Scopus, Science Direct, EBSCO, Digitalia, E-books 7/24, E-Libro, Oxford University Press, Taylor & Francis, Sage Publishing, V/lex, Biblioteca Digital Magisterio), bases de datos de libre acceso (SciELO, DialNet, Redalyc), bibliotecas digitales, herramientas y otros recursos como TESEO (Tesis Doctorales). Se incorporaron los siguientes descriptores: violencia familiar, violencia filio-parental, padres maltratados, hijos agresores en la familia, violencia de hijos a padres.

Dado a lo anterior, surge la necesidad de profundizar en el tema preguntándose sobre las características relacionadas con la respuesta violenta de un hijo o hija adolescente hacia sus progenitores y el consumo de SPA. De ahí que el presente artículo tiene como objetivo ofrecer una reflexión sobre algunos aspectos relacionados con la manifestación de actos agresivos dirigidos hacia los padres, madres o familiares ascendentes y la asociación con el consumo de sustancias psicoactivas, con motivo de incentivar la búsqueda de oportunos y efectivos modos de afrontamiento ante este complejo fenómeno que afecta a la familia moderna.

El consumo de sustancias psicoactivas como factor de riesgo para la violencia filio-parental (VFP)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), las sustancias psicoactivas, conocidas usualmente como drogas, son sustancias que al ser tomadas pueden alterar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. El uso inadecuado o frecuente puede repercutir en el desarrollo integral afectando la dimensión biopsicosocial, familiar, espiritual, cultural e histórica; como tal, presenta un curso de afectación que inicia con la propuesta experimental en situaciones sociales hasta llegar a una escala crónica, que con el paso del tiempo logra disipar la calidad de vida (Berruecos Villalobos, 2010; Morrison, 2015; Portero Lazcano, 2015).

En muchas ocasiones esta práctica se emprende durante la etapa de la adolescencia porque las personas tienden a ser más vulnerables en función de la necesidad por curiosar, imitar a los pares, expresar sentimientos de grandeza, rebeldía o aspiración de independencia. Durante este periodo de vida aumenta la actividad socio-emocional, la necesidad de exploración de sí mismo y del entorno, la búsqueda de identidad social y de género; así mismo, el riesgo de fracaso escolar es alto, se presenta dificultad para enfocarse en metas a largo plazo, se extienden las conductas de riesgo y se incrementa la tendencia a omitir señalamientos por parte de las personas adultas (López Larrosa y Rodríguez-Arias, 2010; Papalia Diane, Olds y Feldman, 2010; Mansilla, 2000).

Los efectos del consumo de SPA son casi inmediatos, no obstante, varían de acuerdo con el tipo de droga, el método de administración, la frecuencia de la dosis, el contexto sociocultural y económico, además del estilo de vida del consumidor, entre ellos: incapacidad para controlar los impulsos, afectaciones respiratorias, efectos agudos a nivel coronario, y en general cardiovascular, alteraciones en la coordinación, la concentración y el juicio, además de potenciar otros tipos de trastornos que afectan la salud mental (Burillo-Putze, Hoffman y Dueñas-Laita, 2004; Carrasco, 2014; Martínez, Tadeo, Montero y Antonio, 2014).

En el ámbito familiar se generan alteraciones en el funcionamiento parental, baja cohesión familiar, cambios en el estilo de vida, desesperanza ante la imposibilidad de contención emotiva del consumidor y su negación frente a llamados de atención, angustia ante la presencia de comportamientos compulsivos como el aumento exagerado del apetito y deterioro de las relaciones afectivas (Fuentes, Alarcón, García y Gracia, 2015; Zapata Vanegas, 2009).

Asimismo, puede inducir a la manifestación de conductas agresivas suscritas al acto de mentir, estafar, exigir, amenazar o chantajear, que pueden trascender hacia actos violentos dirigidos hacia algún miembro del hogar y afectar principalmente la relación entre padres e hijos. Este hecho es especialmente relevante, por cuanto la violencia en la familia vulnera la solidificación de las relaciones afectivas, vinculares, de autoridad y de armonía entre los integrantes del sistema, además de perturbar el entorno ecológico que permite garantizar la existencia y vida plena (OMS, 2003; Deza Villanueva, 2013)

Particularmente, cuando se trata de agresiones de los hijos e hijas dirigidas hacia los padres, madres o familiares ascendentes se constituye en violencia filioparental (VFP), es decir, aquella violencia perpetuada hacia los progenitores con el deseo de causar daño, perjuicio y/o sufrimiento, tiene como fin la obtención de poder, control y dominio para alcanzar beneficios o conseguir lo que se desea (Martínez, Estévez, Jiménez y Velilla, 2015; Bertino, Calvete, Pereira, Orúe, Montes y González, , 2011). Este modo de violencia familiar surge en la década de los años 50 con el nombre de "síndrome de los padres maltratados" y lo determinante en ella es la relación ascendiente y no la edad del agresor (Aroca Montolío, 2013).

De acuerdo con Alba Robles y Aroca Montolío (2012), y Molla-Esparza y Aroca-Montolío (2018), este tipo de violencia presenta un modus operandi en forma de ciclo coercitivo (ver figura 1) donde finalmente la sumisión del padre y la madre se convierte en intento de pacificación parental: el hijo o hija agrede, el padre o madre accede a las exigencias (escalada de dominio); el padre o madre reacciona para no dejarse, el hijo o hija agrede con más contundencia para restablecer su poder (escalada de restitución). Estas acciones generan un impacto negativo en la familia.

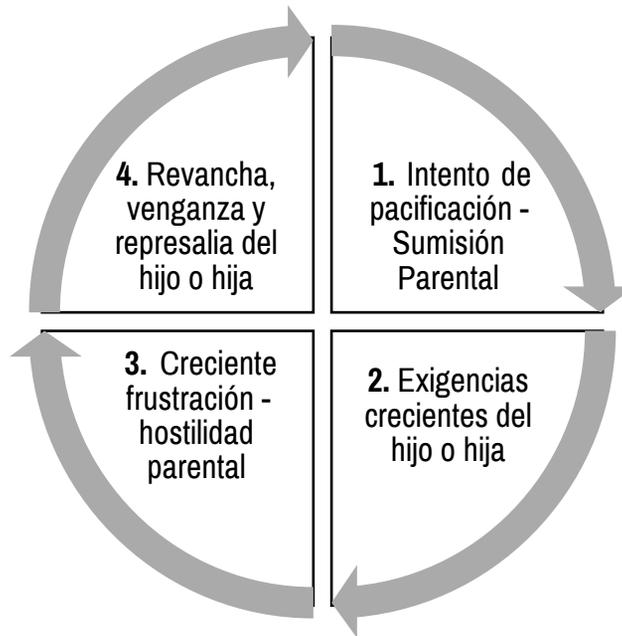


Figura 1. Ciclo coercitivo. Tomado de Molla-Esparza y Aroca-Montolío (2018).

En el plano de perpetuación, la VFP determina su acción desde tres modos de conducta (Bailín-Perarnau, Tobeña-Arasanz, Ortega Franco, Asensio-Martínez y Magallón Botaya, 2016; Martínez, López y Crespo, 2013; Vizoso Gómez, 2018; Rojas-Solís et al., 2016):

- La primera corresponde a la *VFP psicológica*, comprende actos verbales, gestuales o actitudinales que lesionan los sentimientos, las emociones y la capacidad trascendente de la persona; por ejemplo, humillar, insultar, denigrar, gritar, amenazar o culpabilizar a los padres.
- La segunda involucra la *VFP física*, abarca actuaciones agresivas que generan lesiones corporales en el ser humano; por ejemplo, golpes, patadas, moretones, fracturas o heridas en el cuerpo de los padres.
- Por último, la *VFP económica*, asociada con todos los actos que implican un nivel de afectación en el patrimonio familiar y en la capacidad futura de ingresos o ahorro; por ejemplo, extraer y vender objetos que son de valor en el hogar, robar a los padres o generar deudas a su nombre.

Funcionalmente, cuando un hijo o hija adolescente presenta consumo de SPA, los mecanismos relacionados con la respuesta violenta se exacerban, aumenta el repertorio comportamental hostil, impulsivo y agresivo (Carrasco, 2014). Este mecanismo es un detonante potencial e interdependiente de la VFP, en tanto los hijos e hijas establecen interacciones simétricas e igualitarias con sus padres demandando pertenencia a un mismo estatus de fuerza y de poder, rompiendo así los esquemas de amor y respeto en el seno de la familia (Navalón Sesa, Gil Almenar y Martín del Campo, 2012; Somovilla-Adame, Aguilera-Ríos, Berrocal-Campano y Domínguez de la Rosa, 2016).

Los resultados de algunos estudios plantean que el consumo de alcohol y drogas es un problema que se presenta de manera simultánea al maltrato presente en la familia (Cottrell & Monk, 2004; Ellickson & McGuigan, 2000) o puede iniciar tras comenzar el maltrato contra los progenitores (Cuervo García y Rechea Alberola, 2010) y bajo cualquier mirada o circunstancia, el consumo de SPA es una complicación más que una causa de la VFP (Pantoja, 2005; Price, 1996).

Otras investigaciones (Aroca-Montolío, Lorenzo-Moledo y Miró-Pérez, 2014; Calvete Zumalde, Orue y Sampedro, 2011; Castañeda, 2016; Cuervo Martínez, 2010; Ibabe y Jaureguizar, 2011; Prieto-Montoya, Cardona-Castañeda y Vélez-Álvarez, 2016) sugieren que las agresiones en contra de los progenitores suelen originarse en el momento en que estos interpelan a sus hijos e hijas adolescentes con el interés de hacer llamados de atención, establecer límites, asegurar normas y reincorporar pautas disciplinarias. En el efecto de regular el consumo de SPA, muchas de estas exigencias son coexistentes con el maltrato y elevan las respuestas de desacuerdo, enojo, intolerancia, desobediencia, resentimiento y deseo de venganza por parte de los descendientes.

Para autores como Bertino et al. (2011) y Walsh & Krienert (2007), las madres tienen más probabilidades de ser agredidas por los hijos varones adolescentes y en los casos de hurto, la mayoría involucran armas personales y tienden a causar lesiones leves o ninguna lesión; particularmente, son muy pocos los hijos o hijas que actúan bajo la influencia del alcohol o las drogas.

Con la intención de hacer una intervención especializada alrededor de dicho fenómeno, se han suscitado abordajes pedagógicos y terapéuticos al interior del sistema familiar, y se han elevado sanciones sociales desde el derecho penal y la institucionalización de los adolescentes victimarios (del Moral Arroyo, Varela, Garay, Suarez Relinque y Muaitu Ochoa, 2015; Garrido Genovés y Galvis Doménech, 2016). Indudablemente, los programas de intervención ante la violencia deben incluir esfuerzos para prevenir el consumo de SPA, elevar la autoestima, reducir las conductas problemáticas en la escuela y el bajo rendimiento académico, además de limitar el impacto contextual de los “malos” ambientes sociales y escolares (Ellickson & McGuigan, 2000).

El tratamiento basado en la terapia familiar funcional y la terapia familiar sistémica propende por las siguientes acciones (Aroca Montolío, Bellver Moreno, Robles y Luis, 2013; Martínez, Estévez, Jiménez y Velilla, 2015; Molla-Esparza y Aroca-Montolío, 2018; del Moral Arroyo et al., 2015):

- La exploración de las atribuciones causales entendiendo la conducta del adolescente en su contexto.
- La interrupción del ciclo de agresión que en muchas ocasiones es bidireccional porque los progenitores también actúan de manera violenta contra el hijo o hija maltratador.
- Un proceso de intervención estándar para cada uno de los miembros de la familia, para que desde el aprendizaje social puedan adquirir herramientas para el manejo de situaciones conflictivas en la cotidianidad.

Conclusiones

Acerca de las características relacionadas con la respuesta violenta de un hijo o hija adolescente hacia sus progenitores al momento de presentar consumo de sustancias psicoactivas, se pueden concretar los siguientes aspectos:

El consumo de SPA se convierte en potencial generador de situaciones violentas en las interacciones familiares, muchas personas consumidoras de drogas presentan una dinámica familiar altamente quebrantada. Los soportes teóricos (Molla-Esparza y Aroca-Montolío, 2018; Alba Robles y Aroca Montolío, 2012) evidencian que existe una bidireccionalidad entre los comportamientos agresivos de los hijos e hijas y los progenitores. Esta doble dirección se presenta en escalada y se encuentra marcada por historias de vida cargadas de dolor y sufrimiento por parte de los padres, porque en algún momento de su historia de vida también fueron transgredidos o expuestos a situaciones de maltrato físico y verbal, tal como lo señala la Alcaldía Mayor de Bogotá (2016) y el Observatorio de Drogas en Colombia (ODC, 2015; 2017).

De acuerdo con algunos autores (Pantoja, 2005; Price, 1996; Rojas-Solís et al., 2016) es posible pensar que el acto violento hacia los padres, madres o familiares ascendentes no se efectúa bajo el efecto del consumo de SPA, sino antes o posterior a este, incrementando las dificultades en la comunicación y la ruptura de vínculos

afectivos. En este sentido, las principales manifestaciones de violencia se asignan desde la dimensión económica con actos asociados a robar o extraer pertenencias que son de los padres y tienen gran valor en el hogar (Bailín-Perarnau et al., 2016; Vizoso Gómez, 2018; Martínez et al., 2013; Rojas-Solís et al., 2016).

Considerando lo anterior, es factible indicar que el hijo o hija consumidor de SPA no solo despliega dichas conductas como forma alternativa para solventar y mantener activo el consumo, sino como una forma de castigar a los progenitores ante eventos previos que han generado molestia o inconformidad, y que no han sido expresados adecuadamente. De hecho, los intentos por ayudar parten de un enfoque interdisciplinario con prácticas conversacionales basadas en la terapia familiar sistémica, tal como lo señala Molla-Esparza y Aroca-Montolío (2018), entre otros.

Recomendaciones

La violencia filioparental es un fenómeno de salud pública que subsiste de manera oculta. En Latinoamérica, especialmente en Colombia, requiere más investigación al respecto y la academia tiene un papel fundamental en este proceso a través del análisis y la prevención de factores asociados al riesgo. Interdisciplinariamente, la familia del siglo XXI demanda mayor acompañamiento y orientación a la luz de la educación familiar, permitiendo un ejercicio de co-construcción para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

Conflicto de intereses

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

Referencias

- Alba Robles, J. L., y Aroca Montolío, C. A. (2012). La violencia filio-parental en hijos e hijas adolescentes con rasgos de psicopatía. *Criminología y Justicia*, (3), 25-44. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4045978.pdf>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2016). Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C. Bogotá D.C: UNODC y OEA.
- Aroca Montolío, M. C. (2013). La violencia de hijos adolescentes contra sus progenitores. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, (5), 12-30. doi: 10.4995/reinad.2013.1571
- Aroca Montolío, C., Bellver Moreno, M., Robles, A., y Luis, J. (2013). Revisión de programas de intervención para el tratamiento de la violencia filio-parental. Una guía para la confección de un nuevo programa. *Educación XX1*, 16(1), 281-304. doi: 10.5944/educxx1.16.1.727
- Aroca-Montolío, C., Lorenzo-Moledo, M., y Miró-Pérez, C. (2014). La violencia filio-parental: un análisis de sus claves. *Anales de psicología*, 30(1), 157-170. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16729452017.pdf>
- Bailín-Perarnau, C., Tobeña-Arasanz, R., Ortega-Franco, G., Asensio-Martínez, A., y Magallón-Botaya, R. (2016). Menores que agreden a sus padres: factores psíquicos, sociales y educativos. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, (10), 19-34. doi: 10.4995/reinad.2016.3983
- Berruecos Villalobos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17(49), 61-81. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35117055005>
- Bertino, L., Calvete, E., Pereira, R., Orúe, I., Montes, Y., y González, Z. (2011). El prisma de la violencia filio-parental diferentes visiones de un mismo fenómeno. En R. Pereira (ed.) *Entre impotencia, resiliencia y poder: adolescentes en el Siglo XXI*, 361-384. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/299599213/download>
- Burillo-Putze, G., Hoffman, R. S., y Dueñas-Laita, A. (2004). Cocaína como posible factor emergente de riesgo cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 57(06), 595-596. doi: 10.1157/13062930

- Calvete Zumalde, E., Orue, I., y Sampedro, R. (2011). Violencia filiofamiliar en la adolescencia: características ambientales y personales *Infancia y aprendizaje*, 34(3), 349-363. doi: 10.1174/021037011797238577
- Carrasco, G. N. (2014). Violencia filiofamiliar: características personales y familiares de una muestra de servicios sociales. *Trabajo Social Hoy*, 73, 63-78. doi: 10.12960/TSH.2014.0016
- Castañeda, L. H. (2016). Vanguardia y violencia en el Cono Sur: Bolaño relea a Arlt. *Cuadernos de Literatura*, 20(39), 312-337. doi: 10.11144/Javeriana.cl20-39.vvcs
- Cottrell, B., & Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse: A qualitative overview of common themes. *Journal of family Issues*, 25(8), 1072-1095. doi: 10.1177/0192513X03261330
- Cuervo García, A. L., y Rechea Alberola, C. (2010). Menores agresores en el ámbito familiar. UN estudio de casos. *Revista de derecho penal y criminología*, 3, 353-375. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:revistaDerechoPenalyCriminologia-2010-3-5090/Documento.pdf>
- Cuervo Martínez, Á. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 111-121. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/679/67916261009.pdf>
- Del Moral Arroyo, G. D., Varela Garay, R. M., Suárez Relinque, C., y Muaitu Ochoa, G. (2015). Concepciones sobre la violencia filiofamiliar en el contexto de Servicios Sociales: un estudio exploratorio. *Acción psicológica*, 12(1), 11-22. doi: 10.5944/ap.12.1.12247
- Deza Villanueva, S. (2013). Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen violencia. *Avances en Psicología*, 21(1), 35-46. Recuperado de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/11_deza.pdf
- Ellickson, P. L., & McGuigan, K. A. (2000). Early predictors of adolescent violence. *American journal of public health*, 90(4), 566-572. doi: 10.2105/ajph.90.4.566
- Fuentes, M. C., Alarcón, A., García, F., y Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de psicología*, 31(3), 1000-1007. doi: 10.6018/analesps.31.3.183491
- Garrido Genovés, V., y Galvis Doménech, M. J. (2016). La violencia filiofamiliar: una revisión de la investigación empírica en España y sus implicaciones para la prevención y tratamiento. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 16, 339-374. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:revistaDerechoPenalyCriminologia-2016-16-5035>

- Ibabe, I., y Jaureguizar, J. (2011). ¿Hasta qué punto la violencia filio-parental es bidireccional? *Anales de Psicología*, 27(2), 265-277. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720051001>
- López Larrosa, S., y Rodríguez-Arias Palomo, L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515007>
- Mansilla, M. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de investigación en Psicología*, 3(2), 105-116. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4999/4064>
- Martínez, S. L., López, E. E., y Crespo, J. L. C. (2013). Factores individuales y familiares de riesgo en casos de violencia filio-parental. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (52), 239-254. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Factores-individuales-y-familiares-de-riesgo-en-de-Mart%C3%ADnez-Est%C3%A9vez/c4ec9e255bb4206a20a38af796e38c51a0d5f81b>
- Martínez, M. L., Estévez, E., Jiménez, T. I., y Vellilla, C. (2015). Violencia filio-parental: principales características, factores de riesgo y claves para la intervención. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 216-223. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77842122007>
- Martínez, P., Tadeo, V., Montero, A., y Antonio, O. (2014). Caracterización biopsicosocial del consumo de drogas que afectan la conciencia y la personalidad en el Policlínico Docente “Ana Betancourt”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 48-58. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100005
- Molla-Esparza, C., y Aroca-Montolío, C. (2018). Menores que maltratan a sus progenitores: definición integral y su ciclo de violencia. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28(1), 15-21. doi: 10.1016/j.apj.2017.01.001
- Morrison, J. (2015). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. México, D.F: El Manual Moderno.
- Navalón Sesa, D., Gil Almenar, C. G., y Martín del Campo, L. (2012). La Violencia intrafamiliar en el ámbito de Justicia Juvenil: el papel del Educador Social. *Revista de Educación Social*, (15), 1-16. Recuperado de http://www.eduso.net/res/pdf/15/viol_res_15.pdf
- Organización Mundial de la Salud–OMS. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C: OPS–OMS. Recuperado de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

- Observatorio de Drogas de Colombia–ODC. (2015). Estudio cualitativo sobre consumo problemático de cannabis en adolescentes y jóvenes: riesgos y prácticas de cuidado. Bogotá D.C: UNODC–Ministerio de Justicia. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052016_estudio_cualitativo_consumo_cannabis_adolescentes_jovenes_riegos_practicas.pdf
- Observatorio de Drogas de Colombia–ODC. (2017). Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) Colombia. Bogotá D.C: CNC–ICBF
- Observatorio de drogas de Colombia–ODC. (2018). *Situación del consumo de drogas en Colombia*. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo/PgrID/4380/PagelD/3>
- Pantoja, L. (2005). *Los menores vulnerables y su relación con las drogas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Papalia Diane, E., Olds, S. W., y Feldman, R. D. (2010). *Desarrollo humano*. Bogotá: McGraw-Hill.
- Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias: ¿son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 96-104. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200002
- Price, J. A. (1996). *Power & Compassion. Working with difficult adolescents and abused parents*. New York: The Guilford Press.
- Prieto-Montoya, J. A., Cardona-Castañeda, L. M., y Vélez-Álvarez, C. (2016). Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8º a 10º. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1345-1356. doi: 10.11600/1692715x.14231161015
- Rojas-Solís, J. L., Vázquez-Aramburu, G., y Llamazares-Rojo, J. A. (2016). Violencia filio-parental: una revisión de un fenómeno emergente en la investigación psicológica. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 14(1), 140-161. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545454007>
- Somovilla-Adame, E., Aguilera-Ríos, J., Berrocal-Campano, R., y Domínguez de la Rosa, L. (2016). Análisis discursivo de la violencia filio-parental: ámbito profesional y familiar. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 6(10), 96-120. Recuperado de revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/download/3814/pdf
- Vizoso Gómez, C. M. (2018). Tenemos que hablar de Kevin (2011). La violencia filio-parental. *Revista de Medicina y Cine*, 14(1), 13-19. Recuperado de <https://search.proquest.com/openview/f411219b79044b18d72ad62b79b84682/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032088>

Walsh, J. A., & Krienert, J. L. (2007). Child–parent violence: An empirical analysis of offender, victim, and event characteristics in a national sample of reported incidents. *Journal of family violence*, 22(7), 563-574. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-007-9108-9>

Zapata Vanegas, M. A. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 2(2), 86-94. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539413007>

Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en el habitante de calle¹

Causes and consequences of psychoactive substance use in the street dwellers

Yojan Adrián Correa Álvarez*

Recibido: 18 de noviembre de 2018–Aceptado: 12 de agosto de 2019–Publicado: 16 de septiembre de 2019

Forma de citar este artículo en APA:

Correa Álvarez, Y. A. (julio-diciembre, 2019). Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en el habitante de calle. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), pp. 304-324.
DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3371>

Resumen

El objeto del presente artículo de investigación es entender algunas de las causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en el habitante de calle. Esto se busca a partir del relato de las experiencias del habitante de calle y su impacto en relación al consumo de drogas psicoactivas. La investigación es de corte cualitativo con un enfoque fenomenológico. Se realizaron 8 entrevistas semiestructuradas a población habitante de calle perteneciente a la ciudad de Medellín entre los meses de abril y septiembre de 2018. Se identificaron seis categorías en total: *pérdida y abandono*, *dependencia*, *efectos del fármaco*, *dinámicas sociales*, *apatía* y *sentido de vida*. Estas categorías fueron analizadas en relación con los conceptos de *libertad* y *muerte* desde una perspectiva humanista existencial, con apoyo de algunos aportes del psicoanálisis y la terapia de esquemas. Se concluyó que la dependencia a las sustancias psicoactivas es facilitada cuando la persona busca en el efecto narcótico un medio para evadir la angustia y el dolor provocado por las experiencias y las condiciones adversas de la existencia.

Palabras clave:

Habitante de calle; Farmacodependencia; Experiencia; Libertad; Muerte.

¹ El presente artículo es producto del proyecto de investigación El sentido de vida como motivación fundamental para la superación de la condición de farmacodependencia en el habitante de calle y fue orientado por el Magíster Gustavo Adolfo Calderón, coordinador del Semillero de Farmacodependencia de la Universidad Católica Luis Amigó.

* Psicólogo. Universidad Católica Luis Amigó. Contacto: yojan.correaal@amigo.edu.co

Abstract

The purpose of this research article is to understand some of the causes and consequences of the use of psychoactive substances in the street dwellers. This is sought from the account of the street dwellers' experiences and their impact on the use of psychoactive drugs. The research is qualitative cutting with a phenomenological approach. 8 semi-structured interviews were conducted with street-dwelling population belonging to the city of Medellin between April and September 2018. Six categories were identified in total: loss and abandonment, dependence, drug effects, social dynamics, apathy and sense of life. These categories were analyzed in relation to the concepts of freedom and death from an existential humanist perspective, with support from some contributions of psychoanalysis and schematic therapy. It was concluded that dependence on psychoactive substances is facilitated when the person seeks the effect a means of avoiding the anguish and pain caused by the adverse experiences and conditions of existence.

Keywords:

Street resident; Pharm codependence; Experience; Freedom; Death.

Introducción

Los fenómenos de habitar la calle y ser adicto a sustancias psicoactivas afectan significativamente la vida del ser humano. Se identifican durante la presente investigación algunos acontecimientos relacionados a conflictos sociales y familiares, pautas de crianza insuficientes en relación a la falta de límites, carencias afectivas, pérdidas y sentimientos de abandono que obligan a la persona a olvidarse de su ser para entregarse al consumo de drogas psicoactivas en un espacio vital en el que se llega a perder la dignidad y la vergüenza. El presente artículo, producto de investigación, busca identificar ¿cuáles son las experiencias que llevan a la persona a convertirse en habitante de calle y a consumir drogas psicoactivas?

La Ley 1641 del 12 de julio de 2013 define al habitante de la calle como “una persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar.” (Art. 2) Puede definirse también al habitante de calle como “aquella persona que, generalmente, ha roto de forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio permanente de vida” (Correa, 2007, p. 40). En un censo elaborado en la ciudad de Bogotá se define al habitante de calle como “cualquier persona que, voluntariamente o no, decide hacer de la calle su hábitat” (Nieto y Koller, 2015, p. 9).

El habitante de calle es un fenómeno mundial, que según Nieto y Koller (2015), ha sido subdividido por la Organización de las Naciones Unidas (1997) en dos subcategorías: habitabilidad en calle absoluta en la cual no se cuenta con ningún tipo de vivienda física, y habitabilidad en calle relativa que incluiría a quienes tienen una vivienda que, sin embargo, no cuenta con las condiciones mínimas para que pueda considerarse digna. Los conceptos de *habitabilidad en calle absoluta* y *habitabilidad en calle relativa* son llevados al contexto nacional mediante la distinción del habitante de calle y habitante en calle, respectivamente.

Las condiciones a las que son sometidos los habitantes de calle para lograr subsistir afectan significativamente su dignidad como personas; según Correa (2007), estas personas sienten que no pertenecen a nada y, por tanto, desarrollan fuertes sentimientos de abandono; la misma autora evidencia que estas personas consolidan un fuerte vínculo con la calle constituyéndola como su hogar. Ibañez y Montero (2012, p. 11) concluyen que el habitante de calle va conformando una cultura, una identidad y un estilo de vida común diferente al de los demás pobladores de la sociedad.

Además, el habitante de calle se ve también enfrentado a la exclusión social entendida como un fenómeno que, según Quintero (2008), está relacionado con “la desvinculación social y la inestabilidad laboral” (p. 115); menciona el mismo autor que este fenómeno es un impedimento para el desarrollo integral del individuo, sin embargo, cada persona es responsable del crecimiento de sus propias potencialidades para ocupar un lugar en la sociedad, y al tiempo, la sociedad debe facilitar a esta persona los recursos para hacerlo (Quintero, 2008, p. 115); considerando esta perspectiva, la sociedad debe garantizar las condiciones para el desarrollo integral de su población.

Ahora, cuando la persona decide acoger la calle como su espacio vital, las consecuencias que debe soportar son, según Correa (2007), la enfermedad, la falta de aseo, la soledad, a veces la locura, la falta de autocuidado físico y emocional, el rechazo, la agresión y la ausencia de recursos económicos, entre otros.

La relación entre el habitante de calle y el consumo de drogas psicoactivas es frecuente. De igual forma, el consumo de drogas y la farmacodependencia son fenómenos que afectan a toda la humanidad; el Informe Mundial sobre las Drogas de 2018 expone que aproximadamente el 56% de la población mundial comprendida entre las edades de los 15 a los 64 años consumió drogas al menos una vez durante el año 2016 y que, de estas, 31 millones de personas se vieron afectadas con trastornos relacionados con este consumo.

Así también manifiesta Bolton (2016) que uno de cada 10 consumidores es problemático y padece de trastornos asociados al consumo.

Para el Observatorio de Drogas de Colombia (2018), las sustancias psicoactivas son:

Toda sustancia que introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Además las sustancias psicoactivas, tienen la capacidad de modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de la persona que las consume (par.1).

El Observatorio de Drogas de Colombia clasifica estas sustancias entre depresoras, estimulantes, alucinógenas y de origen natural o sintético.

Con el aumento de la dependencia al consumo de drogas psicoactivas, la persona pierde las facultades que confirman su humanidad; pérdida de la razón, pérdida de la voluntad, pérdida de la libertad cuando se huye de las responsabilidades que implica, pérdida de un sentido de vida. Sin embargo, debe reconocerse en la persona a un ser que se elige libremente como humano, elección que implica un esfuerzo constante de crecimiento personal, por tanto, ser humano es una decisión del sujeto puesta en acto que debe ser motivada por su propia voluntad. De acuerdo con esto, para posibilitar el proceso de crecimiento personal de dicha población dentro del campo clínico de la psicología, se hace necesario responder a la pregunta:

¿Cuáles son algunas de las causas y de las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en el habitante de calle?

Metodología

Enfoque metodológico

El método empleado para la investigación fue de corte cualitativo con un enfoque fenomenológico. La fenomenología permite un estudio de las realidades “cuya naturaleza y estructura peculiar sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia del sujeto que las vive y experimenta” (Martínez, 2004, p. 137). Por lo que el autor argumenta que este método nace con la pretensión de estudiar las realidades tal como son, de tal manera que deja que se manifiesten por sí mismas sin ningún tipo de conocimiento teórico que se interponga entre el fenómeno y el observador. Fue elaborado por el filósofo Edmund Husserl con la intención de elaborar un método científico de investigación.

Instrumentos utilizados para la recolección de datos

Desde el método fenomenológico se buscó la captación subjetiva del fenómeno del habitante de calle y su relación con las drogas psicoactivas a partir de los autorrelatos de las personas que las vivencian, esta información fue grabada en audio y recogida mediante la aplicación de una entrevista no estructurada; la captación objetiva del fenómeno se realizó mediante observación directa no participante y manejo de diario de campo para recolectar información acerca de las lógicas relacionales, comportamientos y hábitos de la población habitante de calle en diferentes escenarios.

Argumentan Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández y Varela-Ruiz (2013) que la entrevista en el enfoque cualitativo se caracteriza por la obtención de información relacionada con un tema determinado de la forma más precisa posible, así permite el hallazgo de los significados que el entrevistado guarda en sus respuestas. Finalmente, la entrevista no estructurada se caracteriza por ser más flexible que la entrevista estructurada, de esta forma es posible agregar u omitir algunas preguntas cuando así lo considere necesario el entrevistador.

Se realizaron ocho entrevistas a habitantes de calle y ex habitantes de calle entre los meses de abril y septiembre de 2018 en la ciudad de Medellín. Se aplicó una prueba piloto de la entrevista a tres ex habitantes de calle en actual proceso de resocialización en el Albergue para habitantes de calle de la plaza de Botero de la ciudad de Medellín. A partir de los resultados, se corrige el instrumento y se aplica a habitantes de calle por fuera de las instituciones del gobierno que aún se encuentran en condición de calle.

La observación no participante es un instrumento que permite “contar con un registro estructurado sobre ciertos elementos básicos para comprender la realidad humana objeto de análisis”. Entre las ventajas del instrumento consideradas por este autor, se encuentra la posibilidad de “caracterizar las condiciones del entorno físico y social” (y “describir las interacciones entre los actores” (Quintana Peña, 2006, p. 67).

La observación no participante tuvo lugar, además de los sitios ya mencionados, en otros donde habitantes de calle se reúnen en torno a la práctica del consumo en el centro de Medellín y zonas limítrofes.

Consideraciones éticas

Para la aplicación de la entrevista se contó con un consentimiento informado que dio cumplimiento a la Ley 1090 de 2006, artículo 29, en el cual el entrevistado autorizó que la información registrada en grabación y diario de campo será utilizada solo con fines académicos e investigativos, y que únicamente será divulgada con fines científicos.

Población participante

La población entrevistada oscila entre los 24 y 62 años, toda vez que ha tenido relación directa o indirecta con sustancias psicoactivas. Las entrevistas realizadas en la calle tuvieron lugar en el centro de Medellín; en los parques de San Antonio, San Ignacio, Bolívar y El Periodista. Antes de realizar las entrevistas, se valoró la capacidad del entrevistado para elaborar respuestas congruentes; para ello se verificó que no estuvieran bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva mediante una conversación inicial y observación previa de la conducta.

Para proteger la identidad del entrevistado, su nombre real es reemplazado con alguna letra del alfabeto.

Sistematización de datos

Posterior a la elaboración de las entrevistas y observación no participante, se procedió con la transcripción de la información utilizando el software Microsoft Word. La información obtenida fue sistematizada en relación a las categorías propuestas mediante una matriz elaborada en Microsoft Excel (categorías en el eje Y y entrevistas en el eje X).

Referentes teóricos

Para la comprensión de la información obtenida, se elabora una discusión con autores a partir de las teorías de la corriente de la psicología humanista existencial; que a su vez retoma algunos conceptos del psicoanálisis. La teoría de esquemas propuesta por Jeffrey Young fue utilizada para la confirmación y profundización de algunos aspectos en relación a los rasgos identificados en los habitantes de calle.

Resultados

En las observaciones y autorrelatos obtenidos se busca la captación de las experiencias del habitante de calle y su relación con la farmacodependencia; estas experiencias fueron discriminadas en seis categorías nombradas como abandono y pérdida, dependencia, efectos del fármaco, dinámicas sociales, apatía y sentido de vida.

Abandono y pérdida

Se ha encontrado que las personas habitantes de calle han sido miembros de familias disfuncionales, entendidas como familias en las que “el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente con los miembros de la familia” (Hunt como se citó en Pérez Lo Presti y Rainoza Dugarte, 2011, p. 630). En estas familias, el abandono y la pérdida de personas significativas son experiencias que dejan un importante saldo de dolor emocional.

Un habitante de calle desde los 15 años, hoy de 35 años y acogido por uno de los albergues de la Alcaldía de Medellín, relata:

El papá mío no respondió por nosotros y ya se murió hace como tres años, mi papá, pero por vicioso, lo mató el vicio, entonces yo siempre he vivido con mi mamá, cuando eso, vivía con mi mamá y mi padrastro, mi hermanito que lo mataron ya, y vivíamos nosotros, y me, y me fui a la calle fue porque mataron a mi hermanito. (Habitante de calle A, comunicación personal).

El abandono del padre y la pérdida del hermano provocan que A se involucre en conflictos delictivos en el barrio que lo obligan a huir; “y yo me volví en el barrio, me volví malo en el barrio y me tocó venirme del barrio” (comunicación personal).

La identificación con el padre en relación con el consumo se manifiesta en casos como el siguiente: “los hijos se dedicaron fue a la droga y como mi papá también fue vicioso, que ella sufrió mucho con mi papá y volvió y repitió la historia conmigo” (Habitante de calle D, comunicación personal).

El habitante de calle B, dedicada al reciclaje, expone que

Yo me salí de mi casa a la edad de once años, porque mi mamá vivía con un personaje que no le daba sino los tres golpes del día pata, puño, cabeza y por la noche pipí (...) empezando porque yo no era hija de ese señor, inclusive en una ocasión, llegaba borracho y drogado y le pegaba a mi mamá y entonces yo tenía once años y yo no me aguanté y lo hice tirar por un balcón y le metí tres puñaladas. (comunicación personal).

Las condiciones de maltrato por parte de su padrastro la obligan a actuar en defensa de la madre al verla amenazada constantemente.

F, actual habitante de calle no consumidor, adulto mayor, se encuentra sentado en el parque de San Antonio, sobrio, tranquilo, con una actitud hermética y cerrada. Las relaciones familiares de F fueron escasas:

Yo nunca tuve papá ni hermanos, hijo único, entonces cuando ya traté yo de hacer algo para mí, ya la edad no me daba, ya mi mamá murió hace cinco años, o sea que lo poco que hice por ella, ya se perdió, y para mí no pude hacer nada. (comunicación personal).

En el caso de F, como en el caso de la mayoría de los entrevistados, el abandono y la pérdida tienen como común denominador la figura del padre.

Entre los habitantes de calle entrevistados se encuentran algunos con familia e hijos; H relata que “a mí a los 11 años me abandonaron, mi familia y mi mamá me abandonaron, me enseñé a ser solo con Dios del cielo, tengo dos hijos, un niño de 5, una niña de 7, mi mayor bendición” (comunicación personal); su rol como padre inició antes de ser habitante de calle y luego, debido al consumo de sustancias psicoactivas, abandonó a sus hijos; “me siento culpable por ellos, porque irónicamente les hice lo que me hicieron a mí, los dejé solos, yo soñaba teniendo un hijo y dale lo que no me dieron a mí, irónicamente los dejé solos” (comunicación personal).

Dependencia

Se han encontrado fuertes necesidades afectivas en los habitantes de calle farmacodependientes que los llevan también a la dependencia emocional. Un habitante de calle bajo tratamiento para la tuberculosis en el momento de la entrevista en el albergue del parque Botero menciona que

Yo lo hacía era pa' para poder olvidarla a ella, si me entiende? pa' no estar pensando, pa' no estar pensando en ella, que yo cuando no consumía a mí me daba la pensadera, me daba por pensar en ella, por pensar en el día que la vi con, el día que la vi con él, el día que vi la foto con, con, porque yo vi fotos de ella con él, la vi también a ella, entonces eso era lo que me llevaba a consumir la droga, para yo poder olvidarla. (Habitante de calle D, comunicación personal).

F, que a la fecha de la entrevista sumaba ya 19 años como habitante de calle no consumidor, confirma que la historia de D, no es un caso aislado, sino por el contrario, frecuente: "Muchas veces ellos toman la droga refugiándose de algún problema sentimental... de, casi por lo regular son problemas sentimentales" (comunicación personal).

Continúa D, con su historia después de sufrir la decepción amorosa:

Empecé a tomar, a tomar y a tomar alcohol y así terminé, me dio ya por probar el bazuco y me quedé ahí, empecé a salir de las cosas, empecé a salir de, de, de los zapatos, del celular, del reloj, entonces a lo último ya me quedé en la calle, me gustó y empecé a reciclar y me quedé, me dejé llevar y aquí estoy. (comunicación personal).

G, actual habitante de calle abordado en el parque Bolívar, estaba sentado en el andén, asume una postura fetal, defensiva y evasiva, y en su relato expone que "yo en estos momentos estoy en el consumo, solamente consumo, no busco nada más sino consumo, consumo, consumo y consumo" (comunicación personal). Aquí la idea obsesiva frente al consumo se hace patente, su cuadro obsesivo-compulsivo es completado cuando continúa relatando la forma en la que se comporta en relación con el consumo; "por ejemplo yo compro la dosis ya y en el momento que me estoy consumiendo la dosis estoy haciendo revolución pa' la otra, vendiendo confites, galletas, todo, al mismo tiempo" (comunicación personal).

D, presenta la naturaleza obsesiva de su relación con la pipa de bazuco; "me gusta, me gusta, me gusta más que pichar enguayabado como dicen por ahí, me gusta la pipa que da miedo y me sueño con ella, me mantengo todo el tiempo pensando en ella, con ansiedad, con ganas de consumo (...)" (comunicación personal). D es padre de cuatro hijos, en relación con su ex esposa confiesa que "esa mujer sí que me hace falta hermano, me da tristeza haberla cambiado por la bazuca, me duele mucho" (comunicación personal).

Puede concluirse que, con la experiencia de la pérdida y el abandono, más la falta de regulación de la conducta a partir de la permisividad o la indiferencia del cuidador o la madre, la persona es más vulnerable a una eventual adicción luego de probar cualquier sustancia psicoactiva.

Efectos del fármaco

“Lo que pasa es que a todos no nos da la misma sensación” (Habitante de calle E, comunicación personal). En los relatos se identifica que las experiencias vitales, el estado anímico, la individualidad del consumidor y sus condiciones de vida actuales influyen activamente en el efecto de la sustancia psicoactiva.

Ideas paranoides y episodios catatónicos se presentan siempre que G consume perico; al respecto manifiesta que

Me coloca quieto, no me deja mover pa' ningún lado, soy quieto en una parte, quietecito, quieto, quieto, sí, cuando estoy consumiendo (...) siento que todo el mundo me va a llegar, que me va a matar, mejor dicho, en un mundo de locura. (comunicación personal).

G, se vio obligado a huir a la calle por el asesinato de un sujeto del barrio que le apuñaló primero, luego, en represalia, varias personas fueron a matarlo y en el intento de impedirlo dos amigos suyos fueron asesinados, su hermano terminó “casi muerto.”

Por el efecto del fármaco, E puede llegar a perder su vergüenza para darse a la búsqueda de un sustento precario; de esta manera, el consumo puede mantenerse como prioridad en la vida de esta persona; “yo recojo basura, yo soy capaz de comer de la hijueputa basura después de haberme gastado cuarenta, cincuenta mil pesos en droga” (comunicación personal). También él experimenta sensaciones de paranoia en el consumo de la pipa: “a mí me asusta, oiga me parece que ya me van a coger, que están detrás, que todo el mundo me está mirando, todo el que se ríe creo que se está riendo de mí” (comunicación personal). E ha huido de la muerte en varias ocasiones relacionadas con el juego de dados, práctica frecuente dentro de las ollas de consumo.

D, ex habitante de calle con VIH positivo, relata la sensación producida por la pipa; “eso es como si lo cogiera a uno la luz, a mí me daba placer sexual, me excitaba, me metía el pipazo y (...).”

H, actual habitante de calle que vive de la venta de dulces, es consciente de su condición de enfermedad como farmacodependiente, y en relación al perico dice que

Yo lo consumo por enfermedad, porque por gusto no es, es por enfermedad, porque mira, el cuerpo se acostumbra a eso, es como cuando tú no desayunas, te va a pedir comida, mi cuerpo me lo pide por la enfermedad, yo no lo pude dejar completamente porque la mera ansiedad me puede matar, es una enfermedad. (comunicación personal).

Efectos narcóticos de corta duración aumentan la necesidad de la droga; relata B, que la pipa de bazuco tiene un efecto de “sube y baja que no dura ni cinco segundos”; la mente del adicto se mantiene inmersa en cómo conseguir la droga y con esto puede evadir el dolor que se halla en las condiciones existenciales actuales y en los recuerdos traumáticos.

Toda esta dinámica da cuenta de un fenómeno distinto del consumo lúdico. Con el efecto de la droga se busca, además del efecto placentero, privar a la persona de su angustia, encontrar el olvido y la tranquilidad, en la droga se busca la obtención de un estado ideal que permite compensar y evitar el dolor emocional.

Dinámicas sociales

La falta de autocuidado en relación con la condición de farmacodependencia y de habitar en la calle, el desprecio causado por la inutilidad que representa para la sociedad, entre otras cosas, provocan reacciones de rechazo contra el habitante de calle por parte de la sociedad, frecuentemente violentas.

Me puse a orinar en la playa, por donde está el reloj, un man me pegó una patada, una voladora que me tiró por allá, por allá me tiró lo mas de, me aporrié, me caí y me aporrié lo mas de feo. (Habitante de calle D, comunicación personal).

Además, menciona que, debido su relación con el consumo, también ha tenido que vivir experiencias relacionadas con las ollas, relata que “casi me pican hermano y yo tan descarado que vuelvo al tiempo, como al año volví a comprar bazuca allá, esa es la única que he tenido con la muerte. Me iban a partir en pedacitos” (comunicación personal). Tal experiencia surge al haber sido acusado de intentar robar una camisa en un local comercial cercano a una olla de vicio.

Se halla que algunos habitantes de calle suelen abandonar sus hogares, no sin antes haber ocasionado problemas a la familia o a la comunidad. Antes de salir de casa, D, relata lo que se vio obligado a hacer para comprar droga: “robar, yo me llevé el equipo y lo fui a empeñar y cuando lo empeñé me lo fumé” (comunicación personal). G, relata la razón por la cual comenzó a distanciarse de su casa; “empecé a robarle a mi mamita, sacarle la platica a mi mamá, hacer muchos daños en la casa” (comunicación personal).

Aparte del consumo y la precariedad, el rechazo y la violencia contra el habitante de calle provocan también una laceración en su dignidad como persona, es frecuente que con la pérdida de la dignidad también se renuncie al sentimiento de vergüenza bajo condiciones en donde la supervivencia se ve amenazada, la pérdida de la vergüenza provoca que el habitante de calle ofenda a la sociedad con su conducta; ciertos actos observados

como satisfacer necesidades corporales en espacios públicos, comer de la basura o masturbarse en algún andén, provocan la agresión y el desprecio por parte de la sociedad. La pérdida de la dignidad del habitante de calle a causa de la adicción es castigada por la sociedad con rechazo y agresión.

Apatía

El consenso que los habitantes de calle tienen frente a su propio espacio vital es claro, “la calle es dura”, dicen. Las condiciones impuestas por este espacio vital, la precariedad, el rechazo violento, el tiempo muerto en la rumiación y la soledad provocan en ellos sentimientos de dolor frente a los cuales reaccionan de forma defensiva mediante la apatía emocional, que termina por ser un medio para adaptarse a las condiciones de la calle.

La cotidianidad les obliga a endurecerse, esto se confirma en relatos como: “uno siempre pendiente de al otro día que voy a hacer, que voy a comer, y se vuelve uno como una roca” (Habitante de calle F, comunicación personal). Por su parte, B, consumidora frecuente, manifiesta que “esta es la que digo yo que mata sentimientos, sí, pues, yo digo que la pipa mata sentimientos, ¿por qué? porque la persona que consume pipa no le importa nada” (comunicación personal). En la apatía la persona busca renunciar al dolor emocional provocado por la realidad y el recuerdo.

El habitante de calle A relata cómo la prioridad en el consumo le lleva a olvidarse de los sentimientos que tiene por los demás; “pensaba sino en tener plata pa’ consumir y listo, no le importaba la mamá, ni la familia ni nada, no le importaba nada, no le importaba sino tener plata pa’ consumir, eso era lo que me importaba a mí” (comunicación personal).

Puede observarse que la pérdida de la empatía es también consecuencia de la apatía emocional, el otro deja de tener un lugar cuando la prioridad es el consumo, del que depende la regulación del sujeto adicto. El relato de F, es un reflejo de lo cotidiano en la vida de calle:

El susto, a mí aquí nada más en este parque por estarme bregando a comer un pan, y un poquito de un refresco, un tinto, pasan tremendos jóvenes, drogadictos, a pedirle comida a uno, y uno muchas veces les dice ‘muchachos es que escasamente tengo lo mío’ y de ahí le empieza a uno los problemas’. (comunicación personal).

Entre habitantes de calle son frecuentes las amenazas y peleas, la calle es un lugar en el que la persona debe permanecer a la defensiva, E, completa el cuadro con su relato: “cualquiera se la puede estar montando de alegría, o porque no le da un pipazo, o porque no le da lo suyo, o porque no le regala lo que tiene, o de alegría, simplemente” (comunicación personal).

La apatía provocada por el consumo dificulta que la persona se haga responsable por sus actos, esto facilita a su vez la ejecución de actos delictivos. G cuenta que “uno con la droga va perdiendo todos los estimos, el amor, con la mamá, todo, conflictos, empecé a robarle a mi mamita, sacarle la plastica a mi mamá, hacer muchos daños en la casa” (comunicación personal).

Sentido de vida

Superar su condición como farmacodependiente, recuperar su dignidad y sus relaciones significativas con familia y amigos son los motivadores fundamentales que fueron hallados en relación al sentido de vida en el habitante de calle. La motivación de G está en “estar en mi casa, dormir en una cama, tener mi desayuno, tener, todo lo de la vida legal, cepillarme, levantarme por la mañana (...) lo que es la vida humana, una vida digna (...)” (comunicación personal). D anhela, al igual que muchos otros, recuperar a su familia, “tener a mis hijos, recuperar a mi familia bien del todo, porque mi familia no me ha dado la espalda, yo soy el que les he dado la espalda” (comunicación personal). B ha podido reestablecer su prioridad como madre y expresa que “yo no pienso ni en comida pa’ mí, yo pienso es en la comida de mi hijo, o sea que mi responsabilidad como madre va ante todo, ante todo mi derecha es la responsabilidad (...)” (comunicación personal).

F encuentra en su fe una razón para mantenerse:

En mi vida lo más importante, que todavía tengo una fe, en ese ser supremo y no le pongo nombre, porque ese ser supremo le han puesto tantos nombres, y todos lo buscan pero como que no saben a quién están buscando. (comunicación personal).

Sñar nuevos proyectos le permite al habitante de calle tener una perspectiva diferente del futuro; A decide abandonar las drogas, luego de un año y varios meses de proceso planea formar un hogar:

De tener un hijo y todo, de vivir bueno con ella, y ella era viciosa y ya vea, ya no le provoca el vicio, ya está es conmigo, ya no le provoca, disque no va a volver a consumir, eso es lo que me está diciendo. (comunicación personal).

Entre quienes han hecho de la calle su espacio vital se construyen pensamientos que hacen parte de su identidad. E, habitante de calle desde hace 30 años, consumidor desde hace 40, resume la cuestión diciendo que “la calle es la escuela de la vida, pero la vida no es la calle” (comunicación personal).

Discusión

A partir de las ideas propuestas por Young, Klosko y Weishaar (2003), se comprende que los sentimientos de abandono provocan en la persona la creencia de que eventualmente será abandonada, esto impide que pueda desarrollar la capacidad de establecer vínculos emocionales fuertes (p. 213); estas personas todo el tiempo están a la expectativa de la pérdida o la muerte de seres queridos. “La posibilidad de ser abandonado a sí mismo es necesariamente la amenaza más seria a toda la existencia del niño” (Fromm, 1941, p. 25).

En relación con la pérdida, Freud (1917, p. 246) expone que el objeto perdido es incorporado al yo y se mantiene allí mediante la identificación. En el caso de D, la persona se identifica con su padre como una forma por compensar la pérdida. Este mecanismo defensivo permite la comprensión del fenómeno en el cual el hijo, al igual que el padre, termina siendo adicto. Desde el principio de la vida muchas de estas personas son obligadas a sufrir la muerte de seres queridos.

La relación del habitante de calle con la muerte hace parte de sus anécdotas y experiencias de vida; según Yalom (1980, p. 228), la angustia frente a la muerte puede ser reprimida y manifestarse de forma indirecta y poco frecuente, este fenómeno se identifica en los episodios paranoicos provocados por el fármaco y en síntomas psicósomáticos que quedan como consecuencia de un encuentro cercano con la muerte. La muerte comprende el fin de la vida y “se impone como el acontecimiento definitivo en la existencia” (Aldana-Piñeros y Garzón-Pascagaza, 2017, p. 314). Desde la perspectiva existencial, se comprende también que la muerte puede también dar vida a la persona al hacerle consciente de su propia finitud (Aguilera Portales y González Cruz, 2009).

D, consumidor de bazuco en pipa, permite conocer en su relato la consecuencia de su encuentro más cercano con la muerte cuando por ser acusado de robar es llevado por la fuerza al interior de una olla de vicio en donde fue amenazado con ser “picado”; una intervención de la policía fue lo que le salvó la vida. Luego de esta experiencia pierde la conciencia y cuando despierta, relata que “me fui a parar de la cama, caí al piso, los pies míos no respondían (...) tuve que pegame pa’ poder tener firmeza. Cuando me empezó esto fue por eso” (comunicación personal). A partir de dicha experiencia, sus pies han perdido fuerza y movilidad de forma significativa, difícilmente puede caminar, siempre apoyado en su bastón.

Para evadir el temor a la muerte, el sujeto utiliza objetos como la pipa, el cigarro, la botella, entre otros que, en su relación con la oralidad, son simbólicos del seno materno, facilitan el desplazamiento de la dependencia emocional hacia el consumo. Al respecto, expresa Yalom (1980) que en algunos de sus pacientes la bebida representa una fusión simbólica con la madre mediante la lactancia (p. 238). En relación con el chupeteo, Freud (1905) encuentra que “si esta importancia se conserva, tales niños llegan a ser, en su edad adulta, inclinados a

besos perversos, a la bebida y al exceso en el fumar” (p. 61). El placer obtenido a través de la oralidad puede ser comprendido desde las teorías del desarrollo psicosexual que reconocen en el acto del chupeteo y la alimentación materna una fuente de satisfacción sexual. El fuerte vínculo afectivo con la madre que se evidencia en el habitante de calle favorece, paradójicamente, dicha fijación.

Esta búsqueda de seguridad en la fusión también se evidencia en el fuerte dolor emocional que provocan en los habitantes de calle las decepciones amorosas; como se identificó, muchos de ellos se refugian en las drogas psicoactivas para evadir el dolor emocional de la ruptura con alguna pareja y, en relación con ello, exponen Lara y Osorio (2014) que la búsqueda del amor romántico puede representar para la persona una defensa contra la muerte, a partir de un intento de fusión con el ser amado (p. 59). Bajo estas consideraciones, se identifican una serie de desplazamientos que buscan satisfacer las necesidades de seguridad mediante intentos de fusión por parte del sujeto primero con la madre, luego con la pareja y finalmente, con el consumo de drogas psicoactivas.

Estos intentos de fusión y los efectos de la droga psicoactiva atentan contra la libertad de la persona, que desde la perspectiva existencial se comprende como la capacidad para decidir (Pastén, 2015, p. 48); esta capacidad es negada en la naturaleza compulsiva de la farmacodependencia. Dicha perspectiva expone además que la libertad “debe ser interpretada en términos de responsabilidad” (Frankl, 1966, p. 68) y, finalmente, identifica que, no siendo el hombre un ser omnipotente, posee una libertad que es finita (Frankl, 1967, p. 104).

Mientras que en un nivel consciente el placer provocado por el efecto narcótico de las drogas psicoactivas permite al habitante de calle evadir la angustia, al poder olvidarse de sus condiciones existenciales y recuerdos penosos, en un nivel inconsciente, el placer obtenido al recuperar su sentimiento de seguridad por la fusión simbiótica con el objeto materno y la identificación con el padre intensifican la adicción e impiden el ejercicio de la libertad.

Para identificar la relación entre muerte y libertad, entra en consideración la pregunta realizada por Fromm (1941): ¿puede la libertad volverse una carga demasiado pesada para el hombre, al punto que trate de eludirla? (p. 13), es decir, ¿puede representar la libertad una amenaza de muerte para la persona? F expresa que la libertad:

Para muchos es muy hermosa, pero si supieran como es de costosa la libertad, lo pensarían varias veces, porque en estos momentos yo para poder decir ‘soy libre’, porque no tengo a nadie que me haga reclamos ni que me moleste, ni que hay que pagar servicios ni nada pero me toca llevar del bulto, sufrir hambres a ratos, sed, aguantar fríos, lluvias, por esa libertad, eso tiene un precio caro, eso de hablar de libertad es una mentira, es un farsa. (comunicación personal).

La conciencia de que se es libre viene también ligada con la conciencia de que se es vulnerable y, en esta vulnerabilidad, el miedo a la muerte reaparece, la individuación obliga a la persona a asumirse como una parte diferenciada del todo.

Fromm (1941) argumenta que en el momento en el que el sujeto decide separarse del mundo para alcanzar su individualidad, se percata de lo grande y amenazador que es. En consecuencia, la persona quiere renunciar a esa individualidad para evadir la soledad y la angustia, buscando un objeto con el cual fusionarse para someterse a él (p. 33).

Bajo la figura del sometimiento, la persona busca satisfacer sus necesidades de protección y seguridad. Según Maslow (1954), la persona vulnerable y débil busca la protección en alguien más fuerte haciéndose dependiente de él (p. 93).

Los sentimientos de vulnerabilidad son consecuencia de la insatisfacción de necesidades esenciales, especialmente durante la infancia, al contrario de lo que aparece en estructuras más sanas y fuertes. Al respecto, Maslow (1954) expone que las personas desarrollan un carácter más sólido y fuerte cuando en su infancia fueron satisfechas sus necesidades más importantes, esto permite que de adultos estas personas sean más capaces de soportar durante más tiempo la insatisfacción de estas necesidades (p. 104).

En el sometimiento a la droga, la persona renuncia a su propia voluntad, “a través de la realización de su voluntad el hombre realiza su yo individual” (Fromm, 1941, p. 65). La libertad que se posibilita en la individuación es coartada con el sometimiento y, en consecuencia, aumenta la necesidad de dependencia. Finalmente, el sujeto que termina optando por la dependencia renuncia a la autorrealización.

Yalom (1980) ha encontrado algunas manifestaciones clínicas de la evitación de la responsabilidad; encuentra que en la compulsividad la persona evade la responsabilidad que implica hacerse libre cuando se somete a una idea obsesiva, cuya fuerza es ajena al yo (p. 274).

Young, Klosko y Weishaar (2003, p. 46) identifican algunos rasgos de las familias que posibilitan que la persona llegue a caer en la compulsividad del consumo al tener unos límites insuficientes que le impidan detenerse; confirman que los padres de estas familias son permisivos con los actos de sus hijos, o son simplemente indiferentes, pocas veces los confrontan, dejan de establecer límites a sus actos y de enseñarles cuáles serían las consecuencias.

Si bien la sumisión a una autoridad puede satisfacer de forma parcial las necesidades de seguridad y protección de la persona, Fromm (1941) considera también que la persona que renuncia a la individuación, inconscientemente sabe también que esta sumisión le impedirá el desarrollo de su carácter, lo que lo deja débil

y, por la misma razón, se resiente en contra de la autoridad a la que se somete (p. 34); finalmente, esto provoca sentimientos de frustración y rebeldía manifestados en las conductas agresivas y degradantes observadas en el habitante de calle.

Ahora bien, Fromm (1941) argumenta que la persona que pueda establecer sus conexiones con el mundo a partir del amor y del trabajo alcanzará su libertad, conservando y confirmando con ello su individualidad (p. 125). Al respecto, F, que comenzó negando la libertad, terminó por decir que “la verdadera libertad del ser humano, la verdadera libertad que yo entiendo para el ser humano, es que esta persona pueda servirle a los demás con gusto, para más adelante tener como decir, sembrar para un mañana” (comunicación personal). Con esto se halla que, tanto para Fromm, reconocido psicólogo y filósofo existencialista alemán, como para F, habitante de calle que pasa la mayor parte de su tiempo en soledad transitando las calles de Medellín, el amor es condición para alcanzar la libertad.

La apatía aparece de forma frecuente ante situaciones límite como las vividas por Viktor Frankl en los campos de concentración. Frankl (1946/2012) identifica que en la apatía la persona puede no sentir nada frente a situaciones que provocarían un fuerte dolor emocional, de esta manera se consolida como “escudo protector” (p. 52). En la adaptación a un entorno que es esencialmente duro, el habitante de calle comienza a adoptar una dureza hermética, ya sea por una decisión consciente o al refugiarse en la droga.

Efectos de la droga, como en el caso de G, permiten sospechar de rasgos masoquistas; algunas consideraciones de Sartre (1943) exponen al respecto que “el masoquismo es un vicio y que el vicio es, por principio, el amor al fracaso (...) hasta tal punto que el sujeto termina por buscar el fracaso mismo como su objetivo principal” (p. 404). Identificado el rasgo masoquista en la actitud victimizada del habitante de calle farmacodependiente, la persona se entrega al fracaso en el vicio.

En la actitud masoquista, expone Sartre (1943) que como sujeto “trato de comprometerme íntegramente en mi ser-objeto; me niego a ser nada más que objeto, descanso en el otro; como experimento ese ser-objeto en la vergüenza, quiero y amo mi vergüenza como signo profundo de mi objetividad” (p. 402), el sentimiento de vergüenza permite a la persona conservar su dignidad, esta le impide ejecutar actos que vayan en contra de sus principios, de sus valores y creencias; aspectos esenciales de su individualidad, y para lograr fusionarse con un otro, el sujeto busca renunciar a ellos.

A partir de las experiencias cercanas a la muerte y las condiciones de la calle, algunas de estas personas asumen como su sentido de vida recuperar su vida en sociedad, su dignidad, familia, amigos y trabajo, motivaciones que permiten al habitante de calle soportar los tratamientos para su recuperación ofrecidos en diferentes centros y programas de rehabilitación.

En el hombre “toda pregunta sobre su sentido de vida es también una pregunta por la trascendencia del ser” (Giraldo, 2014, p. 429). Esta trascendencia permite que el sujeto se olvide de sus propios intereses narcisistas a partir de la búsqueda de un lugar para su ser en el mundo que lo relacione con los demás. Luego, en relación al sentido de vida, Frankl (1966, p. 57) expone que la existencia del sujeto “tambalea” cuando no se tiene un ideal o un objetivo que alcanzar. Este objetivo, puede ser experiencial en el amor sentido por un otro, creativo en el compromiso con una tarea o trabajo, o actitudinal frente a situaciones adversas que causan sufrimiento (Frankl, 1967, p. 141).

El sentido de vida, según Ortiz Arias (2012), se impone además como una defensa contra la apatía, devolviéndole al sujeto la capacidad de sentir y de vivir, contrarrestando con ello el hastío por la vida (p. 111).

Estas preocupaciones fundamentales, entre otras, son las que motivan al habitante de calle farmacodependiente a superar su condición de enfermedad y recuperar su dignidad como ser humano, a responsabilizarse de sí mismo como primera instancia hacia la recuperación de su libertad que, finalmente, favorece la articulación de un vínculo con la sociedad.

Conclusiones

La pérdida de la figura normativa facilita la tendencia a la compulsión, las carencias afectivas posibilitan la dependencia emocional; ambas facilitan una predisposición para la adicción a sustancias psicoactivas.

La dependencia a las sustancias psicoactivas es facilitada cuando la persona busca en el efecto narcótico un medio para evadir la angustia y el dolor provocado por las experiencias y las condiciones adversas de la existencia.

La evitación de la muerte en un intento de fusión con el objeto materno, representado simbólicamente en el consumo oral de drogas psicoactivas, lleva a la persona a un estado de sometimiento sobre dicho objeto en búsqueda de seguridad, que es contrario a la búsqueda de libertad.

La búsqueda de seguridad en el consumo compulsivo de sustancias psicoactivas impide el desarrollo de la individualidad y el fortalecimiento de la conciencia, condiciones necesarias para la elección de un sentido de vida.

Conflicto de intereses

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

Referencias

- Aldana-Piñeros, A., y Garzón-Pascagaza, E. G. (2017). El sentimiento de muerte como límite existencial en la obra de E.M. Cioran. *Ideas y Valores*, 66(163), 311-331. doi: 10.15446/ideasyvalores.v66n163.58660
- Aguilera Portales, R., y González Cruz, J. (2009). La muerte como límite antropológico. El problema del sentido de la existencia humana. *Gazeta de Antropología*, 25(2). Recuperado de https://www.ugr.es/~pwlac/G25_56Rafael_Aguilera-Joaquin_Gonzalez.html
- Bolton, R. (2016). Drogadependencia... Una mirada desde la bioética. *Inmanencia*, 5(1), 45-49. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QmydvthEqalJ:ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia/article/download/10742/9608+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>
- Congreso de Colombia. (6 de septiembre de 2006). por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones [Ley 1090 de 2006]. DO: 46.383. Recuperado de https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia_unisabana.pdf.
- Congreso de Colombia. (12 de julio de 2013). Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan ptas disposiciones [Ley 1641 de 2013]. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201641%20DEL%2012%20DE%20JULIO%20DE%202013.pdf>.
- Correa, M. E. (2007). La otra ciudad – Otros sujetos: los habitantes de calle. *Trabajo Social*, (9), 37-56. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8511/9155>

- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. Recuperado de http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num03/09_MI_LA%20_ENTREVISTA.pdf
- Frankl, V. (1946). *El hombre en busca de un sentido*. Editorial Herder. Barcelona. 2012.
- Frankl, V. (1966). *Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia*. Herder Editorial. Barcelona, España.
- Frankl, V. (1967). *Logoterapia y análisis existencial*. Textos de cinco décadas. Barcelona, España: Herder Editorial.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Obras completas. Sigmund Freud. Vol 14. (1914 – 1916). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre teoría sexual y otros escritos*. Madrid: Alianza Editorial. Primera edición 1972.
- Fromm, E. (1941). *El miedo a la libertad*. Colección clásicos. Editorial Skla.
- Giraldo, P. (2014). El vacío existencial y la pérdida del sentido de vida en el sujeto posmoderno: retos para el cristianismo del siglo XXI. *Cuestiones Teológicas*, 41(96), 425-444. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cteo/v41n96/v41n96a08.pdf>
- Hunt, J. (2007). *La Familia Disfuncional, Haciendo las paces con el pasado*. Hope for the heart, 07.02 1-14
- Ibañez, D., y Montero, D. (2012). *Experiencias y sentido vital de 4 habitantes de calle* (Trabajo de grado). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/psicologia/tesis191.pdf>
- Lara, G., y Osorio, C. (2014). Aportes de la psicología existencial al afrontamiento de la muerte. *Tesis Psicológica*, 9(1), 50-63. Recuperado de <https://pure.urosario.edu.co/es/publications/aportes-de-la-psicolog%C3%ADa-existencial-al-afrontamiento-de-la-muert>
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.
- Maslow, A. (1954). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Nieto, C., y Koller, S. (2015). Definiciones de habitante de calle y niño, niña y adolescente en situación de calle. Diferencias y yuxtaposiciones. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2162-2181. doi: 10.1016/S2007-4719(16)30007-2

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2018). *Informe mundial sobre las drogas 2016*. Recuperado de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
- Ortiz Arias, G. (2012) Sentido de vida y narrativa: defensa frente a la apatía del hombre para pensar lo humano. *Katharsis*, (13), 107-124. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5527491>
- Observatorio de drogas de Colombia. (2018). *Sustancias psicoactivas*. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/sustancias-psicoactivas>
- Pastén, C. (2015). *Libertad en el existencialismo, en la psicología humanista y en la psicología transpersonal: análisis de similitudes y diferencias* (Trabajo de grado) Universidad de Chile, Facultad de ciencias sociales. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143800/Memoria%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pérez Lo Presti, A., y Reinoza Dugarte, M. (2011) El educador y la familia disfuncional. *Educere*, 15(52), 629-634. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/356/35622379009.pdf>
- Quintana Peña, A. (2006). Metodología de investigación científica cualitativa. En A. Quintana y W. Montgomery (Eds.). *Psicología: Tópicos de actualidad*. Lima: UNMSM.
- Quintero, L. (2008). La exclusión social en “habitantes de calle” en Bogotá. Una mirada desde la bioética. *Revista Colombiana de Bioética*, 3(1), pp. 101-144.
- Sartre, J. (1943). *El ser y la nada: un ensayo de ontología fenomenológica*. Madrid: Alianza Editorial.
- Yalom, I. (1980). *Psicoterapia existencial*. Editorial Herder 2015.
- Young, J., Klosko, J., y Weishaar, M. (2003). *Terapia de esquemas. Guía práctica*. España: Descleé de Brower.

Estrategias implementadas en programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas¹

Strategies implemented in psychoactive substance prevention programmes

Lina María Pareja Hincapié*
Katherine Mejía López**

Recibido: 3 de abril de 2019–Aceptado: 8 de julio de 2019–Publicado: 23 de septiembre de 2019

Forma de citar este artículo en APA:

Pareja Hincapié, L. M., y Mejía López, K. (julio-diciembre, 2019). Estrategias implementadas en programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), pp. 325-340. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3375>

Resumen

Se presentan las estrategias implementadas en los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas. El estudio es de tipo cualitativo con enfoque hermenéutico. Se hizo una triangulación con expertos y autores en el tema de drogas, de manera que se realizó la interpretación por medio de un sistema categorial (Atlas TI). Los resultados muestran cómo las habilidades para la vida son las estrategias más utilizadas en algunos de los programas, y también talleres reflexivos, vivenciales, estrategias informativas, formativas y de generación de alternativas, además de las redes de apoyo y rutas de atención. Es necesario que estos esfuerzos respecto a las estrategias preventivas fortalezcan procesos de continuidad y rigurosidad metodológica basados en la evidencia científica.

Palabras clave:

Habilidades para la vida; Estrategias preventivas; Consumo de sustancias; Redes de apoyo; Programa de prevención.

¹ Este artículo es producto de una investigación denominada "Prevención del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Programas, enfoques y prácticas", desarrollada entre la Universidad Católica Luis Amigó, la Universidad San Buenaventura, la Corporación Surgir y la Alcaldía de Medellín.

* Especialista en Farmacodependencia. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Contacto: lpareja75@gmail.com

** Psicóloga. Contacto: katerine0593@gmail.com

Abstract

Strategies implemented in psychoactive substance prevention programmes are presented. The study is qualitative in type, with a hermeneutic approach. Triangulation was made with experts and authors on the subject of drugs, so that the interpretation was performed through a categorical system (Atlas TI). The results show how life skills are the 0.most widely used strategies in some of the programs, as well as thoughtful, experiential workshops, informational strategies, training and alternative generation, as well as support networks and attention routes. These efforts regarding preventive strategies need to strengthen processes of continuity and methodological rigor based on scientific evidence.

Keywords:

Life Skills; Preventive strategies; Substance use; Support networks; Prevention program.

Introducción

En la actualidad, se reconoce que las habilidades para la vida continúan siendo una de las estrategias e iniciativas más utilizadas en los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), estrategia iniciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual impulsa la educación en habilidades para la vida en ámbitos escolares; surgió del reconocimiento a los nuevos estilos de vida y cambios culturales de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, puesto que no están suficientemente provistos de las destrezas necesarias para enfrentar los enormes desafíos y presiones del mundo contemporáneo. A partir de los resultados obtenidos en el estudio, se logran identificar las habilidades para la vida como estrategia implementada en las metodologías de los programas de prevención del consumo de SPA.

Según Tobón Correa (2015), se requiere del progreso de habilidades personales para el desarrollo de las habilidades para la vida y para optar por decisiones eficaces y saludables, las cuales en gran medida interactúan en la toma de decisiones informadas, en la resolución de problemas y en la construcción de un pensamiento basado en la creatividad y la actitud crítica, determinada por factores sociales, culturales y personales, que equivale a prácticas individuales y familiares de una manera positiva o negativa según el contexto.

Hay que mencionar, además, que otras estrategias de actuación en el ámbito preventivo conforman múltiples posibilidades, las cuales ya han sido reconocidas en el desarrollo de acciones y obedecen a estrategias informativas, formativas y de generación de alternativas.

Por otro lado, según la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2005), los programas de prevención, además de incidir sobre factores de riesgo y protección, deberán incluir el desarrollo de habilidades para la vida y de técnicas para resistir el consumo de drogas cuando sean ofertadas. Estos programas deberán reforzar la actitud, los comportamientos personales y aumentar la habilidad social, la asertividad, la comunicación y las relaciones entre los compañeros, de tal manera que les permita a los individuos generar confianza en sí mismos.

Además, se sugiere que los programas de prevención incluyan diferentes métodos y técnicas para su desarrollo, entre ellos están los materiales pedagógicos: “Los materiales deben estar adecuados a la población con que se va a trabajar (según edad, género, cultura, si es rural o urbana, entre otros) y debe ser atractivo, flexible, auto aplicable y con dinámicas de participación” (OEA, 2005, p. 20). A su vez, contar con procesos de capacitación, entrenamiento, sensibilización, estrategias de comunicación, difusión y evaluación de procesos.

De ahí que los programas de prevención partan de diferentes modelos y enfoques. Una de las finalidades es poder dotar de herramientas y estrategias a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para resistir la presión ante el consumo de drogas. Las habilidades se convierten en un soporte para reforzar estas conductas y comportamientos.

Dicho lo anterior, también se encuentran otras estrategias preventivas relacionadas con la información, estrategias alternativas y estrategias para comunidades (Salvador, 2016).

Finalmente, existen otras estrategias aplicadas en el ocio y el tiempo libre, estas utilizan la educación en valores y la generación de alternativas para la ocupación del tiempo libre, como estrategias para la prevención de las drogodependencias, partiendo de la consideración del ocio y tiempo libre como un espacio educativo no formal, que sin renunciar a su carácter lúdico y voluntario, permite favorecer los vínculos y contactos con el grupo de iguales, desarrollar determinados hábitos, actitudes, valores y modelos de comportamientos personales. (Acero, Moreno, Moreno y Sánchez, 2002, p. 21).

Para efectos de esta investigación, se encontraron algunos hallazgos relacionados con las metodologías y estrategias que los programas han implementado para la modificación de las situaciones problemáticas identificadas.

Metodología

Enfoque y modalidad del estudio

Se desarrolló una investigación con un enfoque cualitativo y, específicamente, una modalidad de estudio hermenéutico, con un alcance principalmente descriptivo de los diferentes programas de prevención del consumo de SPA abordados.

La modalidad de estudio hermenéutico se entendió como la construcción de un texto social, a partir de la palabra de los participantes, para ser interpretado por el grupo de investigación y realizar una triangulación con la literatura universal sobre el tema. Esta información recolectada permitió nutrir la discusión del artículo, en el cual se citan frases tomadas textualmente de las entrevistas realizadas por medio de un código creado en el grupo de investigación que tiene por convención la letra E, seguida del número de la entrevista.

Mapeo y muestreo

Se elaboró un rastreo sobre la existencia de programas de prevención en Colombia, sin pretensiones de universo, sino con unos criterios de conveniencia. La exploración se hizo en cuatro ciudades del país (Bogotá, Medellín, Cali y Bucaramanga).

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: los programas tienen su ámbito de aplicación en Colombia, están funcionando en la actualidad, las instituciones que los promueven tienen persona jurídica, son identificados por quienes trabajan en prevención en su ciudad, cuentan con una estructura como programas preventivos y cubren las diferentes modalidades de programas que existen en el país. Se obtuvo información de un total de 13 programas.

Participantes

Coordinadores de los programas de prevención contactados en cada institución y que accedieron voluntariamente a brindar la información sobre las características, los contenidos y métodos de sus programas. También se tuvieron en cuenta actores articuladores, entendiendo por tales a quienes están encargados de implementar los programas en sus respectivos ámbitos de actuación; a ambos tipos de participantes se les aplicó un consentimiento informado.

La investigación se efectuó de acuerdo con información recolectada durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2016.

Técnica e instrumentos

Como técnica se eligió la entrevista semiestructurada, para dar la posibilidad de un acercamiento transparente, pero con mucho detenimiento, a los programas de prevención, sus modelos, prácticas y estrategias.

Se construyeron dos instrumentos: la guía aplicada a los coordinadores, compuesta por dos partes, en una se consignaron los datos de identificación institucional y de características básicas como: nombre, a quién va dirigido, tiempo de existencia, recursos humanos con que cuenta. Y en la otra parte de la guía se preguntó por aspectos cualitativos como: conceptos fundamentales, tipo de prevención, dificultades, cómo se entiende

el consumo, factores de riesgo, estrategias, prácticas y necesidades que identifica, entre otros aspectos. El segundo instrumento fue aplicado al actor articulador, a quien se le preguntó la población con la que trabaja, los escenarios donde se aplica, los problemas encontrados, las metodologías aplicadas y los logros obtenidos.

Proceso de recolección

Inicialmente se contactaron los participantes que podían colaborar con el fin de presentarles el estudio, los responsables, los propósitos y los procedimientos necesarios para posibilitar el proceso de recolección. Se les indicó que la información se recogería bajo un criterio de anonimato, confidencialidad y voluntariedad.

La información fue grabada, luego se transcribió y organizó segmentada por párrafos con sentido, y se identificaron las palabras clave.

Validación

Se combinaron las siguientes formas de validación cualitativa: se realizó la revisión permanente y sistemática de la información recogida, esta permitió la inmersión mental en lo hallado para obtener una visión de conjunto, que facilita la revisión de la categorización previa y la consideración de las categorías emergentes, de tal manera que las unidades de sentido estuvieran presentes en sus relaciones, semejanzas y diferencias.

Luego se tomó la búsqueda exhaustiva de fuentes documentales por parte del equipo de investigación, el juicio de expertos y el análisis de los resultados encontrados con el marco referencial.

Proceso de sistematización e interpretación de la información

Teniendo como referencia las categorías previas, se fragmentaron los textos en citas, se hizo la respectiva codificación (Strauss y Corbin, 2002), emergieron las subcategorías y, para enriquecer la lectura de resultados, se tuvieron en cuenta las anotaciones. Se consideró el surgimiento de categorías emergentes. Se procedió a la clasificación de cada tópico y categorías, teniendo en cuenta los conceptos. Posteriormente, se realizó una lectura comprensiva, después se realizó el análisis de tendencias, haciendo especial énfasis en relaciones, similitudes y diferencias, pero también especificidades y casos únicos.

Como estrategia de análisis conjunto, se parte de los resultados escritos y luego se cotejan con lo hallado en fuentes secundarias y la respectiva interpretación de los investigadores. Se hace una primera devolución a algunos de los participantes, se recogen las apreciaciones para ajustar el análisis y se continúa con el proceso de escritura de la discusión.

Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados en cuanto a la temática de estrategias y metodologías de los programas de prevención en el consumo de SPA. Algunos participantes hicieron mención de las habilidades para la vida como un enfoque, el cual es implementado en estrategias basadas en sistema de comunidades que se cuidan; se utiliza la estrategia de desarrollo social, cuenta con elementos principales a partir del desarrollo de habilidades, el reconocimiento y las oportunidades. Con ello se pretende generar habilidades en los adolescentes. En cambio, otros participantes mencionaron las habilidades no como un enfoque, sino como un descubrimiento de las habilidades para la vida que requiere una persona, indicando algunas relacionadas con la toma de decisiones y pensamiento crítico; con ello se hace referencia a que las personas se sientan útiles, se hace alusión a estas como factores de protección, es decir, el participante enuncia el déficit en las habilidades: “Como la falta de reconocimiento y la falta de oportunidades” E.2.

Con respecto al tema, otros participantes expresaron que, si bien las habilidades son importantes, el programa de habilidades para la vida no tanto, dado que aducen que los resultados de este solo han sido efectivos con el consumo de tabaco y no generan ningún otro cambio en consumos de otras sustancias.

En contraste, otros participantes nombraron estrategias relacionadas con la formación, capacitación y sensibilización; la población beneficiada son las familias y jóvenes, y se desarrollan en diferentes ámbitos de actuación desde lo comunitario hasta el ámbito escolar. Se debe agregar también que otras estrategias se llevan a cabo por proyectos con la finalidad de propiciar en los niños aprendizajes significativos, las cuales son desarrolladas a través de objetivos y competencias en diferentes áreas de estudio.

Es importante mencionar que otras estrategias se dan a través de módulos con temas relacionados a hábitos saludables, comunicación, empatía, conciencia sensorial, identificación y expresión de sentimientos, creatividad, relaciones interpersonales, gestión ambiental, dominio personal, solución de problemas, toma de decisiones, gestión de la tecnología y orientación al servicio en los diferentes grados escolares.

Con relación a las estrategias didácticas, los resultados obtenidos logran identificar los talleres reflexivos, trabajos individuales como el dibujo y actividades de comunicación, estrategias audiovisuales, canciones y en otras ocasiones tareas para la casa. Otros participantes señalaron técnicas utilizadas con la lúdica, el arte terapia como forma que tienen los jóvenes para expresar lo simbólico: “arte terapia como nueva estrategia de prevención, usar lo simbólico para que expresen lo que no han podido” E.8.

El taller es una de las técnicas más utilizadas en el desarrollo de las estrategias de los programas de prevención en el consumo de SPA, se aducen diferentes tipos de talleres reflexivos y vivenciales, estos son utilizados en los programas preventivos de las universidades, en el ámbito escolar, comunitario y además en los procesos de formación, inducción, información y sensibilización con las diferentes poblaciones; entre algunos participantes encontramos: “todos los estudiantes de primer semestre, en su mayoría se pide un taller de consumo cuidado y estamos con ellos durante 3 horas hablando del tema de drogas en la universidad” E.3. “Hay otros espacios que son el grupo reflexivo de adicciones el cual se hace cada 8 días a libre demanda, los estudiantes llegan sin previa inscripción y se empieza a trabajar a medida de lo que se va hablando en el grupo” E.9. Los temas que se abordan están relacionados con fortalecimiento de los factores protectores, identificar mitos y pautas de crianza, toma de decisiones a través de protocolos que permiten decisiones informadas y además otros temas relacionados con las habilidades para la vida.

Por el contrario, otros participantes hicieron mención de un trabajo basado en un modelo ecológico con temas relacionados en habilidades para la vida, manejo del conflicto, comunicación asertiva y corresponsabilidad.

Además, aparecen también otros resultados que hacen mención de la interactividad como criterio metodológico, siendo el taller una de las estrategias más utilizadas a partir de video foros; se busca que la propuesta sea interactiva, con el fin de compartir saberes y vivencias, los cuales se abordan a partir de la experiencia de quien la desarrolla y de los estudiantes interesados en conocer más acerca del tema. Esta interactividad está mediada por el cuerpo.

Otros elementos hallados están relacionados con las redes de apoyo que tienen las personas como sus amigos, familiares y/o parejas, quienes representan un soporte a la hora de remitirlos a especialistas por el problema del consumo de drogas.

Para el desarrollo de este proceso, los participantes mencionaron acciones de articulación con instituciones, los cuales les permiten avanzar en algunos trámites relacionados con registros, tarjeta de identidad y el sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios (SISBEN); lo cual facilita el ingreso a la institución educativa, por medio de la red de recursos y con los líderes mismos de la comunidad que los apoya.

Otros participantes expresaron que los programas de prevención tienen que ver con el direccionamiento hecho a las personas que presentan problemas con el consumo de drogas y les enseñan las rutas de acceso; así mismo, se tienen en cuenta en estas prácticas a las familias, pues se les enseña a educar y convivir con los miembros que presentan situaciones de este tipo. También se ofrece el servicio de asesorías individuales y se hace énfasis en la posibilidad que se tiene de acceder de manera más fácil a la ruta de atención y “entrar en sintonía con la enfermedad que ellos tienen en este momento” E.10.

Discusión

Uno de los principales aportes de este estudio es el conocimiento de las falencias y fortalezas que se tienen entorno a los programas de prevención y, en especial en este artículo, todas aquellas características que repercutan en las estrategias y metodologías implementadas con respecto al programa de las habilidades para la vida, o en su núcleo central las habilidades sociales, la cual por medio de la indagación con expertos y autores que trabajan el tema de drogas, permite comprender un panorama más amplio en las diferentes estrategias utilizadas en los programas de prevención. Varios de los participantes hacen mención de las habilidades no como un enfoque, sino como el descubrimiento de las habilidades para la vida que requiere una persona, y mencionan aquellas relacionadas con la toma de decisiones y el pensamiento crítico; con ello se hace referencia a que las personas se sientan útiles, asunto que se convierte en un factor de protección; esto se trae a mención en Blueprints Programs (como se citó en Pérez-Gómez y Mejía-Trujillo, 2015). Comentan los autores que “los mejores programas son Life Skills Training (LST), Positive Action, Project Towards No Drug Abuse y Coping Power. El más conocido y utilizado en América Latina es LST, traducido en español Habilidades Para la Vida (HPV)” (p. 20). Según la OMS (1993), se propuso la existencia de un grupo esencial de habilidades psicosociales, o habilidades para la vida, que posiblemente fortalecen el crecimiento en niños, niñas, adolescentes y jóvenes sin distinción de contexto socio cultural y que pueden agruparse en áreas como: conocimiento de sí mismo, comunicación efectiva, toma de decisiones, pensamiento creativo, manejo de sentimientos y emociones, empatía, relaciones interpersonales, solución de problemas y conflictos, pensamiento crítico y manejo de tensiones o estrés.

Por el contrario, algunos participantes expresaron la importancia de las habilidades en el ámbito personal, más que como estructura de un programa, pues dicen que los resultados solo han sido efectivos en estudios para el consumo de tabaco y la eficacia de los mismos sobre otros consumos no es la mejor; en relación con ello Pérez Gómez, Mejía Trujillo y Becoña Iglesias (2015) afirman que el programa de habilidades para la vida ha sido empleado aproximadamente durante 30 años, siendo eficaz en la disminución del consumo de tabaco, alcohol y marihuana (3%). Aunque existe un número relevante de inquietudes por resolver, una de ellas es

referente a su antigüedad, la cual tiene muy poco que ver con cambio y carece de trascendencia en variables psicológicas; además hay un problema de relevancia, pues el programa fue creado en 1983; sin embargo, los temas y las formas de proceder se mantienen sin cambio.

En contraste con los programas anteriores, otros participantes hicieron mención a las habilidades para la vida como un enfoque, de forma que se implementaron estrategias basadas en el sistema de comunidades, las cuales utilizan la estrategia de desarrollo social; Catalano & Hawkins (como se citó en Pérez-Gómez y Mejía-Trujillo, 2015) afirman que este es uno de los avances de la década de los noventa en el campo de prevención, el cual está formulado por medio de unos estándares de conducta claros para los adolescentes, transmitidos a través de vínculos fuertes con los adultos cercanos. Su objetivo es conseguir que esta población se transforme en adultos saludables; se logra al ofrecerles oportunidades, habilidades y reconocimiento, que trae una connotación frente al aumento de factores protectores que amortiguan los factores de riesgo.

Es importante hacer una reflexión frente a este panorama, la flexibilidad en los contextos de los programas de prevención es fundamental para la consolidación de la calidad en sus procesos y logros a alcanzar; es necesario introducir nuevos cambios que permitan logros a largo plazo, prioridad en la evaluación y modificación que posibilite en los programas preventivos un mayor cumplimiento, sin perder la estructura base de cada uno de estos y, de esta manera, lograr una evidencia más confiable en la ejecución de los programas y sus resultados (Pérez-Gómez y Mejía-Trujillo, 2015).

En lo concerniente a las estrategias de prevención de información, formación, capacitación y sensibilización, se trata de estrategias que benefician a las familias y a los jóvenes en diferentes contextos que van desde lo comunitario hasta el ámbito escolar. A partir de un meta-análisis de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar, realizado en España por Espada, Méndez, Botvin, Griffin, Orgilés y Rosa, (2002), se insta a continuar promoviendo labores preventivas de las cuales la educación para la salud en materia de drogas en la escuela marcan tendencias en diversos estamentos. Se menciona la importancia de capacitar, y no solamente informar, así como de preparar a los individuos para afrontar los riesgos en el ámbito personal, educativo y familiar. Estas acciones sumadas a la promoción de acciones socio comunitarias han de ser algunos de los objetivos priorizados en semejantes propuestas preventivas y/o rehabilitadoras (Jiménez Bernal, Ruiz y Díaz, 2005).

Por estrategia informativa se entiende la utilización metodológica de difundir un conocimiento y modificar comportamientos en temas asociados al consumo de SPA, además se parte de la idea de que estas variables condicionan la conducta a prevenir (Oliver, Fábregas, Lerín y Nieves, 2012). Las estrategias informativas están relacionadas con los conocimientos y efectos de las drogas, parte de esta estrategia se utiliza en los colegios y las universidades según los participantes.

Asimismo, cabe señalar que, según Becoña (2002), existen algunos principios efectivos de la prevención del abuso de SPA, los cuales deben ser abordados desde el ámbito individual, el fortalecimiento de las habilidades sociales y personales, combinar la difusión de información y las campañas de los medios de comunicación con otras intervenciones, proporcionar alternativas positivas para ayudar a los jóvenes que están en ambientes de alto riesgo a desarrollar habilidades personales y sociales de un modo natural, efectivo y reconocer las relaciones que existen entre el consumo de SPA y la variedad de otros problemas de salud en el adolescente; parte de las recomendaciones que hacen los participantes en los programas de prevención está relacionadas con evitar informaciones basadas solo en el conocimiento para abordar la información. Citando a Burkhart (2015), aún prevalecen en temas de prevención programas que se centran en la información y sensibilización, apelando el ejercicio de la moderación y la abstinencia del consumo de sustancias, conceptos meramente cognitivos que se apoyan en una visión del ser humano como ente racional, que toma decisiones reflexionadas y basadas en información objetiva y realistas para protegerse.

Se hace necesario trabajar de manera educativa sobre las concepciones erróneas del consumo de drogas; asimismo, es importante realizar intervenciones desde el trabajo de iguales o pares y proporcionar a los estudiantes nuevas oportunidades para poner en práctica el desarrollo de habilidades a través de intervenciones interactivas.

Por otra parte, se destaca que solamente ofrecer información sobre drogas no demuestra mayores resultados para enfrentar su consumo, es necesario para ello combinar diferentes estrategias relacionadas con la información, las habilidades, los métodos y los servicios que permitan mayores resultados (Robertson, David y Rao, 2004). Es indispensable para encaminar tener acciones hacia el cambio, contar con otras estrategias o métodos en la escuela y en la casa que puedan incluir asesorías, consejería, apoyo de la familia y cuidados de la salud.

Hay que mencionar, además, que aducen a diferentes tipos de talleres, entre estos los reflexivos y vivenciales, utilizados en diferentes grupos etarios y, principalmente, en ámbitos escolares y comunitarios, en procesos de inducción, información y sensibilización; según estas referencias, dicha estrategia permite una formación del aprendizaje significativo. Para Betancourt, Guevara y Fuentes (2011) es un instrumento metodológico útil por medio del cual se pueden desarrollar diferentes habilidades como pensamiento crítico, trabajo en equipo y aprendizaje colectivo; el taller se basa principalmente en la actividad constructiva del participante. Entre las ventajas de la utilización del taller en la prevención se encuentran las de desarrollar el juicio y la habilidad mental para comprender procesos, determinar causas y escoger soluciones prácticas. Estimula el trabajo cooperativo, prepara para el trabajo en grupo y ejercita la actividad creadora y la iniciativa.

A su vez, Ander-Egg (2007) menciona esta herramienta como un aprendizaje donde todos sus integrantes tienen la oportunidad de aportar sus conocimientos, es una forma de enseñar y, sobre todo, de aprender mediante la realización de algo que se lleva a cabo conjuntamente, es decir, lo sustancial del taller es realizar un proyecto de trabajo en el que todas las partes se responsabilicen y su aprendizaje sea significativo para todos.

Es relevante que en las técnicas utilizadas no solo sean los jóvenes y/o escolares los beneficiarios de los programas, las familias aparecen también como uno de los grupos poblacionales con los que también se trabaja. Según Pérez-Gómez y Mejía-Trujillo (2015), se considera valioso involucrar de una manera activa a los padres de familia y no dejarlos en un rol pasivo.

En lo concerniente a la interactividad como criterio metodológico que facilita compartir saberes y vivencias, Pérez-Gómez y Mejía-Trujillo (2015) mencionan que los programas interactivos son entre dos y cuatro veces más efectivos que los no interactivos, pues el intercambio de experiencias entre pares y otros actúan como catalizadores para el cambio.

Según lo dicho por la OMS (como se citó en García Averasturi, 2010), “se plantea que, si los programas actuales fueran reemplazados por programas interactivos, la efectividad de la educación en consumo de sustancias en las escuelas aumentaría en un 8,5%” (p.27). Con respecto a lo anteriormente mencionado, se han reforzado los estudios con relación a los beneficios de los programas interactivos y se han elaborado algunas consideraciones importantes relacionadas con la escuela y el aula; podemos condensar lo dicho hasta aquí de acuerdo con lo planteado por la OMS (como se citó en García Averasturi, 2010): los programas educativos de consumo de sustancias pueden llegar a ser interactivos para propiciar el intercambio de ideas y experiencias en la población estudiantil a la que van dirigidos. El desarrollo y práctica de habilidades, y la retroalimentación son también elementos importantes de los programas educativos en el consumo de sustancias.

Desde otro punto de vista, algunos resultados hacen mención del trabajo de la prevención desde el modelo ecológico y el abordaje desde las HPV; según la Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales (2012), el modelo ecológico “sostiene que el desarrollo de las personas es el resultado de la progresiva acomodación entre éstas (que están en continua acción) y los entornos inmediatos donde se mueven” (p. 14). Desde este enfoque se considera entonces que para prevenir las conductas de riesgo y sus efectos, es necesario trabajar desde una perspectiva interactiva, la cual debe tener en cuenta las características del adolescente y la interacción que establece con el ambiente.

Otros participantes expresaron que los programas de prevención tienen que ver con el direccionamiento hecho a las personas que presentan problemas con el consumo de drogas y les enseñan las rutas de acceso. Gran parte de las redes de apoyo referidas por los participantes tienen que ver con los amigos y/o la pareja. Desde la literatura, las redes de apoyo hacen alusión a las redes sociales; según Guzmán y Huenchuan (2003)

facilitan a los individuos mantener su identidad social, recibir apoyo emocional y de servicios de información; las redes se convierten en estrategias preventivas que permiten a las personas servir de apoyo y ser asistidos en casos relacionados con el estrés y demás problemas emocionales. Estas redes facilitan beneficios emocionales y efectos positivos en la conducta de los individuos.

Por otro lado, las redes sociales, desde el modelo Eco 2, se entienden como aquel campo relacional que establecen los participantes con la realidad, espacios, tiempo y comunicación; de esta manera, les permite a los participantes identificar y significar sus relaciones. Es así como las redes sociales funcionan en ciertos niveles como una gran variedad de componentes que permiten al individuo producir no solo por sí mismo sus estructuras, sino también a partir de elementos de los cuales están compuestos.

Conclusiones

Se encontró que algunas de las estrategias utilizadas por los programas de prevención del consumo de SPA están en concordancia con las necesidades identificadas inicialmente según la población objeto, las cuales fueron evidenciadas en un diagnóstico previo para la construcción de los programas de prevención y el conjunto de estrategias que utiliza cada uno de estos.

Se validan los esfuerzos, iniciativas y estrategias que se implementan para hacer prevención, sin embargo, existen acciones aisladas y, en ocasiones, no responden a modelos estructuralmente concebidos, si no a experiencias o concepciones de las personas con relación a lo que debe hacerse en prevención.

Los resultados demuestran que las acciones implementadas se desarrollan desde diferentes ámbitos de actuación y grupos poblacionales; estas iniciativas ratifican la importancia de desarrollar cada vez más intervenciones diseñadas y pensadas en diferentes escenarios propicios para ejecutar programas de prevención.

Cabe señalar que actualmente los programas también responden a otras necesidades encaminadas hacia las asesorías, consejerías individuales, remisión, orientación, rutas y redes de apoyo, acciones consideradas pertinentes a la hora de identificar casos con problemas de consumo de drogas y otros problemas relacionados.

Algunos resultados demostraron que las habilidades para la vida son las más utilizadas en los programas de prevención. Es importante mencionar que si bien algunos hacen referencia a ellas como enfoque y de esta manera desarrollan sus programas, actualmente existen diferentes inquietudes por resolver frente a dicha estrategia, la cual implementa como núcleo central las habilidades sociales; es importante rescatar el uso de las habilidades y se hace necesario que los programas cuenten con la actualización de las estrategias según las circunstancias a prevenir por medio de la evidencia científica, de la veracidad y calidad de la ejecución de esta estrategia.

Todas las estrategias anteriormente descritas son pertinentes y valiosas, sin embargo, es preciso continuar avanzando en rigurosos aspectos metodológicos y en sus resultados basados en la evidencia científica. Avanzar en hacer prevención del consumo de SPA requiere intervenciones eficaces, las cuales necesitan más investigación y ser acertadas frente a la evaluación de estos, de modo que se validen las experiencias para que otros programas puedan beneficiarse.

Conflicto de intereses

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

Referencias

- Acero Achirica, A., Moreno Arnedillo, G., Moreno Arnedillo, J., y Sánchez Pardo, L. (2002). *La prevención de las drogodependencias en el tiempo de ocio*. Madrid: Asociación Deporte y Vida. Recuperado de <http://www.socidrogalcohol.org/phocadownload/Publicaciones/prevencion/Documentos/Precvencion%20drogodependencias%20tiempor%20de%20ocio,%202002.pdf>
- Ander-Egg, E. (2007). *El taller: una alternativa de renovación pedagógica* (No. 316). Buenos Aires, Argentina: Magisterio del Río de La Plata. Recuperado de <https://uacmtalleresliterarios.files.wordpress.com/2011/02/el-taller-como-sistema-de-enseñanza-aprendizaje.pdf>

- Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales. (2012). *PAD. Servicio de Prevención de Adicciones*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Adicciones y Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Servicio%20de%20Prevenci%C3%B3n%20de%20Adicciones%20.%20Madrid%20Espa%C3%B1a.pdf>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Secretaría General Técnica.
- Betancourt Jaimes, R., Guevara Murillo, L. N., y Fuentes Ramírez, E. M. (2011). *El taller como estrategia didáctica, sus fases y componentes para el desarrollo de un proceso de cualificación en el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) con docentes de lenguas extranjeras. Caracterización y retos* (Tesis de grado). Bogotá: Universidad de La Salle, Facultad de Ciencias de la Educación. Recuperado de <http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/7927/T26.11%20B465f.pdf>
- Burkhart, G. (2015). ¿Confiamos demasiado en el valor de la cognición y de la educación en la prevención? *Revista Española de Drogodependencias*, 40(4), 61-70. Recuperado de https://www.aesed.com/upload/files/vol-40/n-4/v40n4_5.pdf
- Espada, J. P., Méndez, X., Botvin, G. J., Griffin, K. W., Orgilés, M., y Rosa, A. I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un metaanálisis de los programas en España. *Psicología conductual*, 10(3), 581-602. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=288300>
- García Averasturi, F. (2010). *Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas adolescentes. Una revisión actualizada de la materia*. Islas Canarias: Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas. Recuperado de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/01/Prevencion-efectiva-del-consumo-SPA-en-chicos-y-chicas.pdf>
- Guzmán, J., y Huenchuan, S. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. En L. Riveros (Presidencia), *Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social*. Ponencia llevada a cabo en el 51 Congreso Internacional de Americanistas de Santiago de Chile, Chile.
- Machín, J. (2010). Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18(12), 305-325.
- Moral Jiménez, M., Ovejero Bernal, A., Sirvent Ruiz, C., y Rodríguez Díaz, F. (2005). *Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas*. *Intervención Psicosocial*, 14(2), 189-208. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/99051.pdf>

- Oliver Pece, J., Fábregas Galán, I., Lerín Bonilla, M., y Nieves Martín, Y. (2012). *PIUMAD: Un Programa para la prevención de adicciones en Universidades de Madrid*. Madrid: Instituto de Adicciones. Recuperado de http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/GPIUMAD_NOV2012.pdf
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2005). *Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Escolar*. Washington D.C.: Organización de los Estados Americanos. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/otrosdocumentos/Lineamientos-Prev-Esc-esp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1993). *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools. Programed on Mental Health*. Ginebra
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1993). *The Development of Dissemination of Life Skills Education: An Overview. Programed on Mental Health*. Ginebra.
- Pérez-Gómez, A., y Mejía-Trujillo, J. (2015). *Evolución de la prevención del consumo de drogas en el mundo y en América Latina 1970-2014*. Colombia: Corporación Nuevos Rumbos. Bogotá. Recuperado de <http://nuevosrumbos.org/wp-content/uploads/2015/12/Evolucio%C2%A6%C3%BCn-de-la-prevencio%C2%A6%C3%BCn-de-drogas-en-el-mundo-y-en-Ame%C2%A6%C3%BCrica-Latina-1970-2014-copia.pdf>
- Pérez Gómez, A., Mejía Trujillo, J., y Becoña Iglesias, E. (Eds.). (2015). *De la prevención y otras historias. Historia y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y en Europa*. Bogotá: California-Edit. Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/10/doctrina44299.pdf>
- Robertson, E., David, S., y Rao, S. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Maryland: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Recuperado de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf
- Salvador, G. (2016). *Herramientas de orientación y apoyo para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas desde alcohol y tabaco, en niños, niñas y adolescentes PARD y en Clubes Prejuveniles y Juveniles*. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Organización Internacional para las Migraciones. Recuperado de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/01/Herramientas-de-orientacion-y-apoyo-para-prevencion-consumo-COL-316.pdf>
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. Recuperado de <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>
- Tobón Correa, O. (2015). El autocuidado. Una habilidad para Vivir. *Hacia la promoción de la salud*, 8(1), 38-50. Recuperado de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista8_5.pdf



ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA
THEORETICAL REVIEW

El consentimiento informado en psiquiatría: fundamentación operativa y aspectos legales en Colombia

Informed consent in psychiatry: operational foundation and legal aspects in Colombia

Juan Evangelista Tercero Gaitán Buitrago*

Recibido: 25 de marzo de 2019–Aceptado: 7 de abril de 2019–Publicado: 16 de septiembre de 2019

Forma de citar este artículo en APA:

Gaitán Buitrago, J. E. T. (julio-diciembre, 2019). El consentimiento informado en psiquiatría: fundamentación operativa y aspectos legales en Colombia. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), pp. 342-355. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3372>

Resumen

El consentimiento informado, más que un documento, es un proceso dinámico de vital importancia en la construcción y fortalecimiento de la relación médico paciente, hecho que es aún más importante en el área de la psiquiatría, donde los elementos de juicio y razonamiento de cada paciente particular pueden variar de manera significativa, y en muchos casos se requiere el apoyo de la red social y familiar del mismo para consentir los distintos tratamientos. El objetivo de este artículo es hacer una revisión de los fundamentos operativos básicos en la obtención de consentimiento informado, y posterior a esto una revisión del marco jurídico que regula esta práctica en la República de Colombia. El autor relaciona los conceptos en la revisión de dos jurisprudencias de responsabilidad médica donde el consentimiento informado juega un papel crucial en el veredicto, y se revisan los eventos relatados a la luz de los conceptos fundamentales que sustentan la práctica.

Palabras clave:

Consentimiento informado; Psiquiatría; Responsabilidad médica; Decisiones de la corte suprema; Psiquiatría forense; Colombia.

* Especialista en Adicciones, Universidad Católica Luis Amigó, Médico. Fellow en Demencias, Asociación Neuropsiquiátrica Argentina. Miembro del Departamento de Neurociencias y Salud Mental, Universidad Maimónides, fundador del Grupo T.E.C. Armenia-Colombia. Contacto: correolaborallakmadeus@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3820-5215>

Abstract

Informed consent, rather than a document is a dynamic process of vital importance in the construction and strengthening of the patient medical relationship, a fact that is even more important in the area of psychiatry, where the elements of judgment and reasoning of each patient in particular, can vary significantly, and in many cases the support of the social and family network of the same is required to consent to the different treatments. The objective of this article is to review the basic operational foundations in obtaining informed consent, and after that a review of the legal framework that regulates this practice in the Republic of Colombia. The author relates the concepts in the review of two jurisprudence of medical responsibility where informed consent plays a crucial role in the verdict, and the events reported are reviewed in the light of the fundamental concepts that support the practice.

Keywords:

Informed consent; Psychiatry; Medical liability; Supreme Court Decisions; Forensic Psychiatry; Colombia.

Definición de consentimiento informado

El consentimiento informado es un procedimiento definido por el diccionario Oxford como “El permiso otorgado bajo el conocimiento de todas las posibles consecuencias, típicamente el cual es dado por un paciente a un doctor para un tratamiento con el conocimiento de los posibles riesgos y beneficios” (Oxford, 2010); la Real Academia Española define al consentimiento informado como “consentimiento que ha de prestar el enfermo o, de resultarle imposible, sus allegados, antes de iniciarse un tratamiento médico o quirúrgico, tras la información que debe transmitirle el médico de las razones y riesgos de dicho tratamiento.” (RAE, 2001). Es de resaltar que, aun en dos idiomas distintos y con precedentes culturales diferentes, se tenga un concepto específico del término y, además, se relacione directamente con el acto médico; habiendo definido esto, se pasa al contexto de la definición, que en ambos idiomas toma los elementos de riesgo para luego divergir, en el idioma inglés, al tomar el componente de los beneficios y, en el idioma español, el elemento de las razones.

Al fundamentar las definiciones y sus diferencias conceptuales, es importante elaborar una reflexión sobre el concepto universal del *riesgo*, que refiere a la inminencia de un daño; como es de esperarse, la inminencia comprende una probabilidad, la cual, aunque sea mínima, debe ser existente para configurarse como un riesgo. El concepto de *razones* en la definición de un consentimiento informado no se deriva de un proceso lógico, sino que hace referencia a argumentos o motivos que estructuran un concepto; de manera semejante, el elemento de *beneficios*, como menciona la RAE, es un conjunto de “bienes que se hacen o se reciben” (RAE, 2001).

Entendiendo los conceptos involucrados en la definición, se puede inferir que el acto de informar al paciente tiene como objetivo obtener su autorización para la realización de un tratamiento o procedimiento médico, además de que debe incluir los beneficios buscados mediante su realización (y por tanto una clara explicación de los objetivos terapéuticos que se deben elaborar mediante una individualización diligente de la situación del paciente); una explicación de los riesgos o posibles daños derivados de la ejecución de la conducta propuesta (independientemente de la infrecuencia o la baja probabilidad de ocurrencia) y, finalmente, debe pasar por unos elementos de juicio y razón (en este caso capacidad lógica) propios del informado para acceder o denegar dicho acto médico, ya sea por parte del paciente o un representante (como se hace mención en la definición propuesta por la RAE (2001) al mencionar a “sus allegados”).

Tipos de consentimiento informado

Modelo profesional. En este modelo, la información se proporciona haciendo énfasis en lo que la *lex artis* actual considera apropiado para la discusión.

Modelo del paciente razonable. En este modelo la provisión de información se da fundamentada en lo que un paciente asumido como normal desearía saber sobre el procedimiento o el tratamiento en cuestión.

Modelo subjetivo. En este modelo se adapta la información proporcionada a los valores, posibilidades y expectativas vitales individuales del paciente.

Requisitos para un consentimiento informado

Una de las controversias actuales en el tema son los requisitos con los que debe contar un individuo para una adecuada toma de decisiones una vez se ha realizado la solicitud de consentimiento informado; a este respecto, Appelbaum (1982) ha profundizado en sus publicaciones definiendo cuatro grupos de criterios jerárquicos para establecer la competencia para consentir una intervención psiquiátrica (dirigida principalmente a un ámbito de investigación), los cuales se enumeran a continuación:

Capacidad para elegir. Corresponde a la capacidad de un individuo para afirmar su consentimiento, siempre y cuando manifieste un interés positivo respecto a su participación, y tenga las capacidades para responder a las preguntas que se consideren requeridas; hace la correlación de las alteraciones de esta capacidad en pacientes con mutismo, con severa desorganización del lenguaje o que presenten un cuadro clínico caracterizado por una ambivalencia ostensible (como los trastornos obsesivos severos o desórdenes graves en el espectro de la esquizofrenia).

Entendimiento fáctico de los elementos. Denota la capacidad del paciente para comprender de manera razonable los elementos relevantes de la intervención. Applebaum (1982) hace énfasis en los siguientes elementos: la naturaleza de la intervención, sus riesgos y otros elementos relevantes como la probabilidad de resultados, las ventajas y desventajas de la intervención, otras opciones terapéuticas, el conocimiento de las opciones para elegir, y elementos de orientación auto y alopsíquica suficientes para ser consciente de quién es y por qué se encuentra allí; nuevamente correlaciona este concepto con alteraciones en la esfera psíquica del paciente que pueden interferir con el adecuado cumplimiento de este parámetro, tales como: discapacidad intelectual, desorientación que afecte el componente auto psíquico, alteraciones de la esfera atencional y perturbaciones en la capacidad de codificación en la memoria reciente.

Manipulación racional de la información. Acto seguido de la adquisición y codificación de la información proporcionada durante la entrevista, el elemento presente a tener en cuenta es la capacidad de manejo de dicha información para iniciar un proceso de toma de decisiones, y, en este caso, el paciente requiere unos elementos mínimos de juicio, cognición, prueba de realidad y razonamiento para el cumplimiento de este parámetro. Los posibles elementos que pueden interferir en este son: delirios inverosímiles, pérdida de nexos asociativos, estados afectivos severamente comprometidos y añade la esfera de las relaciones interpersonales con su cuidador o responsable como factores que pueden perturbar el adecuado proceso de toma de decisiones. El reporte Belmont (Department of Health, Education, and Welfare, 1978), uno de los textos más representativos del auge de la bioética moderna, propone un interesante dilema respecto a la toma de decisiones y el otorgamiento del consentimiento por representación y es en el aspecto de la “voluntad” al llamar la atención sobre la posibilidad de que el mismo representante ejerza una presión no justificada en el proceso, perturbando la posibilidad de que el mismo paciente acepte o rechace una intervención en contra de lo que este decidiría si estuviese libre de tal influencia y, al mismo tiempo, aclara la dificultad que se presenta al intentar establecer un punto de corte que defina los límites de una persuasión justificada (Department of Health, Education, and Welfare, 1978).

Apreciación de la situación. Corresponde a la capacidad del paciente de contextualizar la información proporcionada y el proceso de la toma de decisiones a su estado actual y los motivos que llevan a su entrevista actual, situación que requiere una capacidad de cálculo de las consecuencias, una adecuada resonancia ideoa-fectiva y situacional, una capacidad de filtrado de la información que permita el adecuado énfasis de los elementos que le son relevantes para su realidad personal. Applebaum (1982) resalta la importancia de la capacidad de abstracción para el adecuado cumplimiento de este parámetro, y no en vano lo considera el más estricto de los cuatro; llaman la atención los posibles perturbadores que menciona en este modelo: la introspección, la negación y la posible desesperanza que tenga el paciente.

Como es de esperar, dada la complejidad del aparato psíquico del ser humano, encontrar una situación clínica donde el individuo cumpla a cabalidad con los cuatro parámetros mencionados es una tarea de suma dificultad, máxime en el paciente psiquiátrico, por lo que Applebaum (1982) recomienda un análisis juicioso que permita al profesional encuadrar al paciente en al menos uno de los estándares mencionados. Esto depende en gran medida de la complejidad de la intervención a discutir, la escala de valores del paciente o su cuidador y, naturalmente, el apoyo en un análisis exhaustivo de los principios de la ética médica.

Aclara también que el acto de consentir una intervención no es un proceso transversal y estático, sino longitudinal y dinámico, y considera que en la medida que se lleve a cabo en el tiempo el acto terapéutico, con una adecuada comunicación y un deber de información ejecutado de manera continua, se puede reclasificar el estándar de consentimiento informado.

Eximentes del consentimiento informado

Cocanour, en el 2017, al hacer una revisión de conceptos legales y éticos del consentimiento informado, menciona cinco eximentes para la realización del mismo (adaptados a la legislación de los Estados Unidos): “emergencia de salud pública, emergencia médica, renuncia por parte del paciente, privilegio terapéutico e incompetencia del paciente” (Cocanour, 2017, p. 995).

Es importante aclarar que en el último caso (incompetencia del paciente), el hecho de que el paciente esté exento de realizar un consentimiento informado, no exime al médico del acto de informar, y que la causal mencionada no le da al profesional vía libre para actuar omitiendo una relación médico-paciente; en este caso, ya que él mismo no cuenta con los requisitos necesarios para realizar el acto (como ya se describió anteriormente), se debe acudir a otras figuras que representen a este último y que sí cuenten con los requisitos para este acto.

En este caso, es importante citar la carta de derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas, que, como instancia legal máxima en el ámbito global, es un punto de referencia importante en el tema. En su artículo 12, numeral 2, cita lo siguiente: “Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.” Y en el artículo 21, numeral d. cita lo siguiente:

Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado (ONU, 2006).

De aquí se puede establecer que las personas con discapacidad producto de una enfermedad mental tienen igual derecho a ser informadas como parte del acto médico profesional, y se les deben garantizar los mecanismos que les permitan el acceso a su capacidad de ejercer sus derechos humanos, situación que representa un desafío en las respectivas legislaciones nacionales, donde ante una perturbación de los elementos de juicio que permitan cumplir con los requisitos previamente enunciados, se hace necesaria la inclusión de una figura de representación que actúe en el mejor interés del paciente; este concepto, sin embargo, no cuenta con criterios operativos que lo definan.

Componentes del consentimiento informado

Después de establecer los requerimientos y eximentes del consentimiento informado, Bowman, Spicer & Iqbal (2011) indican cuatro componentes de un adecuado consentimiento informado: Información adecuada, un paciente competente (en el caso de la psiquiatría es importante pensar en un consentimiento por un representante, como se mencionó anteriormente en los requisitos del mismo), libertad de una influencia coercitiva, y un componente dinámico que implica la capacidad de revocar el consentimiento previamente otorgado (Bowman et al., 2011).

Es importante resaltar que, aunque se cuente con un formato escrito de consentimiento firmado por el otorgante (que actúa como respaldo físico del acto), este no es el consentimiento en sí mismo, sino un componente del verdadero consentimiento informado, el cual se da como un acto progresivo de información y discusión con el paciente, máxime teniendo en cuenta que en la legislación de diversos países la presencia del documento no exime de responsabilidad legal al profesional en caso de demostrarse una deficiencia en el acto de informar; un conocido caso que muestra esta situación se presentó en Estados Unidos, donde una paciente demandó a su doctor luego de desarrollar quemaduras posteriores a un procedimiento de radioterapia con cobalto para un cáncer de mama con necrosis tisular extensa, es de anotar que en el momento del hecho (1960) esta terapia era novedosa, con escasos profesionales entrenados en su uso, aunque se obtuvo el consentimiento por parte de la paciente (ella y su cónyuge fueron informados), se determinó en la corte que la información proporcionada respecto a los riesgos no fue lo suficientemente específica, por lo que en un juicio de apelación se reversó un veredicto de inocencia respecto a un cargo de negligencia y se indicó un nuevo juicio. En este caso se concluyó que, aunque el acto médico no sea negligente, se requiere realizar un adecuado acto de informar; e incluso, dicha jurisprudencia indica que los componentes esenciales para una adecuada información son: la naturaleza del padecimiento, la naturaleza del tratamiento propuesto, la probabilidad de éxito o fracaso, las alternativas, y el riesgo de resultados infortunados y de condiciones imprevistas en el organismo (Natanson & Kline, 1960).

Aspectos éticos del consentimiento informado

Bryan y Sade (2018) reportan un caso clínico de interés en derecho en el que relatan un proceso legal con posterior veredicto de culpabilidad en la resección de un tumor hipofisiario con una perforación carotídea y un ictus isquémico con ceguera parcial como consecuencia. Durante la evaluación preoperatoria se le hizo una asesoría completa a la paciente, se le ofrecieron finalmente como opciones una resección total vs. subtotal del tumor; al finalizar dicha entrevista, la paciente aceptó someterse a la cirugía (sin decidir específicamente cuál opción quirúrgica tomó). El seguimiento del consentimiento fue realizado vía telefónica y presencial por el médico asistente del servicio, quien complementó la información con otras opciones no quirúrgicas y sus conse-

cuencias potenciales, riesgos e indicaciones. Finalmente, la corte suprema de Pennsylvania (Estados Unidos) en segunda instancia falló a favor de la paciente, argumentando que, al subordinar el deber de información a su asistente, se configuró una delegación inapropiada (Shinal & Toms, 2017). En este caso, se puede observar que incluso ante la provisión de una información correcta, completa y pertinente, el deber ético y legal de informar al paciente sobre medios y procedimientos a aplicar corresponde exclusivamente al médico tratante, se trata de una labor impostergable y no delegable, siempre que la responsabilidad sobre las consecuencias derivadas de las acciones u omisiones que se generen por el acto médico recaen sobre el profesional tratante.

Es interesante recalcar que la corte suprema de dicho estado profundiza sobre el asunto, especifica que “el consentimiento informado es un producto de la relación médico – paciente” y, en este caso, el médico asistente del servicio, al no ser el tratante, no está en condiciones de asumir la responsabilidad de dicho acto. A la vez se hace necesario referirnos nuevamente a Bryan y Sade (2018) cuando mencionan las complejidades derivadas del ejercicio de informar en un modelo médico tendiente a la especialización y a la presencia de otros actores importantes en el acto médico, como son los residentes de las distintas especialidades quirúrgicas; en este caso, se puede considerar que, aunque un especialista en formación debe estar capacitado para informar a un paciente que accede a los servicios de salud, la responsabilidad directa recae en el médico supervisor y, por tanto, cuando se requiere informar de manera constante al paciente, debe haber una comunicación óptima entre los distintos actores involucrados con el fin de manejar un lenguaje común, además de preservar una uniformidad en cuanto a la ejecución de planes para el adecuado logro de los objetivos terapéuticos (Bryan & Sade, 2018).

Aspectos legales del consentimiento informado en la República de Colombia

En el caso de la República de Colombia, el marco normativo fundamental referente al consentimiento informado proviene de la Ley 23 de 1981 de las normas de ética médica; su artículo 15 hace referencia a la obligatoriedad del médico de:

1. Pedir el consentimiento “para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física y psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.” En este caso no hay una referencia específica respecto al consentimiento informado, y omite varios puntos fundamentales en el acto de informar, los cuales ya se enunciaron previamente.

2. No exponer al paciente a riesgos injustificados, entendiendo estos como “aquellos a los cuales sea sometido el paciente y no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo”; esto cobra especial importancia en un marco médico legal dado que la sustentación oportuna del razonamiento clínico en la historia clínica permite explicar la necesidad de modificaciones (o persistencia) del esquema terapéutico del paciente, adhiriendo el criterio del profesional a la *lex artis* y poniéndolo en contexto con la realidad clínica del paciente al momento de ejercer el acto médico, en caso contrario, se corre el riesgo de no contar con un sustento suficiente en la historia clínica que justifique la estrategia elegida en caso de que se requiera una evaluación legal y, a este respecto, es importante citar la jurisprudencia.

El artículo 16 de la Ley 23 de 1981 cita lo siguiente: “La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.” En el contexto médico legal esto tiene una importancia capital, ya que un adecuado acto de información al paciente permitirá la comunicación recíproca del riesgo previsto, aliviando la carga de responsabilidad del médico siempre que surja algún evento no asociado al tratamiento y que conlleve a un proceso legal (con el consecuente desgaste de recursos jurídicos y económicos que dicho proceso conlleva tanto para la parte demandada como para la demandante) fruto del esperable estado de desconocimiento del paciente sobre aquellos temas propios de la formación del médico.

El Decreto 3380 de 1981 en sus artículos 11 y 12 exime al médico de dar aviso del riesgo previsto (como se explicó previamente, es un componente esencial del acto de obtención del consentimiento informado) en casos de impedimento por estados mentales morbosos en ausencia de un acudiente, o en caso de una situación de urgencias o emergencias, a la vez que obliga al registro de estos estados eximentes en la historia clínica; en el caso de la práctica clínica psiquiátrica, esto es observable en pacientes con alteraciones psicóticas o cognitivas severas (independientemente de su causa, siempre y cuando haya una nula red de apoyo sociofamiliar) y en situaciones de inminencia de escalamiento a la violencia en donde se constituye un estado de necesidad justificante.

En las jurisprudencias que hacen referencia al actuar profesional en psiquiatría, no se obtuvo ningún resultado en una búsqueda de la base de datos de jurisprudencias de la rama judicial del poder público de la República de Colombia¹ (), por lo que se procedió a hacer una búsqueda de jurisprudencias referentes al consentimiento informado, de las cuales se pueden resaltar los siguientes casos:

¹ <http://jurisprudencia.ramajudicial.gov.co/WebRelatoria/consulta/index.xhtml>

En el año 2016, la sentencia 1232 hace referencia a un individuo al cual, luego de un accidente de trabajo con consecuente pérdida funcional del antebrazo izquierdo (por lesión del nervio ulnar), se le sometió a una neurectomía y neurectomía con injerto del nervio sural, como consecuencia de esto, no se obtuvo una mejoría clínicamente significativa del funcionamiento del antebrazo y las estructuras inervadas, por el contrario, el paciente quedó con secuelas funcionales de la movilidad de su pierna izquierda; en esta sentencia se hace énfasis en que el médico interviniente no advirtió al paciente sobre la posibilidad de estas secuelas, además de que en el acta de consentimiento informado en la historia clínica, no solo no se especificó el procedimiento realizado (solo figuraba como intervención quirúrgica, anestésica o procedimiento especial), sino que también la sentencia aclara que esto se dio por el uso de una proforma genérica, aunque se dio una información específica del procedimiento durante una junta médica previa. El parte judicial también refiere que, al haber tomado la decisión en una junta médica, el acto médico no se constituye en una situación de urgencia, lo cual daba tiempo suficiente para la correcta obtención del consentimiento informado. En este caso, conviene revisar los preceptos mencionados anteriormente respecto a la obtención del consentimiento: si enfocamos en este caso el tipo de consentimiento informado a obtener, la omisión de la información o su sustento en el acta de consentimiento va, al menos en el dictamen judicial, en contra del modelo profesional, y la sentencia es clara en atribuir responsabilidad al profesional por omitir el acto de informar como una falla en la aplicación de la *lex artis* (el deber de informar); desde el modelo del paciente razonable, en este caso se presentan dos inconvenientes: en el caso particular, el acto de informar se hizo de manera grupal (a un conjunto de pacientes), y en una junta médica, cuya acta no especificó los puntos interrogados por el paciente y, como se mencionó anteriormente, la advertencia sobre las posibles y probables consecuencias del procedimiento. Desde el modelo subjetivo, al haber realizado el acto de información en un ámbito grupal, se omite el carácter de informar de manera individualizada y aplicada al contexto propio del paciente. Al hacer un análisis de los requisitos del consentimiento informado aplicando el estándar de capacidad para elegir, se asume que si el paciente mismo hace la solicitud del servicio, y tuvo elementos de juicio suficientes como para sostener una actividad laboral y social adecuada (perturbada por el accidente laboral), no contaba con impedimentos para un adecuado acto de obtención del consentimiento. Si se aplica el estándar más estricto (apreciación de la situación), dados los datos ofrecidos en la sentencia, no hay suficientes recursos para determinar si el paciente se encontraba en una situación de negación o de desesperanza; como ya menciona la misma sentencia, no existe un estado de emergencia o urgencia que exima al profesional del acto de informar.

Contrasto el caso recién presentado con el acta de casación 011 de 2016, en el que un paciente demanda a su médico urólogo luego de que este le practicase una prostatectomía radical, decidida luego de evidenciar un aumento anormal del antígeno prostático y con un resultado de biopsia positivo para cáncer de próstata; posterior a esto, durante su período postquirúrgico, desarrolla una tromboflebitis de miembros inferiores (la cual fue tratada), y como secuela desarrolla una disfunción eréctil total y una incontinencia urinaria permanente, además de que el resultado del análisis patológico de la próstata extraída fue negativo para cáncer. En la

decisión, la corte suprema de justicia considera que en la historia clínica se aclara que se informó al paciente sobre la naturaleza del procedimiento y sus posibles complicaciones y consecuencias, además, reposa un formato de consentimiento informado que hace referencia al procedimiento específico a realizar, y a lo informado en la consulta. Este consentimiento fue firmado en una fecha posterior a la consulta donde se informó al paciente, hecho que le daba suficiente espacio para tomar la decisión; el demandante también solicita que se desestimen las declaraciones de la Sociedad Colombiana de Urología que apoyan la posibilidad de aparición de discordancia entre el resultado del análisis patológico de la biopsia y del tejido extraído, y de las secuelas funcionales reproductivas y urinarias del procedimiento; en este caso, la corte apoya la declaración de la sociedad como aval de la *lex artis*, liberando al profesional de la responsabilidad de las causas de la demanda. En este caso, un adecuado diligenciamiento de la historia clínica y del acta de consentimiento apoyan al profesional al documentar una adecuada aplicación de la *lex artis* y su idoneidad como profesional de la salud.

Refiriéndose a los eximentes del consentimiento informado, la República de Colombia en el 2009 emitió una guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, en el apartado de “garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado” determina como incapaz a la “persona con limitaciones de tipo psíquico, físico o por su edad, que le impiden tener un desempeño igual al de un sujeto regular, y por lo tanto son considerados por la Ley como Incapaces para llevar a cabo ciertos actos” y considera a los dementes (como definición legal, más no clínica) como incapaces absolutos. Introduce la figura del curador como representante legal de este y, en caso específico de un consentimiento por representación cuando un paciente no pueda dar su consentimiento aplicándolo en este contexto, el orden de personas que pueden tomar decisiones son: el cónyuge, los hijos y los hermanos. Es de anotar que, aunque el curador constituye un representante legal, este en Colombia solo puede tomar decisiones por representación en los casos donde el paciente mismo es un menor de edad (solo en este caso aplican los padres de familia o tutores, figuras que van más allá del alcance de la presente revisión) (Ministerio de Protección Social, 2009).

Aspectos legales del consentimiento informado en otros países

Sprumont (2017) hace un análisis del proceso del consentimiento informado en Taiwán, donde considera que el factor cultural tiene un impacto importante, dado el papel relevante que tiene el medio familiar del paciente en el desarrollo de la relación médico paciente; esto lleva a una postura paternalista por parte de los médicos en dicho país, pues el marco legal en salud no es específico en cuanto a los derechos y deberes ligados al consentimiento informado. En este contexto, el involucramiento de la familia en el proceso se da por una tradición cultural, mas no por un deber, y el autor, desde su experiencia personal, aclara que aun en estas circunstancias,

muchos pacientes preferirían tener una mayor autonomía en cuanto a su capacidad de decisión. También añade a la discusión la importancia de informar a los pacientes como un acto de profesionalismo y respeto, más que por un deber legal o una protección contra procesos legales (Sprumont, 2017, p. 322).

Conclusión

La adecuada comprensión de los fundamentos teóricos, éticos y legales del acto de informar contribuye a un proceder profesional óptimo en el área de la salud, máxime en la psiquiatría, donde los tratamientos se indican a personas con alteraciones del juicio o del razonamiento, por lo cual se debe contextualizar el deber de información a sus capacidades (no necesariamente anulándolas); para la adecuada información del paciente, afortunadamente existen estándares que permiten encuadrar sus capacidades y orientar el tipo y profundidad de información que se le ofrece. Es importante también saber que en el aspecto ético y legal existen numerosos referentes en el ámbito internacional en el área de la psiquiatría, y en la República de Colombia existe la ley de normas que regulan la ética médica, con indicaciones que, aunque no contemplan cada caso particular, al menos dan pautas para la aplicación del deber de información por parte del médico, las cuales, como se demostró, ya han sido empleadas como herramienta para la elaboración de jurisprudencias reguladoras del actuar del médico. Por lo mencionado, es menester del médico (y más específicamente del psiquiatra) mantener una comunicación clara y continua con el paciente, consciente de que el consentimiento para ser tratado es un proceso dinámico y susceptible de ser revocado en un momento dado, y que de su adecuado proceso se deriva la claridad suficiente en el paciente sobre los objetivos que se pretenden lograr con el tratamiento, y las posibles y probables consecuencias de su utilización. En un adecuado ejercicio de la información, se da el espacio para que el paciente eleve sus inquietudes y al profesional para resolverlas, de modo que se fortalezca la alianza terapéutica y se empodere al paciente, haciéndole responsable de decidir y adherirse al tratamiento. Otra ventaja del acto de obtención del consentimiento informado es que motiva al profesional a revisar constantemente el estado del arte en la *lex artis*, haciéndole más competente para el ejercicio de su profesión y resguardándole de indeseables consecuencias jurídicas que se puedan presentar en el ejercicio correcto de sus funciones.

Conflicto de intereses

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

Referencias

- Appelbaum, P. S. (1982). Competency to Consent to Research. *Archives of General Psychiatry*, 39(8), 951-958. doi: 10.1001/archpsyc.1982.04290080061009
- Bowman, D., Spicer, J., & Iqbal, R. (2011). Clinical consent: Its composition. *Informed Consent: A Primer for Clinical Practice* (pp. 1-9). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bryan, D. S., & Sade, R. M. (2018). Delegation of Informed Consent: Law and Ethics. *The Annals of Thoracic Surgery*, 106(3), 651-653. doi: 10.1016/j.athoracsur.2018.05.015
- Cocanour, C. S. (2017). Informed consent—Its more than a signature on a piece of paper. *The American Journal of Surgery*, 214(6), 993-997. doi: 10.1016/j.amjsurg.2017.09.015
- Congreso de Colombia (18 de febrero de 1981) Por la cual se dictan normas en materia de ética médica [Ley 23 de 1981]. DO: 35.711.
- Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil (febrero 9, 2016), República de Colombia Consulta Temática simultánea en las Altas Corporaciones STC1232-2016
- Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil (enero 12, 2016), República de Colombia Consulta Temática simultánea en las Altas Corporaciones ACC011-2016
- Consentimiento informado (2010). En el Dictionary of English Oxford University Press.
- Ministerio de la Protección Social. (2009). *Garantizar la Funcionalidad de los Procesos de Consentimiento Informado*. República de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Garantizar%20la%20funcionalidad%20de%20los%20procedimientos%20de%20consentimiento%20informado.pdf>

Natanson & Kline (Abril 9, 1960), 1960 United States of America 41,476.

Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. New York.

Presidente de la República de Colombia. (30 de noviembre de 1981). Por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981 [Decreto 3380 de 1981]. DO: 35914.

Real Academia Española. (2014). Consentimiento informado (23rd ed., Vol. 1). Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=AP6QLrg> Department of Health, Education, and Welfare. (1978). *The Belmont reports*. Washington, D.C.: U.S. Gov. Print. Off. Recuperado de [hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf](https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf)

Shinal & Toms (Junio 20, 2016), United States of America Justia J-106-2016.

Sprumont, D. (2017). Informed consent: Do not be afraid. *Journal of the Formosan Medical Association*, 116(4), 322-323. doi: 10.1016/j.jfma.2015.08.013

La reducción de riesgos y daños vs. El régimen internacional de control de drogas (1990-2017)

The reduction of risks and damages vs. The international drug control regime (1990-2017)

Enrique Andrés Peña Barona*

Recibido: 22 de octubre de 2018–Aceptado: 3 de abril de 2019–Publicado: 17 de septiembre de 2019

Forma de citar este artículo en APA:

Peña Barona, E. A. (julio-diciembre, 2019). La reducción de riesgos y daños vs. El régimen internacional de control de drogas (1990-2017). *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), pp. 356-374.
DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.2962>

Resumen

A pesar de la evidente efectividad de ciertos programas de Reducción de Riesgos y Daños de Drogas (RRDD), el Régimen Internacional de Control de Drogas (RICD) históricamente ha desincentivado su implementación, los defensores de la cara más rígida del RICD se han referido a la RRDD como el caballo de Troya de las facciones que defienden la legalización. No obstante, una gran cantidad de Estados han hecho uso del margen de flexibilidad interpretativo de las convenciones internacionales de drogas para implementar en sus políticas nacionales estrategias de RRDD, algunas promovidas inclusive por órganos propio de Naciones Unidas como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y UNAIDS. A partir de una revisión de literatura, este documento evalúa las principales tensiones que han ocurrido dentro del RICD a causa de la perspectiva de RRDD entre 1990 y 2017.

Palabras clave:

Reducción de daños; Régimen internacional de control de drogas; Fiscalización de drogas; Políticas de drogas.

* Especialización en Política de Drogas, Regulación y Control (*En curso*), Universidad de la Republica – Uruguay; Contacto: enriquep36@hotmail.com; Bogotá, Colombia Orcid 0000-0001-6646-2580.

Abstract

Despite the obvious effectiveness of certain Drug Risk and Damage Reduction (DRR) programs, the International Drug Control Regime (IDCR) has historically discouraged its implementation; defenders of the more rigid face of the IDCR have referred to the DRR as the Trojan horse of the factions that defend legalization. However, a large number of States have made use of the interpretative flexibility margin of international drug conventions to implement in their national policies RRD strategies, some promoted even by United Nations bodies such as the World Health Organization (WHO), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) and UNAIDS. Based on a review of the literature, this document assesses the main tensions that have occurred within the RICD because of the DRR perspective between 1990 and 2017.

Keywords:

Damage reduction; International drug control regime; Drug control; Drug policies.

El régimen internacional de control de drogas contemporáneo

Esta sección presenta las raíces del Régimen Internacional de Control de Drogas contemporáneo. Después, se caracterizará el funcionamiento de los órganos de control de drogas en las Naciones Unidas. Finalmente, se expondrá información del espíritu de las convenciones sobre drogas.

Las raíces del régimen internacional de control de drogas contemporáneo

La Comisión de Shanghái de 1909 fue el primer esfuerzo por generar una normatividad internacional con el fin de controlar narcóticos. Estados Unidos en cabeza de Hamilton Wright, pretendió prohibir el consumo no médico del opio (Sinha, 2001). Si bien no tuvo ningún efecto vinculante, gestó la fuerza política que desembocaría en la Convención Internacional del Opio en 1912. Ahí se estableció la prohibición de exportación de opio a los países en que estuviera prohibido. Igualmente, se introdujeron en la discusión internacional la limitación de ciertos usos de drogas, así como el control de la oferta (Thoumi, 2015, p. 224).

Thoumi (2015) señala que el fin de la Primera Guerra Mundial dio paso a que la Sociedad de Naciones empezara a ejercer sus responsabilidades en materia de drogas, se creó el Comité Consultivo del Opio, precursor de la actual Comisión de Estupefacientes (pp. 228-229). Tras años de constante presión por parte de los Estados Unidos, se consolidó una nueva Convención Internacional del Opio en 1925, donde entraría por primera vez el castigo a la posesión ilegal y el concepto de uso médico y científico (Escohotado, 1998, pp. 524-525).

Para ese momento, Estados Unidos era el principal “sufragador” de la Sociedad de Naciones, una posición privilegiada a la hora de discutir las convenciones (Escohotado, 1998, p. 527). En 1931 fue celebrada La Convención para Limitar la Manufactura y regular la Distribución de Drogas Narcóticas, enfocada en la cantidad de producción necesaria para usos médicos y científicos. Posteriormente, fue firmada la Convención para la Represión del Tráfico Ilícito de Drogas de 1936, donde inició un enfoque severamente punitivo frente a los delitos relacionados con estupefacientes (Thoumi, 2015, pp. 235-240).

En 1946, después de la Segunda Guerra Mundial, se adoptó el Protocolo de Lake Success, que reconfiguró el sistema de control de estupefacientes. La Comisión de Estupefacientes (CND) reemplazó al Comité Consultivo del Opio y el Consejo Económico y Social (ECOSOC) de las Naciones Unidas controló los estupefacientes. En 1953 se firmó el Protocolo del Opio de Nueva York que pretendía limitar el uso del opio exclusivamente a necesidades médicas y científicas (Sinha, 2001).

Debido a la necesidad de ordenar el marco normativo previamente desarrollado (nueve acuerdos y protocolos) y de estandarizar la interpretación que los distintos Estados les daban, nace la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961. Entre otras cosas, sustituye todos los tratados anteriores, crea la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), así como un sistema de listas de drogas con distintos niveles de control. Fue enmendada por el Protocolo del Opio de 1972 que determina la cuota de producción que cada país puede producir (Thoumi, 2015, pp. 246-260). Sánchez Avilés (2014) destaca que la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 constituye la piedra angular del RICD contemporáneo, pues supone la adopción de un instrumento más restrictivo; aunque el centro del RICD fuese el control de la oferta, por primera vez, en el ámbito internacional, se alienta a los Estados a ejercer control sobre las personas consumidoras de drogas y proporcionarles tratamiento (p. 155).

La Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 surge de la necesidad de regular sustancias sintéticas no contempladas anteriormente: estimulantes de tipo anfetamínico, alucinógenos, sedantes, ansiolíticos, analgésicos y antidepresivos (Sánchez Avilés, 2014, p. 161). Según Thoumi (2015), esta convención recoge la influencia que la industria farmacéutica ejercía sobre el RICD, regula el procedimiento de entrega de licencias de producción, las regulaciones para las prescripciones médicas y el comercio internacional. Igualmente, establece directrices para la cooperación internacional y para la acción contra el tráfico ilícito (pp. 260-262).

Por su parte, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 crea los instrumentos más detallados y de mayor alcance que hayan sido adoptados en materia de derecho penal internacional. Dada una creciente preocupación internacional por el tráfico ilícito de drogas a mediados de los ochenta, la convención buscó generar, entre otras cosas, un derecho vinculante que obligara a los Estados a tipificar penalmente los delitos relacionados al tráfico ilícito (Sánchez Avilés, 2014, p. 168).

Los órganos de control de drogas en las Naciones Unidas y su funcionamiento

El funcionamiento del RICD y la aplicación de los tratados está a cargo de tres organismos de control dentro de las Naciones Unidas: a) Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE); b) Comisión de Estupefacientes (CNE); y c) Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)

Se estableció en 1968 mediante la Convención Única de Estupefacientes de 1961 y es la encargada de velar por la aplicación de los tratados. Se define a sí misma como un cuerpo independiente y cuasi-judicial (JIFE, 2018). Está conformada por 13 miembros escogidos por el Consejo Económico y Social (ECOSOC) de Naciones Unidas, de los cuales, tres son propuestos por la Organización Mundial de la Salud y los diez restantes deben ser nominados por los Estados (ONU, 1961, art.6). A pesar de propender por la independencia e imparcialidad, la falta de transparencia dentro del organismo, la relativa unanimidad con la que se deben tomar las decisiones y las posiciones “no oficiales” de algunos miembros, ponen en entredicho esta intención (Thoumi, 2015, pp. 398-400).

Comisión de Estupefacientes (CNE)

Nace en 1946 como una comisión subsidiaria del ECOSOC y es el organismo político central del RICD. Se reúnen una vez al año en Viena y está compuesto por 53 representaciones gubernamentales. La CNE cuenta con dos subcomisiones: la Subcomisión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, y la Subcomisión sobre Tráfico Ilícito de Drogas y Asuntos Conexos en el Medio Oriente. Tiene dos funciones principales: asistir al ECOSOC en la aplicación de las convenciones de drogas y “autoridad para estudiar todas las cuestiones relacionadas con los objetivos” de la Convención Única de Estupefacientes de 1961 (Sánchez Avilés, 2014, p. 160; ONU, 1961, art. 8).

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)

La UNODC nace en 1997, fruto de la unión del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) junto con el Centro para la Prevención Internacional del Crimen (UNODC, 2018). En 2004 nace jurídicamente como el órgano ejecutivo del RICD, opera en más de 150 Estados y define sus actividades a partir de tres pilares (Secretaría General de las Naciones Unidas, 2004). El primero refiere a los proyectos de cooperación técnica que mejorarían la capacidad de los Estados frente a las drogas ilícitas, la delincuencia y el terrorismo. El segundo busca generar investigación y análisis destinados a la comprensión del fenómeno de las drogas y la delincuencia, y a la mejor toma de decisiones políticas y operativas. El tercero está encargado de asistir a los Estados en la ratificación e implementación de los tratados, así como en el desarrollo de su legislación nacional.

Sobre el espíritu de las convenciones sobre drogas

En la hermenéutica jurídica de las convenciones, se ha generado una disputa frente a cuál es el verdadero espíritu de las convenciones, es decir, su intención más profunda. Esto cobra especial importancia, pues se reportan distintas tensiones internas y externas de las convenciones, distintas discusiones sugieren que las convenciones no son lo suficientemente claras y que implícitamente hay un principio clave que se debe interpretar (Thoumi, 2015, pp. 395-400).

A pesar de que para la JIFE el espíritu de las convenciones es claro en “limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos” (ONU, 1961, art.4), existen casos como el de Uruguay, que asegura que la regulación del mercado de cannabis para uso no médico se “encuentra perfectamente enmarcado en el espíritu de las convenciones” (Calzada, 2014).

Por otro lado, la Convención Única de Estupefacientes de 1961 establece que se atenderá especialmente “la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas” (ONU, 1961, art.38). Principios rectores de las convenciones, como tratamiento, educación o readaptación social son lo suficientemente flexibles en su interpretación para que la reducción de riesgos y daños (RRDD) pueda actuar en los Estados.

La reducción de riesgos y daños

Esta sección presenta brevemente la perspectiva de reducción de riesgos y daños (RRDD) o Harm Reduction. Primero, se expone brevemente la reducción de riesgos y daños desde arriba y desde abajo. Después, se da un breve vistazo a las evidencias sobre las acciones de esta.

La reducción de riesgos y daños desde arriba y desde abajo

La historia de prácticas de RRDD top-down, o desde arriba, es difusa y descentralizada. Se reportan sus primeras apariciones en la década de 1920 en el sistema británico, en el que se prescribía morfina y heroína para tratar a las personas dependientes de opioides. En la década de 1960 se instauró en la legislación holandesa el Modelo Holandés, una experiencia de descriminalización al consumo que generó un marco de clasificación de drogas duras y blandas.

En la década de 1980 se consolidó el Modelo de Reducción de Daños de Mersey, en este se distribuían servicios de intercambio de jeringa en los usuarios de drogas por vía intravenosa, quienes se estaban viendo fuertemente afectados por enfermedades como el VIH y la Hepatitis C (Collins, Clifasefi, Logan, Samples, Somers & Marlatt, 2012, pp. 10-15).

Por otro lado, las prácticas bottom-up o desde abajo de RRDD han sido autogestionadas por movimientos de base, en contextos que podríamos llamar underground. Este tipo de iniciativas partían de la ausencia de apoyo estatal, ya fuese por problemas económicos, legales o sesgos morales. Por ejemplo, Estados Unidos en la década de 1980 tenía un fuerte compromiso institucional con la “cero tolerancia”, que no concebía los programas de intercambio de jeringas como opción para la epidemia de VIH que enfrentaba, esto llevó a los movimientos de base, especialmente la comunidad gay, a tomar medidas de autogestión sobre comportamientos de riesgo asociados al VIH, entre ellos, programas de intercambio de jeringas (Collins et al., 2012, p. 16).

La RRDD no ha sido definida formalmente por la CNE por presiones políticas (TNI, IDPC y GDPO, 2017, p. 4). Es un concepto que se ha nutrido tanto de las prácticas top-down como de las bottom-up, haciendo que su definición sea conflictiva en tanto tiene actores que trabajan desde intenciones distintas y a veces contrarias: institucionales, sociales, médicas, activistas, promoción de derechos de los usuarios, políticas, económicas, etc. (Strang, 1993, pp. 18-19). No obstante, existen ciertos principios que delimitan lo que se entiende por campo de RRDD, que acepta en mayor o menor medida que:

- Los comportamientos de alto riesgo son socialmente contruados.
- Los comportamientos de alto riesgo están aquí para quedarse.
- Los comportamientos de alto riesgo son adaptados e inadaptados.
- No busca “patologizar” los comportamientos de alto riesgo.
- El daño y su reducción se encuentran en un espectro.
- El comportamiento individual se circunscribe dentro de un contexto social mayor.
- Es fundamentalmente pragmático, no deviene de una teoría.
- Es una práctica ética. (Collins et al., 2012, pp. 18-22).

Breve vistazo de evidencia sobre acciones en reducción de riesgos y daños

Al ser un campo que se desarrolla bajo el pragmatismo en un RICD rígido, la RRDD ha tenido que ser muy rigurosa en la generación de conocimiento para devenir en estrategias que puedan adoptar otras poblaciones (del Cerro Esteban, 2002, p. 11). Este campo ha sido muy estudiado, la necesidad de generar datos robustos obliga a las estrategias a pasar un elevado filtro de efectividad, promoviendo que los Estados pretendan políticas de drogas basadas en la evidencia (Sumnall, Bates & Jones, 2017).

Las acciones en RRDD se han desarrollado mayoritariamente en el campo de usuarios de drogas inyectadas. Algunos estudios sugieren la efectividad de programas de provisión de material de inyección, tratamientos de sustitución de opioides, salas de consumo y distribución de naloxona por pares (Kimber, Palmateer, Hutchinson, Hickman, Goldberg, & Rhodes, 2010, pp. 115-163). Por otro lado, se sugiere efectividad en las intervenciones breves, especialmente en usuarios de alcohol (Newbury-Birch, Coulton, Bland, Cassidy, Dale, Deluca, ... Drummond, 2014, pp. 540-548). Asimismo, los servicios de análisis de sustancias han reportado efectividad y necesidad de mayor investigación (Kerr & Tupper, 2017). Prácticas como la vaporización sugieren una reducción en la dependencia a la nicotina (Royal College of Physicians, 2016, pp. 188-189), así como reducción de daños asociados a la combustión de cannabis (Loflin & Earleywine, 2015).

La reducción de riesgos y daños en el régimen internacional de control de drogas (1990-2017)

La RRDD controvierte las interpretaciones de consumo más prohibicionistas y punitivas del RICD. Existe un fuerte debate dentro del RICD para reconocer explícitamente la perspectiva RRDD. De manera deliberada, se ha negado un debate profundo que claramente erosionaría el paradigma hegemónico dentro del RICD. Algunas facciones han negado políticamente la evidencia de prácticas, e incluso llegado a llamar la RRDD como el “caballo de Troya de las facciones que defienden la legalización” (Jelsma, 2003). Aun así, la RRDD ha encontrado espacios de inclusión dentro del complejo Sistema de Naciones Unidas. A continuación, se presenta un breve recorrido histórico de las principales incursiones que la RRDD ha tenido dentro del RICD desde 1990 hasta 2017.

En 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Resolución A/RES/S-17/2¹, convino que:

Se alentará a la Organización Mundial de la Salud a que siga analizando conjuntamente con los gobiernos la formulación de programas educacionales sobre salud y la elaboración de políticas de reducción de los riesgos y daños del uso indebido de drogas como medio de evitar la transmisión por los drogadictos del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y de garantizar el tratamiento y la orientación psicológica apropiados a los drogadictos portadores del VIH o que hayan desarrollado el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y a que informe al respecto (U.N. Resolución A/RES/S-17/2).

En su Informe Anual de 1993, la JIFE reconoció:

la importancia de determinados aspectos de la “reducción del daño” como estrategia de prevención terciaria para la reducción de la demanda. La Junta estima no obstante que es su deber señalar a la atención de los gobiernos el hecho de que los programas de “reducción del daño” no pueden sustituir a los programas de reducción de la demanda (JIFE, 1993, p. 7).

En su Informe anual de 1994, la JIFE reafirmó su posición en lo dispuesto en su Informe Anual anterior y adicionó que “los programas de reducción del daño no deberían entrañar un daño mayor que el que intentan prevenir” (JIFE, 1994, p. 51). Adicionalmente, en un reporte especial, anota la necesidad de que la “OMS emprenda un análisis científico del valor y los riesgos del mate de coca (...) a fin de resolver el conflicto que existe entre las disposiciones de los tratados y la forma en que los gobiernos y las sociedades interesadas consideran y regulan en su legislación el consumo de mate de coca” (JIFE, 1994a, p. 24).

Por otro lado, la Comisión de Estupefacientes aprobó una resolución en donde se pidió a Giorgio Giacomelli, Director Ejecutivo del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), que seleccionara un grupo asesor especial intergubernamental que fuera representativo regionalmente, con enfoque equilibrado, amplio, multidisciplinario y sin excluir ningún aspecto que pudiera tratarse (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1994, párr.10), para que examinara y recomendara, entre otras cosas, los progresos y puntos débiles de los instrumentos internacionales (ECOSOC, 1994, pp. 58-59).

Sin embargo, Giacomelli no consideró ningún miembro con opinión liberal (Jelsma, 2003), lo cual sesgó la argumentación del grupo. Algunos miembros se refirieron a la RRDD como “el caballo de Troya de las facciones que defendían la causa de la legalización” (Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas–PNUFID, 1994) y que, eventualmente, en lo relacionado con el alcohol, esteroides anabólicos, inhalantes y tabaco, “el pragmatismo llevaría a concluir que seguir con estrategias disparatadas para minimizar su impacto es, en última instancia, una medida artificial, irracional y poco rentable” (Thoumi, 2015, p. 275).

¹ Puede revisarse el documento completo en <https://undocs.org/es/A/RES/S-17/2>

Un año más tarde Giacomelli rindió su informe frente al CND. A raíz de las preocupaciones del grupo asesor, se realizó un estudio más detallado sobre las implicaciones de la despenalización y de las campañas para la reducción del daño, el cual podría ofrecer nuevas perspectivas que condujeran a soluciones insospechadas. Asimismo, recalcó la necesidad de desarrollar “argumentos claros y convincentes que se contrapropusieran a la legalización” (CNE, 1995, párrs. 47,52).

En junio de 1998 se llevó acabo la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas. En este encuentro internacional, distintos Estados se tomaron el espacio para defender la efectividad que sus programas de RRDD estaban teniendo en la salud de la población (Transnational Institute et al., 2017, p. 5). Entre ellas, la delegación de Nueva Zelanda declaró que “Sólo ahora empezamos a comprender cuán importante ha sido este programa [de reducción de daños] relativamente sencillo y barato, para ayudar a proteger la salud” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1998b). Estas posiciones comenzaban a contrastar con la rígida posición oficial de la Asamblea General (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1998a).

En su informe anual de 2000, la JIFE reafirmó su posición sobre la RRDD de años anteriores (1993 y 1994). Esta vez, reportó que Europa brindaba cada vez más importancia a las medidas de RRDD, desbalanceadas respecto a una estrategia amplia de reducción de la demanda. Así pues, lamentó que las deliberaciones sobre prácticas de RRDD “hayan desviado la atención (y, en algunos casos, los fondos) de los gobiernos, de importantes actividades de reducción de la demanda, como la prevención primaria o el tratamiento orientado hacia la abstinencia” (JIFE, 2000, p. 57).

Posteriormente, la JIFE le solicitó al PNUFID una consideración legal sobre los programas de RRDD en el marco de los tratados. La Sección de Asuntos Legales del PNUFID realizó una serie de consideraciones entre las que se justificaban algunos programas de RRDD a la luz del RICD, entre ellos: programas de intercambio de jeringas, tratamiento de sustitución de opiáceos y salas de consumo. Resaltó que algunos verbos rectores de las convenciones cuentan con un marco de interpretación amplio por parte de los Estados, que haría viable la implementación de programas de RRDD.

El documento destaca la necesidad de encontrar salidas alternativas a aquellas problemáticas que aborda con mayor pragmatismo la perspectiva de RRDD, por ejemplo, enfermedades de transmisión sexual vía intravenosa o muertes jóvenes a causa de éxtasis impuro. A pesar de reconocer los beneficios de la RRDD, señala que para los Estados “cumplir con sus obligaciones bajo los tratados, debería ser más que simplemente aliviar el daño asociado con el abuso de drogas” Concluye que es mandato de la JIFE revisar que las políticas de RRDD y su implementación sean compatibles con las convenciones (JIFE, 2002, pp. 4-6).

En abril de 2003, la CNE adoptó una resolución que buscaba fortalecer estrategias preventivas contra el VIH en el contexto de abuso de drogas. En ella realiza un llamado explícito para fortalecer esfuerzos mediante el suministro de programas de prevención encaminados a la RRDD (CNE, 2003).

En su informe anual de 2003, la JIFE reafirma su posición de años anteriores, acoge la resolución del CNE en lo referente a programas de prevención de VIH y reconoce el grado de flexibilidad que los Estados tienen respecto a los tratamientos de mantenimiento y sustitución de opiáceos. Por otro lado, denunció la incompatibilidad de los servicios de análisis de sustancias con las convenciones (JIFE, 2003, pp. 39-41).

La UNODC venía estrechando relaciones con ONUSIDA en programas de prevención de VIH. La posición de UNODC se iba consensuando con los paquetes básicos de RRDD para el tratamiento de la epidemia (WHO, UNODC, & UNAIDS, 2004). Un informe en conjunto de política breve sobre VIH y prisiones, firmado por UNODC, ONUSIDA y OMS (2004), reportaba evidencia en programas de intercambio de jeringas, provisión de cloro para limpiar material de punción intravenosa, mantenimiento de metadona y provisión de condones.

La posición que comenzaba a tomar UNODC inquietaba EE. UU., principal donante de la ONUDC en el momento, quien amenazó con recortar fondos a menos que se garantizara abstención en el apoyo a cualquier expresión a favor de la reducción del daño (Transnational Institute, 2005). Poco tiempo después, en una carta dirigida al subsecretario de Estado para narcóticos de EE. UU., el director de la UNODC moderó su opinión frente a los programas de VIH y escribió que había gente “actuando bajo el lema de ‘reducción del daño’ de manera soterrada para alterar la oposición mundial a las drogas. Esta gente abusa de nuestras bien intencionadas declaraciones a favor de algo que no debemos permitir” (UNODC, 2004, p. 7).

En la sesión 48 del CND, la mayoría de los países se pronunciaron a favor de la RRDD como efectiva para contener la propagación del VIH/SIDA. EE. UU. y Japón, junto con el apoyo paulatino de Rusia y Malasia, fueron la cara más estricta de las convenciones al promover una aproximación desde la tolerancia cero. A pesar de la clara mayoría, los mecanismos de consenso del CNE permiten que incluso una pequeña minoría pueda bloquear cualquier avance en las resoluciones (Jelsma, 2005).

En los informes preparados para el 2008, la JIFE estipula que algunas medidas de RRDD no estaban en conformidad con las convenciones internacionales, aludió explícitamente a los llamados “coffee shops” y a las salas de consumo (JIFE, 2008b). Por otro lado, sutilmente en un pie de página, la JIFE “considera que el objetivo de todo programa de prevención del abuso de drogas debe ser la abstinencia” (JIFE, 2008a).

El período de sesiones 52° de la CNE, correspondiente a 2009, fue especialmente álgido, pues se acumularon tensiones de años anteriores y se evaluó el cumplimiento de los objetivos trazados por la UNGASS en 1998; el período de sesiones culminó en una nueva Declaración Política. A pesar de una cuestionada moderación

de la sesión, la RRDD sería un tema central para este período donde un gran número de países pretendía su debate explícito (Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC), 2009, pp. 9-12). Tras una fuerte discusión, fue referenciada como “servicios de apoyo conexos” (CNE, 2009, pp. 46,53,56). Dada la ambigüedad del término, un grupo de 26 países, representado por el embajador alemán Rüdiger Lüdeking, declaró que la expresión sería interpretada por ellos como “medidas de reducción del daño” (CNE, 2009, párr.155).

En junio de 2011 la Asamblea General aprobó una Declaración Política para intensificar esfuerzos en la eliminación del VIH y el SIDA. En ella estipula “considerar, según proceda, la posibilidad de ejecutar y ampliar programas de reducción de riesgos y daños”, remitiéndose a una Guía Técnica publicada por la OMS, UNODC y ONUSIDA (2009).

En el Segmento de Alto Nivel, del período 57° de sesiones de CNE, mutó el concepto de “servicios de apoyo conexos” hacia “medidas encaminadas a reducir al mínimo las consecuencias sociales y para la salud pública del uso indebido de drogas” (CNE, 2014, pp. 13-14). A pesar del fuerte apoyo que recibió por parte de la Unión Europea, Suiza, Noruega y otros, la expresión RRDD fue omitida (IDPC, 2014, p. 15). No obstante, la CNE reconoció y alentó (CNE, 2014, par. 2,12) los resultados de los Estados que han implementado la Guía Técnica sobre VIH de la OMS, UNODC y ONUSIDA, donde claramente se establecen programas de RRDD (WHO, 2009).

En la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas (2016b) fue omitida nuevamente la expresión de RRDD, retomó la definición del CNE de 2014 y la desarrolló. En la Resolución del evento, la Asamblea General remite a la Guía Técnica sobre VIH e invita a las autoridades nacionales a que consideren en sus programas “medidas eficaces destinadas a reducir al mínimo las consecuencias adversas del uso indebido de drogas para la sociedad y la salud pública”. Por otro lado, la Asamblea General aprobó una Declaración Política en la que reconoce el progreso que algunos países y regiones han tenido al ampliar los programas de RRDD y sugiere mayor cobertura (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2016a).

Mientras los lazos entre la UNODC, la OMS y ONUSIDA se estrechaban para dar tratamiento integral a la problemática del VIH, la posición estadounidense frente a los programas de RRDD se moderaba. Distintos órganos de la ONU, junto con organizaciones gubernamentales de del gobierno Obama, publicaron una guía sobre Programas de VIH y Hepatitis C en personas que se inyectan drogas, con amplia promoción a programas de RRDD (UNODC, International Network of People Who Use Drugs, Joint United Nations Programme on HIV/ AIDs, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, Organización Mundial para la Salud–WHO, & United States Agency for International Development, 2017).

En su Informe correspondiente para 2017, la JIFE reconoció la evaluación científica que han tenido algunos programas de RRDD, su efectividad y amplia aceptación internacional. Asimismo, señala que

El resultado del tratamiento de la drogodependencia no debe definirse solamente en términos binarios de consumo continuado de drogas frente a abstinencia total. Se ha demostrado que, incluso sin lograr la abstinencia total, algunas personas consiguen reducir las consecuencias perjudiciales del consumo de drogas y llevar una vida relativamente estable y productiva (JIFE, 2017).

Conclusiones

Un elemento común que se encuentra en muchos estudios relacionados a la RRDD es la latente necesidad de generar más información en el campo, complementar interdisciplinariamente las prácticas, estrategias y políticas, financiar objetivamente las investigaciones en el campo y tomar decisiones en políticas públicas basadas en la evidencia. El paradigma de la abstinencia se ha presentado como un obstáculo en el desarrollo del campo de RRDD, la producción de información dentro del ámbito gubernamental está fuertemente influenciada por la pretensión de armonizar con el actual RICD. Los ensayos clínicos, que ayudarían a comprender mejor las sustancias, son costosos, y en la medida en que estas son comúnmente usadas con fines no médicos, son poco atractivas para la industria farmacéutica y la financiación estatal.

Por otro lado, resalta la discusión que el campo de RRDD tiene internamente en sus conceptos semánticos. El concepto *reducción* del daño sugiere la intención intrínseca de buscar que el usuario baje y/o disminuya el daño, sentido que conflictúa con propuestas semánticas como la *mitigación* o la *gestión*, que podrían tener un significado mayor a la hora de empoderar a los usuarios de sus propios consumos. Existen propuestas para diversificar el espectro del daño, concebido también el placer del consumo como variable; se ubica la gestión del consumo dentro de un espectro que también atienda el sentido positivo del consumo. Inclusive, en el campo de los psicodélicos, existe la propuesta de placer de espectro completo, en la que el placer no es necesariamente fugaz y, en cambio, puede ser parte de una experiencia mayor y trascendental.

La RRDD ha sido despectivamente acusada de propender por una caótica legalización de las drogas ilegales, pero, a pesar de ello, ha demostrado promover la interdisciplina, generar evidencia científica y buenas prácticas. Hablar de políticas de drogas que propendan por la salud pública es insuficiente si no se concibe la perspectiva de RRDD, de ahí que distintos organismos del sistema internacional de Naciones Unidas vayan moderando su posición frente a la RRDD.

El gobierno de Estados Unidos es y ha sido un actor principal en la configuración del RICD contemporáneo, pues históricamente ha promocionado la cara más rígida de las convenciones, promovió los primeros debates internacionales para el control de drogas y, asimismo, llegó a amenazar con desfinanciar la UNODC por el tema de RRDD. El gobierno de Obama y la actual crisis de opiáceos han llevado a moderar su postura frente a algunos programas de RRDD.

Finalmente, el debate en torno a la epidemia mundial del VIH ha sido el espacio propicio para que los programas de RRDD demuestren pragmatismo. A pesar de que la OMS y ONUSIDA no hacen parte del núcleo de las convenciones sobre drogas, han sido protagonistas en la promoción de la RRDD dentro del sistema internacional. La necesidad de generar datos robustos ha obligado a que las estrategias de RRDD pasen un elevado filtro de efectividad, promoviendo que los Estados pretendan políticas de drogas basadas en la evidencia. La Guía Técnica publicada por la OMS, UNODC y ONUSIDA en 2009 sobre Prevención de VIH, Tratamiento y Cuidado de Usuarios que se Inyectan Drogas, ha sido el documento técnico interno de la ONU más importante en la promoción de programas de RRDD dentro del RICD.

Conflicto de intereses

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

Referencias

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1990). S-17/2, Declaración Política y el Programa Mundial de Acción sobre la cooperación internacional contra la producción, la oferta, la demanda, el tráfico y la distribución ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1994). A/RES/48/L. 12, Medidas para fortalecer la cooperación internacional contra la producción, la venta, la demanda, el tráfico y la distribución ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y actividades conexas.

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1998a). A/S-20/2. Declaración Política.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1998b). A/S-20/PV.8. Vigésimo período extraordinario de sesiones, 8a sesión plenaria, miércoles 10 de junio de 1998.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2016a). A/RES/70/266 Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2016b). S-30/1 Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas. Nueva York. Recuperado de <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>
- Calzada, J. (06 de marzo de 2014). *Uruguay está perfectamente enmarcado en el espíritu de las convenciones*. Recuperado de <https://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/clazada-jife>
- Collins, S. E., Clifasefi, S. L., Logan, D. E., Samples, L. S., Somers, J. M., & Marlatt, G. A. (2012). Current Status, Historical Highlights, and Basic Principles of Harm Reduction. In A. Marlatt, M. E. Larimer & K. Witkiewitz (Eds.). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors* (pp. 3-35). New York: Guilford Publications.
- Comisión de Estupeficientes de Naciones Unidas (CND). (1995). E/CN.7/1995/14 Follow-up to the results of high-level plenary meetings at the forty-eighth session of the general assembly to examine the status of international cooperation against the illicit production, sale, demand, traffic and distribution of narcoti.
- Comisión de Estupeficientes de Naciones Unidas (CND). (2003). RES. 46/2, Strengthening strategies regarding the prevention of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the context of drug abuse.
- Comisión de Estupeficientes de Naciones Unidas (CND). (2009). E/2009/28 Informe sobre el 52o período de sesiones (14 de marzo de 2008 y 11 a 20 de marzo de 2009).
- Comisión de Estupeficientes de Naciones Unidas. (2014). E/2014/28 Informe sobre el 57° período de sesiones (13 de diciembre de 2013 y 13 a 21 de marzo de 2014).
- Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. (1994). E/1994/30, Informe sobre el 37° período de sesiones de la Comisión de Estupeficientes, Suplemento 10.
- Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC). (2009). La comisión de estupeficientes 2009 y el segmento de alto nivel – informe de la sesión.

- Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC). (2014). *The 2014 Commission on Narcotic Drugs and its HighLevel Segment: Report of proceedings*. Recuperado de <https://idpc.net/publications/2014/06/the-2014-commission-on-narcotic-drugs-and-its-high-level-segment-report-of-proceedings>
- Del Cerro Esteban, J. A. (2002). Programas para la reducción de riesgos y daños derivados de las drogodependencias. Aspectos jurídicos. *EGUZKILORE*, (16), 7-21. Recuperado de [https://www.ehu.es/documents/1736829/2174324/Eguzkilore+16\(4\)%20CERRO.pdf](https://www.ehu.es/documents/1736829/2174324/Eguzkilore+16(4)%20CERRO.pdf)
- Escohotado, A. (1998). *Historia General de las Drogas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Jelsma, M. (2003). Drugs in the UN system: The unwritten history of the 1998 United Nations General Assembly Special Session on drugs. *International Journal of Drug Policy*, 14(2). doi: 10.1016/S0955-3959(03)00006-9
- Jelsma, M. (2005). The UN and harm reduction – Revisited. An unauthorised report on the outcomes of the 48th CND session, Drug policy briefing Nr. 13.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (1993). E/INCB/1993/1 Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1993.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (1994a). E/INCB/1994/1/Supp.1 Eficacia de los tratados de fiscalización Internacional de Drogas: Suplemento del Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1994.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (1994b). E/INCB/1994/1 Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1994.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2000). E/INCB/2000/1 Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2000.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2002). E/INCB/2002/W.13/SS.5 Flexibility of treaty provisions as regards harm reduction approaches (documento restringido).
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2003). E/INCB/2003/1 Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2003.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2008a). E/INCB/2008/1 Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2008.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2008b). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes sobre el seguimiento del vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General.

- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2017). E/INCB/2017/1 Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2017.
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes–JIFE. (2018). About. Retrieved September 28, 2018. Recuperado de <https://www.incb.org/incb/en/about.html>
- Kerr, T., & Tupper, K. (2017). *Drug Checking: As A Harm Reduction Intervention, Evidence Review Report*. British Columbia Centre on Substance Use. Recuperado de <http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/12/Drug-Checking-Evidence-Review-Report.pdf>
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S., Hickman, M., Goldberg, D., & Rhodes, T. (2010). Harm reduction among injecting drug users- evidence of effectiveness. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (pp. 115-163). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. doi: 10.2810/29497
- Loflin, M., & Earleywine, M. (2015). No smoke, no fire: What the initial literature suggests regarding vapourized cannabis and respiratory risk. *Cancer Journal of Respiratory Therapy*, 51(1), 7-9. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4456813/>
- Newbury-Birch, D., Coulton, S., Bland, M., Cassidy, P., Dale, V., Deluca, P., ... Drummond, C. (2014). Alcohol screening and brief interventions for offenders in the probation setting (SIPS trial): A pragmatic multicentre cluster randomized controlled trial. *Alcohol and Alcoholism*, 49(5), 540-548. doi: 10.1093/alcalc/agu046
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC. (2004). Carta del director de UNODC al subsecretario de Estado para narcóticos de EE. UU.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC. (2018). Introducción. Recuperado de <https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/romex/introduccion.html>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC, International Network of People Who Use Drugs, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, Organización Mundial para la Salud–WHO, & United States Agency for International Development. (2017). *Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_HIV-HCV-programmes-people-who-inject-drugs_en.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (1961). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*. Recuperado de https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf

- Organización Mundial para la Salud–WHO, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC, & Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida–UNAIDS. (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42848/9241591153_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial para la Salud–WHO, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC, & Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida–UNAIDS. (2009). *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/idu_target_setting_guide_en.pdf
- Organización Mundial para la Salud–WHO, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida–UNAIDS, & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito–UNODC. (2004). WHO/HIV/2004.05 *Policy brief: Reduction of HIV transmission in prisons*.
- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. (1994). Informe del encuentro sostenido por el grupo consultivo intergubernamental ad hoc para la resolución 3 de la Comisión de Estupefacientes (XXXVII).
- Royal College of Physicians. (2016). *Nicotine without smoke; tobacco harm reduction–A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. Londres: RCP. Recuperado de <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/media/Documents/Nicotine%20without%20smoke.pdf>
- Sánchez Avilés, C. (2014). *El régimen internacional de control de drogas: formación, evolución e interacción con las políticas nacionales: El caso de la política de drogas en España* (Tesis doctoral). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/08/doctrina41783.pdf>
- Secretaría General de las Naciones Unidas. (2004). ST/SGB/2004/6 Boletín del Secretario General.
- Sinha, J. (2001). The History and Development of the Leading International, Drug Control Conventions Prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, Parliamentary Research Branch. Recuperado de <https://sencanada.ca/content/sen/committee/371/ille/library/history-e.htm>
- Strang, J. (1993). Drug use and harm reduction: responding to the challenge. En N. Heather, A. Wodark, E. Nadelmann, & P. O'Hare (Eds.), *Psychoactive Drugs and harm Reduction: From Faith to Science*. London: Whurr Publishers.

Sumnall, H. R., Bates, G., & Jones, L. (2017). *Evidence review summary: drug demand reduction, treatment and harm reduction*. United Kingdom: Public Health Institute, Liverpool John Moores University. Recuperado de https://idhdp.com/media/531888/europeanresponsesguide2017_backgroundpaper-evidence-review-drug-interventions.pdf

Thoumi, F. E. (2015). *Debates y paradigmas de las políticas de drogas en el mundo y los desafíos para Colombia*. Bogotá: Academia Colombiana de Ciencias Económicas. Recuperado de <http://franciscothoumi.com/wp-content/uploads/2016/07/DILEMAS-y-paradigmas-de-las-politicas-de-drogas-en-el-mundo-y-los-desfios-para-colombia.pdf>

Transnational Institute. (noviembre 23 de 2005). *Las Naciones Unidas y la Reducción del Daño*. Recuperado de <https://www.tni.org/es/art%C3%ADculo/las-naciones-unidas-y-la-reduccion-del-dano>

Transnational Institute, International Drug Policy Consortium, & Global Drug Policy Observatory. (2017). *Un avance lento pero gradual: los cambios en el lenguaje de la ONU con respecto a las drogas desde 1990*.

Contenido Vol 4 N° 1

Presentación Presentation

- 14 **Editorial**
El consumo de alcohol y drogas en universitarios: una ilusión efímera
The consumption of alcohol and drugs in university students: an ephemeral illusion
Gloria Esperanza Castañeda

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN RESEARCH PAPERS

- 25 **Adicciones tecnológicas en adolescentes: relación con la percepción de las prácticas parentales**
Technological addictions in adolescents: the relationship with the perception of parental practices
Nancy Marlene Malander
- 46 **Dependencia emocional y adicción al sexo en una comunidad LGBT y heterosexuales**
Emotional Dependency and Sex addiction in a LGBT community and straight people
Edinson Martín Pérez Linares
Gutember Viligran Peralta Eugenio
- 68 **Identidad como fumador y riesgo percibido en adolescentes fumadores de tabaco: un modelo predictivo**
Identity as a smoker and perceived risk in teenage tobacco smokers: A predictive model
Sandra Paola Castellanos Cuellar
Constanza Londoño Pérez

ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA THEORETICAL REVIEW

89

Aproximaciones conceptuales y prácticas a las adicciones en una muestra bibliográfica Conceptual approaches and practices of addictions in a bibliographical sample

Lucas Dávila Cañas
Maricelly Gómez Vargas

110

Descripción de la intención para consumir drogas. Una visión desde la tipología, cognición, neuropsicología y desarrollo

Description of the intention to consume drugs. A vision from typology, cognition, neuropsychology and development
Oscar Armando Erazo Santander

ESTUDIO DE CASO CASE STUDY

150

Terapia cognitiva y activación conductual trastorno depresivo mayor recurrente, inducido por sustancias

Cognitive Therapy and conductual activation, recurrent major depressive disorder induced by substances
Juan Felipe Valencia Acevedo

NOTA CIENTÍFICA SCIENTIFIC NOTE

173

Cognición implícita en psicopatología: contribuciones al abordaje de los trastornos por consumo de sustancias

Implicit cognition in psychopathology: contributions to substance use disorder approach
Rodrigo Moreta-Herrera
Carlos Reyes-Valenzuela

Contenido Vol 4 N° 2

Presentación Presentation

- 205 **Editorial**
En la era hegemónica del cuerpo, una pausa para comprender el trastorno dismórfico corporal
Dubis Marcela Rincón Barreto
- 209 **Editorial**
In the hegemonic era of the body, a pause to understand corporal dysmorphic disorder
Dubis Marcela Rincón Barreto

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN RESEARCH PAPERS

- 214 **Permisividad parental y diferencias de género en el consumo de alcohol en escolares**
Parental permissiveness and gender differences in alcohol consumption in schoolchildren
Efrén Martínez, Orlando Scopetta, Andrés Martín
- 225 **Actitudes, creencias y estigma atribuidos por profesionales de la salud a dependientes de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática**
Attitudes, beliefs and stigma attributed by health professionals to dependents of psychoactive substances: a systematic review
Vitor Leite Ferreira, María Elena Iturriaga Goroso, Telmo Mota Ronzani
- 246 **Conductas adictivas al juego Fortnite: evidencias experimentales de ejercicios de relajación en escolares**
Fortnite game-addictive behaviors: experimental evidence of relaxation exercises in schoolchildren
Jhon Holguin-Alvarez, Pool Andrade Paredes

268 **Diversidad funcional: amor, sexualidad y adicciones**
Functional diversity: love, sexuality and addictions
Juan Ricardo Ramírez Ramírez

290 **Relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia filioparental en adolescentes**
Relationship between the use of psychoactive substances and filial-parental violence in adolescents
Viviana Carmenza Ávila-Navarrete, Yamile León-Catachunga, Carlos Andrés Gutiérrez-Tamayo

304 **Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en el habitante de calle**
Causes and consequences of psychoactive substance use in the street dwellers
Yojan Adrián Correa Álvarez

325 **Estrategias implementadas en programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas**
Strategies implemented in psychoactive substance prevention programmes
Lina María Pareja Hincapié, Katherine Mejía López

ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA

THEORETICAL REVIEW

342 **El consentimiento informado en psiquiatría: fundamentación operativa y aspectos legales en Colombia**
Informed consent in psychiatry: operational foundation and legal aspects in Colombia
Juan Evangelista Tercero Gaitán Buitrago

356 **La reducción de riesgos y daños vs. el régimen internacional de control de drogas (1990-2017)**
The reduction of risks and damages vs. The international drug control regime (1990-2017)
Enrique Andrés Peña Barona

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

Escuela de Posgrados

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

Tel: (574) 448 76 66

www.ucatolicaluissamigo.edu.co