

DE LA TEORÍA A LA ACCIÓN:  
**CONSTRUYENDO RESPUESTAS  
INTERDISCIPLINARIAS  
EN EL CAMPO DE LAS DROGAS**



Presidencia  
Uruguay

Secretaría Nacional  
de Drogas



Facultad de  
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

DE LA TEORÍA A LA ACCIÓN:  
**CONSTRUYENDO RESPUESTAS  
INTERDISCIPLINARIAS  
EN EL CAMPO DE LAS DROGAS**

Dr. Jorge Díaz

Prosecretario de Presidencia de la República, presidente de la Junta Nacional de Drogas

Dr. Gabriel Rossi

Secretario general de la Junta Nacional de Drogas.

Mag. Enrico Irrazábal

Decano de la Facultad de Psicología, Universidad de la República (UdelaR)

### **Equipo responsable de la publicación**

*Por la Junta Nacional de Drogas:*

Mag. Leticia Aszkinas

Lic. Gustavo Misa

As. Eduardo Cannizzo

Lic. Diana Meerhoff

Lic. Carolina Fernández

*Por la Universidad de la República, Facultad de Psicología:*

Prof. Tit.Dr. Juan Fernández Romar

Mag. Evangelina Curbelo

# DE LA TEORÍA A LA ACCIÓN: **CONSTRUYENDO RESPUESTAS INTERDISCIPLINARIAS EN EL CAMPO DE LAS DROGAS**

Selección de trabajos finales de la primera edición de la “Especialización en Estrategias de Intervención en Usos problemáticos de drogas”, convenio JND - Udelar, 2022



Presidencia  
Uruguay

Secretaría Nacional  
de Drogas



Facultad de  
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

## Índice

Prólogo del secretario general de la JND, Dr. Gabriel Rossi

Prólogo del ex secretario general de la JND, Dr. Daniel Radío (2020 - 2025)

Prólogo del decano de la Facultad de Psicología, Mag. Enrico Irrazábal

Prefacio. Dr. Juan E. Fernández Romar

Ciclos de Transformación: Reflexiones sobre la Interdisciplinariedad y el Aprendizaje en los Usos Problemáticos de Drogas

### I. Políticas públicas y prevención

Entre Figuras y Fondo en la Prevención de los Usos Problemáticos de Drogas. Un Análisis de los Alcances en el Marco de las Políticas Públicas

**Autora. Psic. Esp. Ana Ma. Castro**

**Tutor: Prof. Tit. Luis Giménez..... 18**

### II. Perspectiva de género y uso de drogas

De la invisibilidad al doble estigma. La importancia de entender los consumos problemáticos de sustancias con perspectiva de género.

**Autora: Lic. Psic. Stephanie Xiomara Laborda Simonov**

**Tutor: Dr. Juan Fernández Romar ..... 78**

Problematizando acerca de la relación entre el abuso sexual infantil en mujeres y el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

**Autora: Lic. Psic. Sandra Mariela Benítez Antó**

**Tutor: Dr. Juan Fernández Romar ..... 108**

Dificultades para el acceso a tratamiento voluntario e involuntario en mujeres con consumo problemático de sustancias en contextos de vulnerabilidad social.

**Autora: Lic. T.S. Valeria Núñez**

**Tutor: Dr. Juan Fernández Romar ..... 142**

Cosas de mujeres... Un análisis en torno al mayor involucramiento de las mujeres-madres, en el acompañamiento de personas con uso problemático de drogas.

**Autora: Lic. T. S. María Florencia Amado Pereira**

**Tutora: Mag. Leticia Aszkinas..... 164**

### III. Espiritualidad y religiosidad en el tratamiento de los consumos

Espiritualidad y religiosidad en los abordajes de los consumos problemáticos de sustancias

**Autora:** Lic. Psic. Vanessa Silva

**Tutor:** Dr. Marcelo Rossal ..... 195

### IV. Terapias asistidas con psicodélicos

Terapias asistidas con psicodélicos. Recorrido histórico y diseño actual

**Autora:** Lic. Psic. María Eugenia Oromí

**Tutor:** Dr. Ismael Apud ..... 216

Uso de ayahuasca en tratamientos por consumo de drogas

**Autora:** Lic. T.S. María Victoria Ferreira de León

**Tutor:** Dr. Ismael Apud ..... 234

### V. Aspectos psicológicos y sociales del uso problemático de sustancias

Uso problemático de sustancias y proceso de duelo

**Autora:** Lic. Psic. Sheila González

**Tutor:** Prof. Tit. Luis Giménez ..... 262

### VI. Aspectos éticos en el abordaje del consumo problemático de sustancias

Consideraciones para la creación de un código de ética desde una perspectiva de Derechos Humanos para profesionales y no profesionales que brindan consejería a usuarios problemáticos de Drogas en Uruguay

**Autor:** Lic. Psic. Fernando Octavio Zabaleta Wanderley

**Tutor:** Dr. Martín Fernández Chiossoni ..... 335

### Posfacio:

Especialización en Estrategias de Intervención en Usos Problemáticos de Drogas: memoria y reflexión pedagógica

**Autores:** Dr. Juan Fernández Romar y Mag. Evangelina Curbelo Arroqui ..... 372

## Prólogo del secretario general de la JND, Dr. Gabriel Rossi

“Se dice que hay varias maneras de mentir; pero la más repugnante de todas es decir la verdad, toda la verdad, ocultando el alma de los hechos. Porque los hechos son siempre vacíos, son recipientes que tomarán la forma del sentimiento que los llene”

J.C. Onetti (El pozo, 1979)

La formación profesional en temáticas de drogas, constituye un factor decisivo para el impacto positivo de los programas de prevención, atención e inserción social que se implementan desde las políticas públicas y las organizaciones de la sociedad civil.

Así como desde la academia contribuyen con el diseño de políticas mediante investigación básica y cualitativa que aporta evidencia científica, desde los programas y dispositivos en territorio las y los profesionales garantizan una alta calidad de los servicios y resultados concretos en quienes participan de los mismos.

Tradicionalmente la Junta Nacional de Drogas ha producido instancias de información, sensibilización, capacitación y formación para el colectivo profesional. Concomitantemente ha sido su norte estratégico la promoción de generación de oferta formativa en los ámbitos especializados en la materia, en particular el universitario, apoyando su implementación en los niveles de grado, posgrado y formación permanente.

En este marco surge el convenio con la Facultad de Psicología para la realización de la Especialización en “Estrategias de intervención en usos problemá-

ticos de drogas” del año 2022, de cuyos trabajos finales presentamos aquí una importante selección.

La calidad de estos trabajos habla, a la vez, de la calidad de la formación recibida y del alto nivel profesional de quienes cursaron. Las temáticas estudiadas y las propuestas realizadas se constituyen, desde ya, en insumos relevantes para el diseño de políticas e implementación de acciones.

En la misma línea en el mes de marzo del presente año dimos inicio a la segunda edición de esta especialización, la que convocó a una nueva cohorte de profesionales de diversas disciplinas lo que asegura una rica y continua producción de conocimiento y profesionales calificados en la temática.

Cabe destacar, el análisis crítico que presentan un gran número de los textos que aquí se presentan, en el entendido que el trabajo articulado con la Universidad de la República, permite identificar aspectos a fortalecer, desafíos en términos de intervención y aspectos conceptuales a desarrollar. Lejos de la verdad, pero con el compromiso de interrogar la realidad una y otra vez.

En esta publicación se encuentran las palabras del anterior Secretario Nacional de Drogas, Dr. Daniel Radío, lo que evidencia que en Uruguay existen políticas de Estado que van más allá de los gobiernos, que existe cierta concordancia en líneas estratégicas y también matices y diferencias, que logran convivir en el marco de procesos de civilidad y democracia.

## Prólogo del ex secretario general de la JND, Dr. Daniel Radío (2020 - 2025)

El desarrollo de esta primera experiencia de la Especialización en Estrategias de intervención en Usos Problemáticos de Drogas tiene para nosotros una gran significación, que trasciende el objetivo específico alcanzado.

Se constituye en línea con algunas definiciones de fondo de la mayor jerarquía.

Por un lado, ayudar a fortalecer el papel rector que como Junta Nacional, nos corresponde en la política de drogas. Y, por otra parte, es un momento concreto de expresión del trabajo interinstitucional, en este caso con la Facultad de Psicología de la Universidad de la República que, ante tantas interpretaciones simplistas, y respuestas fáciles y de ingenio, se hace cargo de la naturaleza compleja del fenómeno.

La cruzada planetaria contra las drogas ha logrado que, automáticamente, identifiquemos a las drogas con un montón de características y consecuencias que tienen connotaciones siempre negativas: el delito, la cárcel, la pérdida de la libertad, la enfermedad, la muerte. En todo caso, corresponde afinar la punta al lápiz y tratar de distinguir cuántos de estos efectos son, verdaderamente, atribuibles al uso de sustancias y cuántas son consecuencia del régimen actual, hegemónico en el mundo.

Como el control de la oferta no estaría cumpliendo su objetivo, lo que surge, como primera alternativa, es la necesidad de reducción de la demanda, lo cual implica, automáticamente, el advenimiento del deber de tutela social sobre los las personas que usa drogas, rápidamente reclasificados como adictos.

Algunas perspectivas, que generosamente podríamos llamar terapéuticas, procuran la "normalización" de los adictos, planteada como una alternativa al castigo. Habría una forma de comportarse, de transitar por el planeta, de gestionar los asuntos vitales, incluido el placer, asumida como "normal" o legítima, en la misma

medida en que no pone en peligro la tranquilidad social, o que es compatible con una cierta idea de orden.

Estas miradas suponen la represión, o en el mejor de los casos la prevención, de las que se entienden que son, conductas desviadas. Y para reprimir o prevenir estas conductas, se necesita control social.

Entonces emergen los hechizos. El ardid. La martingala. El voluntarismo. Las soluciones, tan bienintencionadas como intuitivas, respaldadas exclusivamente en experiencias y testimonios, que se presumen de validez universal. Experiencias que, rápidamente, se confunden con experticia.

Entonces surgen los liderazgos de ocasión. Voluntarios dispuestos a encarrilar a los insurrectos. Idóneos de la reconversión, de la vuelta al redil. Verdaderos hijos pródigos del orden social instituido. De ese orden social que, permanentemente, está siendo cuestionado por los descarriados.

Entonces se reclama el uso de la coacción, en beneficio de quienes serán sometidos. El reemplazo de la pena por una medida curativa, y de seguridad. Un régimen moralizador, disciplinador, que tiene como Norte modificar los hábitos y los comportamientos.

La verdad es que todo es un poco más complejo. Por suerte. Por humano. Y los problemas complejos no admiten soluciones simples. Y demandan más interdisciplina que intuición. “Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo”, decía Ortega y Gasset en *Meditaciones del Quijote*.

La Estrategia Nacional de Drogas para el quinquenio 2020 – 2025 establece la necesidad de promover acciones de formación y capacitación, de generar ofertas formativas especializadas, de desarrollar acciones orientadas a la inserción curricular de esta temática. Asumimos que es necesario seguir incentivando el diálogo entre las disciplinas y reconocer la posibilidad de múltiples modelos de intervención.

Agradezco a la Universidad de la República, a la Facultad de Psicología y sus autoridades, a los técnicos de la SND, y a quienes me precedieron en esta responsabilidad, por la fuerte retroalimentación entre la academia y las políticas públicas.

El éxito de esta primera edición nos ha alentado, a ambas instituciones, a acordar un nuevo convenio que permita la realización de una segunda edición de la

Especialización, para beneficio de más profesionales y, sobre todo, de las personas que recurren a los dispositivos en busca de orientación, apoyo y tratamiento. Que, de alguna manera, es también invitarnos a continuar transitando, despojados de condenas morales, esta aventura tan humana, en la que no es posible tomar atajos. Es también invitarnos a bucear en la temática de las drogas. Que se imbrican con el proceso salud enfermedad. Que involucran consideraciones bioquímicas y neurotransmisores. Y que, muchas veces abordamos haciendo abstracción de su íntima relación con la gestión del placer. Esa cosa que nos permite emparentarnos, desde otro lado, con nosotros mismos, con nuestra naturaleza, con el planeta, y con el prójimo.

## Prólogo del decano de la Facultad de Psicología, Mag. Enrico Irrazábal

Como Decano de la Facultad de Psicología, me complace anunciar la reedición de la Especialización en Estrategias de Intervención en Usos Problemáticos de Drogas que acompaña procesualmente esta publicación de los mejores productos teóricos y discursivos de una cohorte que egresa. Ambos evidencian un programa que reafirma nuestro compromiso con la formación de alta calidad y la contribución al bienestar social. Como lo señala nuestra Ley Orgánica en su artículo 2, los fines de la Universidad de la República son “la enseñanza pública superior en todos los planos de la cultura, la enseñanza artística, la habilitación para el ejercicio de las profesiones científicas y el ejercicio de las demás funciones que la ley le encomiende”.

La experiencia de una labor compartida de años, permite la firma de un nuevo convenio entre la Junta Nacional de Drogas y nuestra Facultad, que asegura la financiación necesaria para la continuidad de la tarea, impulsando con mayor ímpetu la Especialización.

Este posgrado, se inscribe en una fructífera trayectoria de colaboración entre ambas instituciones que data de 1995. Desde entonces, hemos mantenido una sólida relación institucional, renovada y fortalecida a lo largo de los años mediante diversos acuerdos y convenios que han permitido la implementación de iniciativas relevantes en el ámbito de las políticas de drogas.

Es importante destacar que entre estos acuerdos figura el Convenio Marco de Cooperación Recíproca, vigente desde el 9 de febrero de 2009, que ha sido un pilar fundamental para el desarrollo de múltiples proyectos. Entre ellos, se encuentran el Estudio sobre consumo de drogas en centros carcelarios de Uruguay (2008), las Estrategias de intervención en comunidades educativas y de abordaje comunitario en usos problemáticos de drogas (2012), y el Fortalecimiento de los ejes estratégicos de Género en la política de drogas (2015). Estos antecedentes muestran la capacidad de trabajo conjunto y el impacto positivo que pueden generar las alianzas

institucionales sostenidas en el tiempo. Y que proporciona a ambas instituciones la posibilidad de colaborar, en sus competencias, propuestas que enriquezcan políticas públicas sobre un problema complejo.

En el caso específico de la Especialización que nos ocupa, esta representa una evolución y actualización del Diploma en Drogas, Regulación y Control, inaugurado en 2014. Diseñado para fortalecer las competencias de los profesionales vinculados a las políticas de drogas, este diploma contó con tres ediciones y una estructura interdisciplinaria, con la participación activa de siete Facultades de la Universidad de la República. La integración de perspectivas diversas enriquece significativamente la comprensión y el abordaje de los problemas asociados al consumo de drogas.

Actualmente, la Especialización en Estrategias de Intervención en Usos Problemáticos de Drogas consolida el rol de la Facultad de Psicología como un referente académico en este campo. Tanto en el Diploma como en la Especialización, hemos procurado desarrollar políticas de drogas basadas en la evidencia científica, la acumulación y sistematización de experiencia, la comprensión de un campo de problemas multifactorial y el respeto por los derechos humanos, promoviendo la formación de especialistas en análisis, intervención, reducción de riesgos y daños, gestión y evaluación de políticas.

Este esfuerzo forma parte del compromiso institucional de cumplir con los mandatos de la Ley Orgánica de la Universidad de la República de 1958, fomentando la investigación, produciendo conocimiento de calidad y formando recursos humanos altamente calificados. Para ello, no sólo buscamos generar competencias individuales, sino también consolidar una infraestructura adecuada y diseñar políticas institucionales que integren la educación superior, la investigación y el desarrollo en beneficio del país.

Finalmente, queremos reafirmar que esta reedición celebra la posibilidad de seguir trabajando conjuntamente con la Junta Nacional de Drogas, organismo dependiente de la Presidencia de la República y encargado de implementar las políticas de drogas en el país. A lo largo de las décadas, y más allá de los cambios en las direcciones políticas y en los gobiernos universitarios, hemos demostrado que es posible construir políticas de Estado sostenibles y efectivas. Este trabajo colaborativo ha contribuido significativamente a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas de Uruguay, reafirmando nuestra alegría y entusiasmo por seguir avanzando en esta dirección.

## Prefacio. Dr. Juan E. Fernández Romar

### Ciclos de Transformación: Reflexiones sobre la Interdisciplinariedad y el Aprendizaje en los Usos Problemáticos de Drogas

Este libro representa, para quienes estuvimos intensamente implicados en todas las etapas de desarrollo de la Especialización Interdisciplinaria en Estrategias de Intervención en Usos Problemáticos de Drogas, el cierre de un ciclo y, por ende, una evaluación de lo realizado. Es una oportunidad para mostrar los frutos de un proceso, enumerar los aprendizajes alcanzados y, con alegría, comenzar de nuevo.

El concepto mismo de ciclo, que implica tanto completud como reinicio, lo aplicamos de manera intuitiva y sistemática en diversos aspectos de nuestras vidas. Los ciclos representan un proceso repetitivo que, al cerrarse (si ha sido lo suficientemente pleno), da paso a un nuevo comienzo. La completud se asocia con alcanzar un estado de plenitud, mientras que el reinicio marca una nueva fase de la vida, un paso entre estaciones o etapas de desarrollo humano. Los ciclos, por lo tanto, reflejan una dinámica constante de cambio y continuidad con transformaciones imprevisibles.

Los antiguos astrónomos, que a menudo eran sacerdotes o sabios, se percataron de que los cuerpos celestes seguían trayectorias cíclicas. Esto les permitió establecer calendarios, prever eventos astronómicos y, en muchos casos, asociar estos ciclos con fenómenos cosmogónicos.

Con el surgimiento de las religiones monoteístas, la percepción cíclica del tiempo empezó a transformarse hacia una concepción más lineal. En lugar de ver el tiempo como un eterno retorno, las religiones abrahámicas (judaísmo, cristianismo e islam) introdujeron la idea de un tiempo progresivo, que avanza hacia un fin definitivo o un juicio final. El tiempo tiene un inicio (la creación del mundo) y se mueve hacia un evento final (el juicio y la salvación o condenación). Esta concepción del tiempo finito, con un propósito último, alteró profundamente la percepción de los

ciclos, relegándolos a un nivel secundario. El enfoque se desplazó de la repetición hacia la progresión y el cumplimiento de un destino.

Sin embargo, con la gradual secularización de la vida, el concepto de tiempo evolucionó desde una visión cíclica, basada en los ritmos naturales como los ciclos solares y lunares, hacia una concepción lineal impulsada por la ciencia y la industrialización. En las civilizaciones antiguas, el tiempo se entendía en términos de ciclos naturales repetitivos, como las estaciones o los movimientos celestes, que se utilizaban para organizar la vida cotidiana y los rituales.

En la modernidad, el desarrollo de la ciencia, la tecnología y los relojes mecánicos permitió que la percepción del tiempo se volviera más precisa y cuantificable. El reloj se convirtió en una herramienta dominante para medir el tiempo, fragmentándolo en minutos y segundos, lo que desplazó en gran medida la percepción natural y cíclica del tiempo, que dependía de los ritmos del Sol y la Luna. La industrialización y el capitalismo impulsaron una noción del tiempo como un recurso lineal y limitado, algo que debía gestionarse eficientemente.

Esta coexistencia entre lo cíclico y lo lineal refleja una profunda dualidad en la forma en que los seres humanos experimentamos y conceptualizamos el paso del tiempo como un medio para reflexionar sobre la existencia y el destino, sobre lo que hemos hecho y su eventual valoración.

Es imposible resolver completamente la tensión entre el universo místico de los ciclos y la tendencia lineal hacia un futuro planificado. Nos movemos atentos a las múltiples fuerzas exteriores que influyen en nosotros. No somos los mismos que comenzamos este camino ni somos iguales a lo que éramos. Pensar implica cambiar, y todos los que hemos transitado esta Especialización hemos mutado en diversas direcciones.

Creo que todas y todos los que participamos en este proyecto estamos orgullosos de haber contribuido a modular la diversidad discursiva en el campo de las drogas desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial. Este era nuestro objetivo desde el principio y es lo que buscamos evaluar en este proceso de transformaciones.

La complejidad del concepto histórico de "droga" requiere enfoques epistemológicos diferentes de los que tradicionalmente ofrecen las disciplinas individuales que estudian este fenómeno.

Los análisis restringidos a perspectivas disciplinarias no logran abordar adecuadamente la necesidad de integrar problemáticas que sólo pueden ser comprendidas desde nuevas percepciones y valoraciones, facilitadas por una visión más amplia, intersectorial y con un enfoque interdisciplinario.

La formación actual en este ámbito debe centrarse en capacitar profesionales con habilidades para el diseño y desarrollo de respuestas innovadoras frente a los nuevos patrones de consumo de drogas, dentro de una propuesta pedagógica que priorice una variedad de estrategias de intervención y no una única perspectiva interpretativa.

El consumo de drogas no puede ser reducido a una única dimensión de análisis, ya que está determinado por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales. Esta diversidad convierte al consumo de drogas en un problema social complejo, que no puede resolverse mediante enfoques simplistas o unidisciplinarios. Por ello, es indispensable una aproximación interdisciplinaria para su análisis y gestión. Este enfoque no sólo permite una comprensión más profunda del fenómeno, sino que también facilita el desarrollo de soluciones más efectivas y humanas.

La integración de diversas epistemologías y métodos provenientes de distintas disciplinas supone un reto considerable. Es esencial fomentar la colaboración y el diálogo constante para alinear estos enfoques hacia un objetivo común. No obstante, las diferencias metodológicas entre disciplinas pueden generar tensiones, tanto en la interpretación de los resultados de investigación como en la discusión sobre posibles intervenciones. Esto nos lleva a buscar maneras de reconocer, conciliar e integrar métodos cualitativos y cuantitativos que puedan aplicarse tanto en el diseño de investigaciones como en la implementación de intervenciones.

Uno de los mayores desafíos en el enfoque interdisciplinario reside en la integración de epistemologías diversas. Cada disciplina tiene sus propios supuestos sobre qué constituye un conocimiento válido y cómo debe obtenerse. Por ejemplo, en el estudio del consumo de drogas, mientras que la psicología se enfoca en los procesos cognitivos y emocionales del individuo, la sociología podría centrarse en los factores socioeconómicos y culturales que influyen en dicho consumo. Integrar estos enfoques requiere un diálogo constante y a menudo complejo entre las disciplinas involucradas.

La implementación de metodologías que faciliten tanto la investigación como la intervención en este campo también presenta dificultades importantes. Las diferencias en los métodos de investigación y las herramientas de análisis pueden generar tensiones. Los métodos cualitativos utilizados en las ciencias sociales no siempre son compatibles con los métodos cuantitativos preferidos en las ciencias naturales, lo que puede dificultar la integración efectiva de ambas metodologías para lograr una comprensión completa del fenómeno.

Desde el punto de vista de la formulación e implementación de políticas, los retos del enfoque interdisciplinario son igualmente significativos. La coordinación entre diferentes agencias gubernamentales, que a menudo operan de forma aislada en términos disciplinarios y burocráticos, representa un obstáculo importante. La colaboración en el ámbito del consumo de drogas debe trascender las fronteras nacionales, involucrando agentes institucionales de otros países, lo que añade una capa adicional de complejidad.

El enfoque interdisciplinario también plantea cuestiones éticas importantes. Un tema recurrente es cómo equilibrar los derechos individuales con el bienestar colectivo en las estrategias de intervención para el consumo de drogas. Las diferencias en los marcos éticos de las distintas disciplinas pueden generar tensiones sobre qué intervenciones son moralmente aceptables.

Superar estos desafíos requiere una mayor integración entre las ciencias sociales y otras disciplinas, reconociendo y abordando los diversos niveles del problema. Esto implica no sólo cambios en la educación y formación de profesionales, sino también una reestructuración en la organización de la investigación y las políticas públicas.

La creación de equipos interdisciplinarios, la promoción de espacios para el diálogo y la inversión en metodologías que faciliten la colaboración entre disciplinas son pasos fundamentales hacia una integración más efectiva.

El desarrollo de programas de posgrado como este, constituye una valiosa oportunidad para que las instituciones de educación superior no sólo formen profesionales capaces de abordar problemas complejos del mundo real, sino que también lideren la generación de nuevos conocimientos y propuestas innovadoras en un contexto global cada vez más interconectado e interdependiente.

Les invitamos a adentrarse en los trabajos que presentamos a continuación, elaborados por los y las estudiantes de la primera cohorte de nuestra Especialización. Estos escritos reflejan no sólo la profundidad y riqueza del proceso formativo, sino también el valor de adoptar una perspectiva interdisciplinaria para enfrentar los desafíos asociados a los usos problemáticos de drogas.

# I. Políticas públicas y prevención

## Entre Figuras y Fondo en la Prevención de los Usos Problemáticos de Drogas. Un Análisis de los Alcances en el Marco de las Políticas Públicas

Autora. Psic. Esp. Ana Ma. Castro

Tutor: Prof. Tit. Luis Giménez

### Algunos Conceptos Básicos sobre Políticas Públicas de Drogas

¿Es concebible que toda la sociedad global deba ser reformada para controlar las adicciones? La idea parece estrafalaria cuando es enunciada sin más. Pero cuando el contexto social más amplio se considera históricamente, la imagen cambia. (Alexander, 2015, p.16)

Las políticas de drogas –tomando los aportes de Babor et al. (2010) son un campo de acción gubernamental de más de un siglo de desarrollo, constituido por una serie de leyes y programas orientados a influir las decisiones individuales en relación a sus usos y modificar sus consecuencias, a nivel individual como de la comunidad en su conjunto. Babor distingue tres categorías de medidas administrativas en este campo: programas orientados a personas no consumidoras para prevenir la iniciación en los usos; programas de servicios sociales y de salud que apuntan a modificar el comportamiento o reducir las consecuencias de los usos en consumidores excesivos; y leyes, reglamentos e iniciativas para el control de la oferta de drogas, incluyendo la posesión, uso, distribución y producción de sustancias, en particular la venta de sustancias con prescripción médica que se desvían para usos con propósitos no médicos. Asimismo, la política de drogas puede incluir el patrocinio del gobierno para el desarrollo de investigaciones científicas, evaluaciones

de programas e iniciativas de vigilancia. Dichos encuadres normativos y programas se llevan adelante en sectores estratégicos diversos tales como educación, salud, comunitario, fuerza pública, vigilancia de fronteras, y con frecuencia se integran en servicios con objetivos más amplios para potenciar los resultados esperados de las políticas (pp.04-05).

Dichas políticas, pueden encontrarse sustentadas en distintas tipologías de regulaciones jurídicas de las drogas. Se entiende de interés detenerse y presentarlas sintéticamente, a efectos de visualizar el peso relativo de los distintos componentes político-estratégicos en el campo de las drogas –represión, prevención, tratamiento e intervención comunitaria- en los distintos modelos de regulación jurídica. Esta mirada será complementada con una visión general del marco normativo a nivel internacional en interrelación con las regulaciones mencionadas. De esta manera se favorece la comprensión de la incidencia del posicionamiento jurídico en la gestión de problemas asociados a los usos de drogas.

## Contexto General a Nivel Jurídico

### **Sobre Modelos de Regulación Jurídica de Problemas Vinculados a Sustancias Psicoactivas**

Siguiendo a Rodrigo Uprimny (2003) se distinguen como modelos jurídicos de manejo de problemas asociados al uso y abuso de drogas, la prohibición estricta o derecho penal máximo; prohibición flexible o reducción del daño y minimización de los riesgos; despenalización flexible, legalización regulada, reducción del daño generalizada o modelo de salud pública; y despenalización estricta o liberalización general.

Problematizando el autor, sobre cuál de dichas estrategias sería la más aceptable en una democracia, concluye que una perspectiva de legalización regulada aparecería como la posición más defendible; a partir de argumentos de respeto a la autonomía personal, dignidad humana y pluralismo, junto al análisis utilitario de costos y beneficios. Esto, en contraposición a los elevados costos humanos, económicos y sociales generados por las estrategias prohibicionistas y por las propias sustancias, que disparan sufrimiento social.

Para Uprimny, las políticas se ubican entre el recurso a un derecho penal máximo focalizado en el control de la oferta -considerando que el Estado puede imponer

modelos de virtud y/o salud-; y en el otro extremo, estaría la confianza en el poder regulador del mercado y la idea de que el Estado no puede impedir el posible daño que una persona se puede infringir a sí misma. Por otro lado, se encuentran dos estrategias intermedias, ambas filosóficamente ubicadas en la perspectiva de salud pública y respeto por los derechos humanos, con diferencias en el uso del derecho penal en la producción y distribución. Así, las políticas ubicadas en el segundo modelo mencionado (prohibición flexible), plantean la despenalización del consumo de ciertas sustancias y la reducción de riesgos y daños, a la vez que se mantienen en la prohibición y criminalización de la producción y gran parte de la distribución. El modelo de legalización regulada, considera para reducir los efectos perversos de la prohibición, ampliar la reducción del daño despenalizando y regulando la producción y distribución de todas las sustancias.

Uruguay, atendiendo a la Estrategia Nacional de Drogas (Junta Nacional de Drogas [JND], 2015) y los procesos de regulación de sustancias que ha encaminado, se halla en una interfase entre los modelos de prohibición flexible y legalización regulada, acorde a las categorías presentadas.

Uprimny (2003) destaca que el marco internacional se presenta con el prohibicionismo como eje, con lineamientos que generarían violaciones de derechos de las personas y antidemocráticos, distinguiéndose diferencias nacionales y regionales significativas. A la vez, distintos países y ciudades europeas ensayan políticas de control más flexibles.

Dicha situación se ve ilustrada por las expresiones de Ruth Dreifuss -Presidenta de la Comisión Global de Políticas de Drogas- en el Informe de 2017 de la Comisión, acerca de las fallas del régimen internacional de control de drogas y sus leyes represivas; así como de las reformas necesarias para superar las consecuencias trágicas de la prohibición. La Comisión Global destaca “el costo humano de las políticas equivocadas, su incapacidad para reducir la producción y el consumo de drogas ilegales, y de minar las organizaciones delictivas”. Entre dichas consecuencias, se mencionan la propagación de enfermedades infecciosas, muertes por sobredosis, uso de sustancias adulteradas, violencia asociada a represión y guerra entre pandillas, corrupción, escasez de tratamiento farmacológico adecuado y alivio del dolor, hacinamiento en cárceles, ausencia de perspectiva de integración social en personas con antecedentes de delitos por drogas, incluidos consumidores y actores no violentos involucrados en la oferta. Dreifuss pone énfasis en el desperdicio de los di-

neros públicos en represión en lugar de financiar medidas eficientes de prevención, tratamiento y reducción de daños (pp.05- 06).

### **Sobre el Marco Jurídico Internacional**

El marco jurídico internacional se basa en las tres Convenciones de las Naciones Unidas vigentes, a saber: la Convención Única de Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972; el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971; la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD], 2014). Las mismas apuntan a tipificar medidas de control aplicables a nivel internacional, para promover una cooperación eficaz, orientada a garantizar la disponibilidad de sustancias psicoactivas para fines médicos y científicos y prevenir su desvío hacia canales ilegales; estableciendo asimismo disposiciones generales sobre tráfico y consumo de sustancias psicoactivas (Naciones Unidas [ONU],1961,1971,1988). Los criterios básicos que establecen, orientan a los Estados miembros de la ONU en sus definiciones a nivel nacional. Las Convenciones de 1961 y 1971 clasifican las sustancias controladas en cuatro listas en consideración al valor terapéutico y riesgos potenciales. Las tres Convenciones marcan la obligación de declarar como ilegal la producción, distribución, posesión y uso de ciertas sustancias psicoactivas que no se inscriban en usos médicos y de investigación científica, dando lugar a un régimen “prohibicionista” en el control global de drogas. Acorde a las Convenciones hay usos ilegales o ilícitos de drogas y sustancias controladas; no existiendo la pretensión de que el uso de drogas sea considerado delito, y por ende se apliquen sanciones administrativas o penales. No obstante, la Convención de 1988 establece considerar como delito la posesión para el uso personal, aunque no el consumo personal, estando este aspecto sujeto al ordenamiento jurídico de cada Estado (ONU, s/f,1971,1988).

Vale sopesar a la hora del análisis que, como se hizo mención anteriormente, las modalidades centradas en la prohibición han fracasado en su estrategia, con resultados negativos en la reducción de la oferta y combate al narcotráfico, tal cual fue expresado por la Comisión Global de Políticas de drogas en su informe de 2017, el cual refiere también a sus seis informes anteriores (pp.04-05).

Los altos costos y efectos no deseados se consideran tanto o más graves que los riesgos y daños asociados a usos de drogas, en particular, efectos en términos de estigma, discriminación, violencia y violación a derechos humanos fundamenta-

les, como ser; el derecho a la vida, a la salud, a no ser sometido a torturas ni a tratos crueles y derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos indígenas. El énfasis en la seguridad y justicia penal orientada al control de la oferta del régimen prohibicionista, ha relegado la salud pública con adversas consecuencias. Los informes de la Comisión Global de 2017 y 2019 presentan ejemplos en distintos países.

Cabe mencionar, que de acuerdo al aporte de Silva Forné (2018) la temática de Derechos Humanos (DDHH) en las tres Convenciones internacionales, sólo se explicita en el art. 14 de la Convención de 1988. Mientras, en el escenario internacional, se observa la tensión manifiesta entre las disposiciones de las Convenciones Internacionales -con sus restringidas interpretaciones y negativas consecuencias a nivel global, asociadas fundamentalmente a la “guerra contra las drogas”- y los principios fundamentales de DDHH, los que se ubican por encima de toda política de control de drogas, combate al narcotráfico y crimen organizado. El autor resalta como mayoritaria la opinión de la Academia, que sostiene que los instrumentos internacionales de DDHH tienen jerarquía cuanto menos supralegal (constitucional o supraconstitucional) respecto de las Convenciones de drogas (p.108). No obstante, en las implementaciones a nivel nacional de las disposiciones internacionales por parte de los Estados, se desprenden en diferentes casos a nivel global, restricciones de derechos como ser, de autonomía y libre desarrollo de la personalidad, salud, no discriminación, debido proceso y juicio justo, entre otros (Metaal, 2014; Comisión Global de Políticas de Drogas, 2017).

Siguiendo el informe de la Comisión Global (2017), cuando refiere al informe de 2014 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, se puede señalar que solo una de cada seis personas con consumo problemático de drogas recibe tratamiento. Allí se plantea también que según el informe de 2015 del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos el estigma la discriminación y la criminalización de las personas con consumo de drogas está directamente relacionado a la violación de sus derechos humanos. En tal sentido la Comisión Global, cita como ejemplos, “la retención de metadona u otros tratamientos para extraer confesiones de personas condenadas que usan drogas”; la violación del derecho a la vida por ejecuciones extrajudiciales y pena de muerte en delitos relacionados con drogas; y la discriminación de las mujeres que usan drogas, perdiendo la custodia de sus hijos, siendo sometidas a esterilización forzada, aborto o sanciones penales por usos de drogas durante el embarazo (pp.30-34).

En este escenario, el informe de la Comisión Global (2017) recomienda cambios para apoyar las reformas hacia políticas de drogas más efectivas, incluyendo entre los mismos: proporcionar información confiable y coherente para incidir en las percepciones actuales de los políticos sobre las drogas y las personas que las usan; promover el uso de un lenguaje no estigmatizador y no discriminatorio por parte de líderes de opinión, en atención a su responsabilidad de dar forma a las opiniones y percepciones públicas sobre las drogas; fomentar la participación de los ciudadanos que usan drogas en el debate, sosteniendo su activismo; y enfatizando las responsabilidades de los gobiernos, parlamentos, judicatura, alcaldes, medios de comunicación, profesionales de la salud y profesionales sociales.

Asimismo propone detener los actos de acoso basados en las percepciones negativas de las personas que usan drogas. Otra prioridad que se plantea, refiere a las dimensiones salud y seguridad, apelando a que la comunidad médica y profesionales de la salud promuevan servicios de prevención, tratamiento y reducción de riesgos basados en evidencia, abordando con urgencia el estigma basado en la percepción en los entornos de atención médica. Asimismo, se insta a la revisión del uso del lenguaje en los documentos internacionales y en las negociaciones en relación a las drogas y personas que las usan, de manera de reducir referencias dañinas, degradantes y/o que no se encuentren en consonancia con los lineamientos internacionales de políticas (pp.40-41).

### **Enfoques Alternativos y Actuales Tendencias a Nivel Global**

En respuesta al contexto, en los últimos años varios Estados y organizaciones no gubernamentales han venido impulsando una reforma de la política de drogas, hacia un posicionamiento integral, equilibrado, interdisciplinario, respetuoso de los derechos humanos y basado en la evidencia, desde un enfoque de salud pública o del bien público. Ejemplos de estos procesos se pueden observar entre otros, en Checoslovaquia, Portugal, Canadá, Países Bajos, Suiza y Uruguay (Comisión Global de Políticas de Drogas, 2017, 2019).

Este enfoque centrado en grupos de personas o “poblaciones”, apunta a las necesidades de salud y sus factores determinantes, ambientales, sociales, económicos y políticos.

Cabe la mención al fortalecimiento en la discusión académica del enfoque del bien público, el cual es más amplio que el de salud pública, comprendiéndolo, pero tomando a su vez consideraciones relacionadas con aspectos de justicia, libertad, seguridad, desarrollo y derechos humanos en general.

Siguiendo a Babor et al. (2010) la salud pública comprende un campo especializado dedicado al tratamiento y prevención de trastornos en salud en grupos de personas llamadas “poblaciones”. Enfocar poblaciones en lugar de individuos (acorde a los enfoques médico y de justicia penal) encuentra efectos más pronunciados, ya que las intervenciones remarcan la necesidad de modificar el entorno y los comportamientos individuales. Sin embargo, este enfoque basado estrictamente en salud pública tiene sus limitaciones, ya que las sociedades no ponderan sus problemas sociales solamente basadas en indicadores de dicha naturaleza y estadísticas sanitarias. Por tanto, la perspectiva del bien público abarca la salud pública pero también la trasciende (pp.05-08).

El enfoque de salud pública -sostenido por nuestro país en su Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025 (JND, 2021)- ha sido reconocido recientemente en instrumentos internacionales, como la Declaración de Antigua Guatemala “Por una política integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas” (OEA, 2013) y en la Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU – UNGASS- “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas” (2016).

En particular, nuestro país tuvo una intensa participación en la UNGASS de 2016, defendiendo enfáticamente el enfoque integral de salud pública y derechos humanos (JND, 2015). Fue convocada para evaluar la Declaración política y Plan de Acción trazados hasta el año 2019, como los logros y desafíos de responder al problema mundial de las drogas, en el marco de las Convenciones internacionales y otros instrumentos pertinentes de la ONU. La modificación del marco de fiscalización actual (Convenciones internacionales) no estuvo en discusión; si bien al comprender otros instrumentos pertinentes, incluyó de manera especial las Convenciones internacionales de derechos humanos.

Uruguay planteó la importancia de contemplar la diversidad para el establecimiento de consensos, incorporando renovados enfoques, ante los resultados no previsibles con que se ha enfrentado el “problema mundial de las drogas” desde los

años 70 en toda la región, desde una sesgada interpretación de las Convenciones. Destacó la peligrosidad de los mecanismos de control y las agencias usadas para aplicar la ley, mientras el fin último de las Convenciones es salvaguardar derechos. El derecho al bienestar y la salud, en relación a la circulación de sustancias que tienen graves riesgos para la misma, pero que la humanidad ha usado y seguirá haciéndolo con diversos fines, religiosos, recreativos, medicinales, culturales. El derecho a la accesibilidad de las sustancias controladas para sus usos médicos y científicos. El derecho a calmar el dolor, mitigar los daños y cooperar con los usos pertinentes de las drogas (Gerner, JND, 2016).

Nuestro país consideró un avance el documento consensuado en la Asamblea, al reconocer la flexibilidad en la aplicación nacional de políticas de drogas, a punto de partida de los tres tratados de fiscalización internacional. El nuevo lenguaje establecido refiere a una sociedad libre del “abuso” de drogas antes que la distopía de un “mundo libre de drogas”. Entiende que ello amplía la posibilidad de considerar el enfoque de gestión de riesgos y reducción de daños y el modelo de regulación de mercados, como posicionamientos comprensivos de la oferta y la demanda; respondiendo a dicho objetivo desde una responsabilidad compartida, y un enfoque integral garante de derechos (Gerner, JND, 2016).

Referenció también, su tránsito hacia la regulación de mercados; habiendo regulado el mercado de sociedades anónimas para operaciones off shore de manera de incidir en el narcotráfico; ha regulado el mercado de tabaco; ha venido trabajando en el mercado de alcohol, y en respeto de la Constitución y sus leyes como también de las normas internacionales, pero haciendo uso de sus derechos, ha avanzado hacia el modelo de regulación del mercado de cannabis. Aboga por una revisión de la aplicación de las medidas prohibicionistas del cultivo de cannabis; por la incorporación de una postura proactiva a partir de experiencias disponibles sobre sus usos médicos, científicos, religiosos y culturales, así como del uso industrial del cáñamo. Propone la incorporación al sistema internacional de las fortalezas y debilidades que surgen de la investigación científica, monitoreo, evaluación, y la elaboración de buenas prácticas (Gerner, JND, 2016).

Entre los aspectos destacados en la Sesión Especial en clave de reforma de política global de drogas - recogidos por el Documento final del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General (ONUDD, 2016) - se encuentran, la mención a los objetivos de salud y bienestar de la humanidad de las Convenciones de fiscaliza-

ción, antes que los aspectos punitivos o represivos. Las tres Convenciones y otros instrumentos internacionales pertinentes constituyen la piedra angular del sistema de fiscalización internacional. Pero se tomarían también otras referencias como las Convenciones de derechos humanos, y otras relacionadas a salud, desarrollo y derechos de grupos vulnerables. En el párrafo preambular 7 el documento reafirma que debe haber conformidad de las medidas de las diferentes áreas de la política de drogas, con la Carta de las Naciones Unidas, el derecho internacional y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, con pleno respeto de todos los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad inherentes a las personas. En el § 13, se reconocen los nuevos retos y refiere a la flexibilidad suficiente de las tres Convenciones para formular y aplicar políticas nacionales de drogas con arreglo a las necesidades de los países. En relación al uso de drogas y salud pública, el documento no hace mención al enfoque de gestión de riesgos y reducción de daños, y no aborda la despenalización ni los modelos de regulación en políticas de drogas.

### **Posicionamiento Jurídico de Uruguay en Políticas de Drogas**

Uruguay, al igual que el resto de los Estados miembros de ONU, define su régimen jurídico en el marco de los instrumentos internacionales de Derechos Humanos junto a las tres Convenciones internacionales de drogas. En particular, el respeto a los derechos y libertades fundamentales de las personas que consumen drogas, se encuentra apoyado en la Constitución de la República (Uruguay, 1967). Por el art.70 de la Carta, se reconoce que los derechos de las personas preexisten, especificando el derecho a “ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes que se establecieron por razones de interés general”.

El art.10 consagra a su vez, el principio de libertad sobre el que está asentada la autonomía personal, delimitando específicamente el campo privado - que comprende la salud privada y los límites a la intervención terapéutica - teniendo como única condición habilitante de la intervención de la autoridad, el orden público y daño a terceros contra su voluntad. El artículo señala que “las acciones privadas... que de ningún modo atacan el orden público ni perjudican a un tercero, están exentas de la autoridad de los magistrados”. Refiere también que ningún habitante de la República “será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”.

Para que los derechos sean limitados afectando el art.7 es necesaria una ley formal, basada en el interés general y la salud pública. Asimismo, en ocasiones se apela al art.44 en cuanto al deber de cuidado de la salud, en una interpretación finalista de la misma, poniendo el tema a nivel individual. El artículo establece:

El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

Nuestro país ha venido desarrollando un interesante tránsito en su política pública en la temática modificando concepciones y pilares estratégicos, adoptando actualmente un enfoque integral, equilibrado, interdisciplinario, respetuoso de los derechos humanos, con énfasis en la salud pública, basado en la perspectiva de gestión de riesgos y reducción de daños, género y en la evidencia científica (JND, 2021).

Al igual que otros países, ha avanzado en políticas alternativas como la despenalización de la tenencia para el consumo personal y la regulación y control de mercados de determinadas sustancias que cuentan con legitimación social, como ser el caso de cannabis de uso adulto, recreativo y/o medicinal. Las nuevas orientaciones de políticas regulatorias de Uruguay en relación al mercado de cannabis, se entienden acorde a las Convenciones internacionales de drogas, apelando a las Convenciones internacionales de derechos humanos, no debiendo lesionarse el campo de los derechos individuales y autonomía personal

El avance hacia un modelo de regulación y control, da cuenta de la crisis del modelo prohibicionista -expresado fundamentalmente en Occidente- promoviendo nuevas orientaciones políticas. Sin embargo, siguiendo a Forné (2018; Forné et al., 2019), se puede afirmar que tal como quedó de manifiesto en la UNGASS 2016, en el concierto internacional sigue predominando un enfoque prohibicionista.

Resulta interesante mencionar el enfoque recientemente presentado por el actual Secretario General de Drogas, Dr. Daniel Radío, en relación a las políticas públicas de drogas. Radío enfatiza los peores resultados de la historia generados por el "experimento" de la "prohibición" comenzado hace un siglo, siendo necesario

desandar el experimento. Para ello entiende pertinente avanzar hacia un “desprohibicionismo”, lo cual sería diferente a la “legalización”, ya que esta última refiere al binomio legal-ilegal e implicaría asumir la prohibición como lo natural. Se hace necesario asumir la convivencia con los usos de drogas y apuntar a la disminución de los riesgos y daños asociados (Canal 5 Uruguay, 2022,11’20”).

## La Prevención en el Marco de los Lineamientos Político-Estratégicos

### H. C. No.13.176

Ya no consumo Haloperidol, solo Tegretol, Anafranil y Litio. Estoy “compensada”. Traduzcamos: me mantengo de este lado, es decir, sin delirios...y deambulo...(porque nosotros, los pacientes, deambulamos). Es una nueva costumbre que he adquirido. Deambulo -como digo- “libremente” por el enorme parque del hospicio...Estoy lúcida, ubicada en tiempo y espacio, por lo tanto: sé en qué día vivo. ¿Vivo? Me pregunto. Y me entra la tristeza y me deprimó. La historia clínica se pone gorda de tristezas. Yo soy mi historia clínica. ¿Dejé de ser mi historia, acaso? Es muy malo preguntarse tantas cosas que complican, además el tratamiento. Tengo sueños, pesadillas...que a nadie se las cuento, por las dudas, no sea cosa, vayan a la historia clínica. Pero si tengo insomnio, por ejemplo, esto es inocultable, y va derecho a la historia clínica. Mi psiquiatra, entonces, regula las pastillas. Duermo. Se anota en la historia clínica. Doctor, estoy amando...

¿Esto también irá a la historia clínica? (Marisa Wagner, Los montes de la loca, 2007, s/p)

A punto de partida de los títulos anteriores en este trabajo, se puede observar cómo las distintas estrategias planteadas realizan un uso diferenciado de las herramientas posibles –represión, prevención, tratamiento e intervención comunitaria– otorgándoles distintos énfasis relativos en su aplicación. La prohibición se centra en la represión casi de manera exclusiva; la prohibición flexible aumenta lo preventivo, terapéutico e intervención comunitaria disminuyendo lo represivo; mientras que la legalización regulada restringe aún más el uso del derecho penal aumentando los componentes de prevención, tratamiento y abordaje comunitario. La liberalización general reduce lo represivo pero excluye a su vez al Estado de la prevención, no en-

fatizando entonces los otros ejes de intervención mencionados, en consonancia con su centro en el mercado y libre opción (Uprimny, 2003).

En este marco -como se hizo mención- diferentes países entre ellos Uruguay, se encuentran ensayando políticas alternativas que reduzcan costos asociados, las cuales –en consonancia con los últimos lineamientos consensuados en el concierto internacional- colocan en el centro la gestión de riesgos y reducción de daños, en respeto de los derechos humanos y desde el enfoque de salud pública. Estos posicionamientos actuales colocan la prevención como un componente fundamental de las acciones, pudiéndose valorar su alcance en relación a los otros modelos de políticas en la temática.

A continuación, se pasa entonces a analizar elementos clave de la prevención, que enriquezcan la mirada sobre sus posibilidades y desafíos.

### **Modelos Interpretativos en el Análisis del Problema de las Drogas**

El desafío político a nivel mundial, tal cual introduce el informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas (2019), establece definiciones basadas en evidencia científica, que alejen de acciones atravesadas por lo ideológico y sus consecuentes daños potenciales. Refiere a la posición común del sistema de la Organización de las Naciones Unidas y tendencia normativa mundial sobre la política de drogas, que impulsa una “perspectiva centrada en el ser humano y basada en los derechos, firmemente arraigada en la Agenda 2030, destacando la importancia decisiva de unas decisiones en materia de políticas basadas en la ciencia y en pruebas contrastadas para cumplir esa meta” (p.38).

En efecto, como señalan Fernández Romar y Estin (2020), diferentes modelos interpretativos sustentan políticas de intervención diferenciadas. Las mismas van desde posicionamientos prohibicionistas apoyados en la represión para restringir el acceso a ciertas sustancias, con un consecuente recorte de derechos individuales, hasta el reciente modelo basado en la perspectiva de derechos humanos y que respalda un abordaje de reducción de riesgos y daños antes que reducción de la oferta (p.102).

Las distintas concepciones teóricas, ideológicas y metodológicas en el abordaje de la prevención y el cambio de comportamiento, se distinguen en la base de los programas preventivos. La coexistencia de los distintos modelos interpretativos

conlleva intervenciones y representaciones diferenciadas, detallándose algunos de los principales.

Siguiendo a Fernández Romar (2000) se distingue el modelo ético-jurídico según el cual la droga es el gran peligro; se constituye como sujeto, como agente activo, llevando a la represión de sus usuarios y prevenir su difusión. Esta perspectiva comienza cuando se configura la droga como problema público sobre el cual hay que operar desde la política pública. Según la misma, se está ante un problema de inseguridad, con una mirada criminalizadora del consumo, que trata a la persona que consume como un potencial delincuente. Lleva a una política prohibicionista, sancionando desde lo jurídico ciertos consumos, con una carga moral. Apunta a reducir la oferta social de drogas de venta ilícita, aquellas cuyo consumo no es regulado por la ley. Las representaciones sociales asociadas a este modelo son la de delincuente, vicioso y víctima. Siguiendo al autor, el modelo médico-sanitario introduce la perspectiva de un problema de salud, entendida como un trastorno del individuo que debe ser atendido por médicos y profesionales, sobre el que hay que instrumentar medidas de aislamiento y contención; asociando la representación de "enfermo" a la persona que consume de manera reduccionista. Desde el código epidemiológico de enfermedades infecciosas se reinscribe la tríada ecológica droga-individuo-contexto, como agente-huésped-contexto, ocupando las drogas el lugar de agente patógeno, que afectará al huésped de acuerdo a las condiciones facilitadoras del contexto. Apunta a prevenir el "contagio", alejando a las personas aún sanas del germen patógeno, propiciando preventivamente campañas informativas y tratamientos de rehabilitación. El modelo psico-social a su vez, incorpora la dimensión subjetiva con eje en los sujetos y colectivos, reparando fundamentalmente en la relación individuo-contexto. Presenta enfoques más flexibles y diversos, que van desde los comportamentales hasta análisis familiares y grupales. Devuelve a la droga la calidad de objeto jerarquizando al individuo, poniendo énfasis en el contexto y las modalidades de uso. Reconoce la complejidad de la conducta humana, explicando el comportamiento de consumo desde perspectivas individuales o microsociales, anteponiendo el análisis de condiciones de vida y el mundo vincular. Sigue siendo un enfoque reduccionista, que asocia la representación de "esclavo" al sujeto consumidor, dejando de lado en mayor o menor medida, factores macroeconómicos, políticos y socio-culturales. Asimismo, el modelo socio-cultural jerarquiza la complejidad y variabilidad del contexto, considerando al medio como responsable de la iniciación del consumo. El sentido de las drogas se determinaría por la forma

en que una sociedad define su consumo y reacciona ante las personas que consumen, asociándose a las mismas la representación de víctimas. Se acentúan factores socio-económicos y ambientales, no obstante lo cual, lo económico aparece de manera parcial, focalizado en la clase subordinada, antes que desde una perspectiva macroeconómica. Se mantiene una mirada parcial que no alcanza al plan político. También refiere al modelo geopolítico-estructural, que sostiene una visión global e interdisciplinaria del fenómeno, politizándolo, redimensionándolo y considerando al mismo como problema social que integra al individuo, familia, comunidad y la sociedad con sus múltiples causas económicas, sociales, políticas, entre otras, y otorga al sujeto la calidad de actor. Sin embargo, presenta limitantes en su capacidad interpretativa asociada a la rigidez de su propia naturaleza estructuralista, manteniéndose como un enfoque que demoniza las sustancias de venta ilícita y centra sus esfuerzos en la erradicación del tráfico combinando estrategias de reducción de la oferta y demanda (pp. 70-108).

El autor Luis Giménez (1998) sintetiza de manera clara, la coexistencia de; perspectivas drogocéntricas -que jerarquizan la abstinencia, la evitación del inicio y/o mantenimiento de los consumos, del “contagio”, el control de la oferta y brindar información-, junto a aquéllas centradas en los sujetos y su protagonismo, el ejercicio de sus derechos y responsabilidades, producidos socialmente y generadores de realidades. El foco está puesto en los factores asociados a la demanda, integrando críticamente lo multifactorial, apelando a respuestas político-estratégicas de Estado, sostenidas en el tiempo (pp.145-146).

A su vez, Fernández Romar (2000) considera que la convivencia de modelos da cuenta de la multidimensionalidad del fenómeno y necesidad de enfoques más abarcativos, como ser considerar al mismo desde la perspectiva de los sistemas complejos. El enfoque de la complejidad o multidimensional entiende al consumo problemático como un cruce complejo de circunstancias que trasciende lo exclusivamente propio del sujeto, la sustancia o condicionante social. Conduce a complejizar la mirada acerca de la salud, desde una óptica integral, colectiva, multidisciplinaria y en términos relacionales (pp.70-108).

En este sentido, cabe agregar siguiendo la concepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la salud es más que la ausencia de enfermedad y se define como “completo estado de bienestar físico, mental y social”, concibiéndose como una construcción colectiva que comprende el acompañamiento social y la

promoción de tramas de cuidados desde el Estado en interacción con la sociedad civil. De acuerdo a Silva Paim y Almeida Filho (2000), la salud es entendida como una construcción colectiva; como un conjunto articulado de saberes y prácticas médicas, tecnologías, ideas políticas y económicas, desarrolladas en el ámbito académico, institutos de investigación e instituciones de salud; desde las políticas elaboradas e implementadas por los organismos de la administración pública pero también, a partir de significados y prácticas presentes en las organizaciones de la sociedad civil, y conformadas por distintas corrientes de pensamiento, resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en el campo. Este enfoque valoriza la salud integrando en su concepción las características socio-culturales del contexto, la prevención, significaciones y representaciones sociales e ideas políticas; distinguiéndose de perspectivas más normativistas que plantean meramente la ausencia de enfermedad.

### **¿Qué se Entiende por Prevención?**

Siguiendo a la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2012):

La Prevención es un concepto que aplica a los programas destinados a disuadir o retrasar el inicio del consumo de drogas o, en caso de que ya haya iniciado, a evitar la progresión hacia los trastornos del consumo. Es un término que también se usa en áreas muy relacionadas como prevención del delito, prevención de los daños relacionados con el consumo de drogas (como, por ejemplo, el contagio del VIH entre los usuarios de drogas inyectables) y desarrollo alternativo de carácter preventivo (como los programas de desarrollo rural en áreas que están en riesgo de emprender actividades de cultivo ilícito (pp.15-16).

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), en el documento del Currículum de Prevención Europeo (EUPC) (EMCDDA, 2020) plantea que:

La prevención del uso de sustancias busca evitar que la gente comience a usar sustancias y puede ayudar a evitar el desarrollo de problemas a quienes hayan comenzado a usarlas. Sin embargo, la prevención del uso de sustancias tiene una intención más amplia: mantener a las personas sanas y salvas, y ayudarlas a que puedan desarrollar sus talentos y su potencial (p.44).

La European Society for Prevention Research (s/f, como se citó en EMCDDA, 2020) define la ciencia de la prevención como:

Un empeño multidisciplinario de considerar a la etiología, a la epidemiología, al diseño de la intervención, a la efectividad, y a la implementación para la prevención de una serie de problemas sociales y de salud. Estos problemas incluyen, pero no se limitan a, problemas por el uso de sustancias, la salud sexual, el embarazo adolescente, VIH/SIDA, violencia, accidentes, suicidio, enfermedad mental, delincuencia, obesidad, alimentación/nutrición, falta de ejercicio, y enfermedad crónica (p.46).

El EUPC (EMCDDA,2020) destaca como característica común la importancia del comportamiento como determinante de la mala salud y las desigualdades en salud; por lo que cobran relevancia los factores de riesgo del comportamiento asociados a las enfermedades no transmisibles (p.46).

Asimismo, se entiende oportuno conceptualizar la prevención o reducción del daño; para lo cual se toma la definición de la OEA (2012):

Noción que agrupa las políticas, programas y prácticas orientadas a mitigar las consecuencias negativas a nivel social, económico y sanitario que se deben al consumo de drogas psicoactivas legales e ilegales, sin reducir necesariamente dicho consumo...se basa en el principio de que los usuarios de drogas, más que la sociedad, son los principales agentes de cambio en la reducción de daños derivados de su consumo. La noción fue desarrollada originalmente para abordar principalmente los daños directos relacionados con el consumo problemático de drogas (especialmente para prevenir las sobredosis y el contagio de diversas enfermedades entre los usuarios de drogas inyectables) a través de programas de intercambio de agujas, de tratamientos de sustitución, de recetas de heroína y de salas de consumo de drogas bajo supervisión. Recientemente, también alude a los cambios en las prioridades de políticas para lograr la reducción de los daños relacionados con el mercado ilícito y con la aplicación de las leyes vigentes sobre drogas, como la violencia, la corrupción o el deterioro ambiental, sin que ello implique necesariamente la reducción del mercado (p.16).

La Comisión Global de Políticas de Drogas (2017) plantea que hay diferentes maneras de prevenir el daño asociado a los usos de drogas, sin apuntar a la abstinencia. Entiende como reducción de daños “la gama de servicios y políticas que disminuyen las consecuencias adversas del uso de drogas y protegen la salud pública” (p.20). Este enfoque reconoce que muchas personas no quieren o no pueden abstenerse de usar drogas ilegales, y que la abstinencia no debe ser una condición previa para obtener ayuda. Comprende políticas y mensajes orientados a la disminución de los daños sin requerir el cese del comportamiento potencialmente dañino (p.20). “Es también una herramienta de prevención...que evita el deterioro de la salud física y psicológica y facilita la reintegración social” (p.20).

### **Usos y Usos Problemáticos de Drogas.....Aspectos Básicos para la Prevención**

Considerando la naturaleza del campo temático y a partir de un recorrido transversal a las acciones que vienen siendo desarrolladas, se concluyen elementos básicos en la labor preventiva, que se pasan a mencionar.

Graciela Touzé (2015) destaca la delimitación del “problema de las drogas” a abordar. Apela a salir de reduccionismos ampliando el objeto de abordaje, integrando lo complejo y multidimensional de su naturaleza. Asimismo, a atender la pluralidad del fenómeno y su carácter temporal y socio-histórico. Ello conduce al análisis de cada realidad y unicidad, a diferenciar distintos niveles de consumo (uso, abuso, dependencia), y a conceptualizar los “usos problemáticos”, de manera de evitar devenir en prácticas iatrogénicas que no respondan a necesidades y contextos.

La autora plantea también, la deconstrucción de prácticas estigmatizantes y representaciones sociales asociadas. Destaca la relevancia de pensar las representaciones previo a la acción -pues permean el cómo se mira, piensa, entiende y significa el problema de las drogas y las personas usuarias-. En particular, revisar el propio concepto de “droga”, el “fetichismo” de la sustancia, la droga como oposición a la sociedad y la imagen de la persona que usa drogas (Touzé, 2015).

Reconocidos autores en el campo de la prevención como Pérez et. al (2015) plantean que las definiciones políticas en este terreno han de ser de Estado. Requiriéndose; lineamientos a largo plazo, flexibles, sostenibles y a nivel nacional; que garanticen la acción sistemática y continua, atendiendo las particularidades locales,

y asignándose los recursos y elementos formativos necesarios. El trabajo en redes nacionales y regionales y fortalecimiento de la participación. Se hace imprescindible desarrollar acciones colaborativas y elaboración conjunta de respuestas a nivel de los sectores público, sociedad civil y la Academia, saliendo de miradas simplificadoras para llegar a una concepción política integral. Asimismo, fortalecer la coordinación territorial, promoviendo diagnósticos locales y regionales que favorezcan la contextualización de las acciones a las distintas realidades.

Tomando los aportes de Luis Giménez (1998) resulta relevante la integración horizontal de saberes de los distintos actores involucrados en una comunidad; conocer cómo se presenta el fenómeno en esa realidad cotidiana y las expresiones de las condiciones de vida. Remarca la prevención basada en la comunidad como una estrategia destacada, por su eficacia y eficiencia, permitiendo accionar precozmente y requiriendo bajos costos. El autor introduce la importancia del acompañamiento, implicación e interrogación. Se distinguen aquellas prácticas que interroguen lo dado, como también la propia implicación, facilitando construcciones comprensivas y menos polarizadas. Ello conduce a la implicación de todos/as en las transformaciones oportunas, acompañando procesos sostenidos antes que el desarrollo de acciones aisladas, de bajo impacto. Refiere a la necesidad de respuestas integrales que abarquen lo inespecífico junto a aspectos específicos. El mejoramiento de la calidad de vida se posiciona en el centro, demandando la construcción de respuestas críticas y responsables hacia los problemas de los usuarios y/o daños generados por las propias acciones frente al tema; buscando así anticiparse a los consumos problemáticos. Se puede concluir que lo preventivo no es desarrollado solamente desde programas, sino también ampliando las posibilidades de pensar los desafíos, objetivando las drogas y humanizando las prácticas (pp.147-149).

Elizardo Becoña (2003) asocia la efectividad a la prevención aplicada y evaluada con acierto, destacando los programas multicomponentes como más efectivos en niños/as y adolescentes, orientados a impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo y abuso. Thomas Babor et al. (2010) en la misma línea, enfatiza la complementariedad y coherencia de los ámbitos estratégicos implicados, fundamentalmente el educativo y familiar.

Pérez et al. (2015) resalta lo valioso de disponer evaluaciones sistemáticas, de largo alcance y con resultados públicos, favorecedoras de adaptaciones programáticas y mejora continua. Ello remite a la importancia del diálogo entre la Academia y

los ámbitos de política pública; al desarrollo de la investigación y estudios científicos que aporten a la toma de decisiones políticas.

Así mismo, cabe introducir en el recorrido teórico, otras variables subyacentes a la complejidad que llevan a trascender miradas positivistas y funcionalistas; como poder, propiedad, acumulación, integrando la incidencia de factores de carácter político, económico y social entre las múltiples dimensiones que hacen a la interfase entre salud, ambiente y sociedad, atravesando el proceso salud-enfermedad. Lo cual remite a integrar las concepciones (anglosajonas) de determinantes sociales y las visiones latinoamericanas de determinación social de la salud.

Cardona (2016) plantea que los determinantes y la determinación presentan diferencias significativas en sus bases epistemológicas, éticas, teóricas y políticas, lo que impacta directamente en la concepción e intervención de la salud pública. La determinación social es promovida por la medicina social latinoamericana, y la concepción de los determinantes sociales por la OMS. En efecto, desde la década de los setenta la medicina social latinoamericana y la salud colectiva han realizado desarrollos desde los cuales se critica la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. El autor introduce que dicha visión sobre los determinantes, sigue atada a un neocausalismo, llevando a identificar y actuar sobre factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan y los sistemas ecosociales correspondientes con los que establecen una dinámica determinante (pp.183-191).

Siguiendo a Breilh (2013) la determinación social de la salud, responde a los criterios de la Epidemiología Crítica, y los determinantes sociales están desarrollados sobre la base del causalismo y la teoría del riesgo. El primer concepto, lleva a analizar críticamente las bases socio-ambientales de los problemas de salud; que las genera, como se van acumulando, a efectos de poder actuar hacia elementos que emancipen, que generen quiebres pro sociedades más soberanas, solidarias y saludables en todos los espacios posibles. Como también, la prevención debería considerar los determinantes sociales; las condiciones de vivienda y trabajo, los niveles de escolaridad, los ingresos económicos y las pautas culturales. Todo ello posibilitando un enriquecimiento de los procesos preventivos y por ende sociedades más saludables (pp.13-27).

## Breve Recorrido Histórico Reciente sobre Intervenciones Preventivas – Algunas Conclusiones sobre Resultados Esperables de Programas

Investigaciones implementadas en el campo de las drogas, por destacados autores como Botwin y Scheier, Jessor, y Otero (1995, 1992, 1997 citados por Arco Tirado y Fernández Castillo [2002]), han arrojado importantes conocimientos en relación a la prevención, más allá de las áreas específicas investigadas.

El espectro de intervenciones preventivas generadas, fue tradicionalmente clasificado desde un modelo de salud pública, como primarias, secundarias y terciarias. Esta clasificación se encuentra sustentada por el paradigma o modelo de la historia natural de la enfermedad (HNE) creado por Leavell y Clark (1965). Según dicho modelo:

el estado de salud en el hombre depende de la compleja interacción de estímulos y del equilibrio entre tres elementos: el agente, el huésped y el ambiente, a lo que denominan la tríada ecológica, considerada como el conjunto causal resultante de múltiples influencias, reacciones, características y respuestas entre cada uno de los tres elementos, lo que da como resultado una interacción multicausal..... la enfermedad representa la ruptura o alteración del equilibrio existente entre los elementos de la tríada ecológica responsables de mantener el estado de salud (Vallejo y Valles-Medina, 2019, p.32).

Esta tríada ecológica es trasladada al campo de las drogas (como antes se hizo mención al describir los modelos) pasando éstas a ocupar el lugar del agente patógeno, afectando al huésped de acuerdo a las condiciones contextuales.

Siguiendo a Vallejo y Valles-Medina (2019) de acuerdo a Leavell y Clark en la HNE se delimitan dos períodos; prepatogénico y patogénico. En el primero, interviene la llamada tríada ecológica, interaccionando el agente potencial de la enfermedad, el huésped y los factores ambientales, en la cadena epidemiológica utilizada para entender las relaciones entre dichos elementos. Si las circunstancias del período prepatogénico coinciden en un huésped susceptible y en un momento determinado en el tiempo, se rompe el equilibrio de la tríada ecológica y el huésped es afectado por la enfermedad, la cual se resolverá en su etapa final desapareciendo, cronicándose o la persona fallece (p.37).

De acuerdo a este modelo, las medidas preventivas se organizaron en tres niveles. Un primer nivel o prevención primaria, se corresponde con el período prepatogénico, y un segundo y tercer nivel o prevención secundaria y terciaria se ubican en el período patogénico. Estos niveles incluyen a su vez niveles de aplicación de medidas preventivas, los que se relacionan con las probables causas asociadas al agente, huésped y/o factores ambientales, como con las posibilidades de ser contratadas. La prevención primaria se subdivide en las fases de promoción de salud –orientada a mantener un bienestar general-, y protección específica

–orientada a las causas de la enfermedad-. La prevención secundaria se corresponde con un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con el objetivo de detener la evolución de la enfermedad y curar, impedir la propagación en caso de enfermedades transmisibles como también, limitar la discapacidad. La prevención terciaria se corresponde con la fase de rehabilitación, implicando componentes físicos, mentales y sociales, representando la prevención de la completa discapacidad (Vallejo y Valles-Medina, pp. 37-38).

Actualmente prima la clasificación de Gordon (1983) en las intervenciones preventivas, distinguiendo las de carácter universal, selectivo e indicado, basada en los niveles de riesgos de la población a la que se dirigen, tomando lo complejo y facilitando el uso interdisciplinario. De acuerdo a la misma, siguiendo al Currículum de Prevención Europeo (EUPC) (EMCDDA, 2020).

Las intervenciones o políticas universales, son aquellas que se dirigen a quienes forman parte del grupo destinatario, independientemente de su riesgo subyacente del uso de sustancias o de su historia de uso. Sin embargo, la mayoría es probable que no sean personas consumidoras. Representados en esta categoría de intervenciones se encuentran la mayoría de los currículums escolares y las políticas escolares y ambientales. Las intervenciones selectivas se dirigen a grupos vulnerables donde se suele concentrar el uso de sustancias, y se centran en mejorar sus posibilidades en condiciones de vida y sociales mayormente difíciles. Esta categoría también incluye las intervenciones escolares y familiares, así como políticas orientadas a mantener a la población infantil escolarizada. Las intervenciones indicadas se dirigen a personas de forma individual, ayudándoles a gestionar sus particulares rasgos de personalidad y los factores de riesgo que les hacen más vulnerables a la intensificación del uso de sustancias. Mientras que las intervenciones universales generalmente (aunque no exclusivamente) están dirigidas a grupos destinatarios

antes del inicio del uso de sustancias, la prevención indicada y selectiva son adecuadas para la implementación en todos los puntos del proceso prevención-tratamiento-cuidado continuo (p.42). Las intervenciones breves (o intervenciones tempranas) están vinculadas a la prevención indicada... Pretenden prevenir o retrasar el uso de sustancias y prevenir la escalada hacia problemas con el uso de sustancias..., están limitadas en el tiempo y operan en el área de transición entre la prevención y el tratamiento. Habitualmente se dirigen a personas jóvenes o personas en riesgo (p.42).

En una mirada global, los programas predominantes desde los años 60' hasta hoy han sido sintetizados ágilmente por Gorman (1996). Distingue entre los años 1960-70 se centraron en brindar conocimiento e información sobre sustancias y sus efectos. Entre 1970-1980 predominan programas afectivos e inespecíficos como el de desarrollo personal, y entre 1980- 1990 los basados en el modelo de influencia social, en particular, entrenamiento en habilidades de resistencia y sociales.

En efecto, según reseñan en su sistematización Arco Tirado y Fernández Castillo (2002): se desarrollan primeros programas sustentados en la táctica del miedo y los efectos contraproducentes del consumo de drogas (Wepner, 1979), hasta acciones basadas en información contrastada sobre hechos, desafiando a la juventud a la toma de decisiones responsables respecto a los usos de sustancias (Goodstadt, 1980; Swisher, 1979). A principios de los '70 se comienzan a abandonar los enfoques de políticas represivas con énfasis en control de la oferta, pudiéndose destacar los trabajos de Schaps y Slimmon (1975) focalizados en aspectos psicológicos y habilidades. Los programas de educación afectiva (Swisher, 1979) son ejemplos de esta categoría de programas con sustento en variables endógenas. En el mismo período, distintos investigadores concluyen que se encontraría mayor efectividad para impedir el consumo de drogas en jóvenes, ofreciendo experiencias que respondieran –sin presencia de sustancias- al mismo tipo de necesidades presentes en consumidores (Cohen, 1980). Otros autores jerarquizaron brindar oportunidades a la juventud en actividades comunitarias antes que enfatizar programas focalizados en la búsqueda de sensaciones, centrándose en la importancia del contexto. A finales de los '70 se comienza a denunciar la falta de efectividad de los programas basados en el “uso responsable”, y en los '80 dicha doctrina reduce en gran medida su presencia en los trabajos en prevención. Es en los '80 también, que las investigaciones comprueban la escasa efectividad de los programas basados exclusivamente en información, los que arrojan pocos cambios en actitudes y conductas asociadas

al abuso (Tobler,1986). Así mismo Botwin (1993) plantea la insuficiencia del enfoque de educación afectiva - si bien resulta más abarcativo que el anterior- al no tratar adecuadamente factores psicosociales que promueven los usos de drogas, en particular la presión de pares, como tampoco la enseñanza de habilidades. De manera concomitante, en esta misma década, como ilustran Luengo-Martín et al. (2000) se consolidan una gama de programas de carácter cognitivo-conductual, orientados a promover el desarrollo de habilidades y competencias personales que favorezcan la resistencia de influencias sociales que incitan a los consumos (pp.209-226).

Hoy día se está avanzando a una unión entre programas, una creciente complejización de modelos teóricos, y al abandono de programas que carezcan de argumentación suficiente y evaluación científica (Becoña, 2002, pp. 63-64). Se dispone de diferentes meta-análisis, entre ellos el de Tobler et al. (2000) que concluye como resultados esperables: el incremento del conocimiento; reforzamiento de normas sociales contrarias al abuso de drogas; modificación de la percepción de la aceptación social; incremento de habilidades de resistencia; disminución de prevalencia esperada. Becoña (2002) plantea que científicamente se pueden delimitar resultados esperables, mencionando la reducción de riesgos y daños y la prevalencia esperada, siendo improbable la eliminación de conductas problemáticas asociadas. Plantea como objetivos realistas; retrasar la edad de inicio; limitar el número y tipo de drogas utilizadas; evitar la transición de la prueba al abuso y dependencia; disminuir las consecuencias negativas del consumo; educar a los individuos para una relación responsable con las drogas; potenciar factores protectores y disminución de los riesgos; modificar el entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables. El autor señala, que datos probatorios remarcan mayor efectividad en intervenciones tempranas en los entornos sociales cercanos, concentrándose en el desarrollo de aptitudes sociales y comportamiento positivo. Asimismo, jerarquiza los programas multicomponentes, habiendo sido evaluada la baja efectividad de aquéllos que solo brindan información o se orientan a aumentar la autoestima. Siguiendo a Babor et al. (2010) los programas en escuelas, familias y comunidades tienen efectos modestos; siendo las propuestas orientadas a jóvenes antes del inicio en el uso de drogas, dirigidas a una serie amplia de trastornos mentales, emocionales y del comportamiento, las más promisorias.

En el caso de los jóvenes se apela a considerar qué programas son útiles para ellos, antes que sostener mensajes definidos desde los adultos. Revisiones como las de Steinberg (2008) señalan que los adolescentes disponen suficiente información pero aun así muchos consumen en contextos grupales (pp.271-272).

Al respecto, autores como Burkhart (2009) sostienen que se hacen precisas acciones complementarias como las ambientales antes mencionadas, apuntando a alterar los ambientes inmediatos culturales, sociales, físicos y económicos. Refiere a la potencial influencia -directa o indirecta- de las estrategias preventivas sobre las creencias normativas o normas inductivas y la percepción de normas descriptivas. Las normas inductivas definen lo que debe hacerse; conductas que según la percepción individual son aprobadas por los demás. Las descriptivas indican lo que se hace realmente en un contexto determinado más allá de su aprobación. Estas normas determinan los comportamientos sociales y los mecanismos de adaptación a los grupos a los que se desea pertenecer. El autor señala que dichas creencias son importantes predictores del consumo de drogas, siendo las normas y su percepción una potente influencia en el inicio de los consumos. Por tanto, plantea la importancia de influir de manera positiva sobre dichas normas sociales y su percepción -por su incidencia en el comportamiento-, a través de políticas de regulación -como las de alcohol y tabaco- e intervenciones normativas del Estado sobre los mercados y los contextos de consumo. En particular, problematiza el lugar de las campañas informativas sobre sustancias ilegales y los aspectos éticos asociados, siendo que las mismas pueden incidir en la percepción de las normas descriptivas de manera no intencional (377-393). Es interesante mencionar, que el mapa de estrategias diferenciadas en el campo de la prevención se encuentra incidido por cambios profundos experimentados en el concepto de salud en los '70; discutiéndose el rol de factores ambientales en sentido amplio en temas de salud, alertándose sobre los riesgos de centrarse solamente en estilos de vida y aspectos conductuales a nivel personal, como variables explicativas de los niveles de salud individual. Se apunta entonces a expandir el concepto de campo de la salud en torno a cuatro dimensiones; biología humana, entorno, estilo de vida y organizaciones proveedoras de la salud (Arco Tirado y Fernández Castillo, 2002, pp.209-226).

En el presente, la perspectiva de "Una Salud" articula la salud humana, con la salud animal y la medioambiental, reconociendo su interdependencia, como parte de un único proceso de vida (Organización Mundial de Sanidad Animal, s/f, párr.1).

## **Recomendaciones sobre los Abordajes Preventivos en la Actualidad. Análisis desde la Sistematización del Currículum de Prevención Europeo (EUPC)**

En el marco presentado y recientemente, se ha jerarquizado profundizar la complejidad, y acercar a tomadores de decisión, líderes de opinión y diseñadores de políticas, evidencias en cuanto a alternativas viables que pronostiquen más efectividad y menor daño potencial.

En el recorrido, se han alcanzado consensos internacionales en cuanto a definiciones político-estratégicas de impacto en la salud integral y prevención de usos de sustancias psicoactivas. En 2015, Naciones Unidas se compromete a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030; apuntando la meta 3.5 al fortalecimiento de la prevención y tratamiento del abuso de sustancias (ONU, 2015). A su vez, la celebración de la Asamblea General de la ONU sobre el problema mundial de las drogas en 2016 (UNGASS) marcó una etapa nueva para el abordaje, mediante un enfoque sistémico, equilibrado y centrado en la salud (ONUDD, 2016).

Actualmente se cuenta con publicaciones nacionales e internacionales, que definen las habilidades necesarias para una mejora en el alcance y calidad de la prevención. Entre ellas, las Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Organización Mundial de la Salud (ONUDD, OMS, 2013); los Estándares Europeos en Prevención de Drogas (EDPQS) del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2011), y los Estándares para la Profesionalidad en Adicción y Prevención del Consorcio Internacional de Certificación y Reciprocidad. Se disponen de sistematizaciones destacadas de autores como Ibán de Rementería (2001), Elisardo Becoña (2001), Tobler et al (2000), que posibilitan una mirada particular al Currículum de Prevención Europeo (EUPC) publicado en 2020 por el EMCDDA, que aporta sobre las intervenciones y enfoques más efectivos basados en evidencia, acordes a los logros de los estándares mencionados.

El EUPC es una adaptación del Curriculum Universal de Prevención para el Uso de Sustancias desarrollado por Applied Prevention Science International, con financiación del Depto. de Estado de EE.UU. para el programa asesor en drogas del Plan Colombo (2015). El mismo se fundamenta en las Normas Internacionales (UNO-

DC,OMS, 2013), y se centra en la prevención basada en competencias, evidencia, calidad y sostenibilidad de la implementación.

En ese sentido, se propone recorrer conceptos clave en el campo de la prevención en la actualidad, y los recogidos en el EUPC en particular. Cabe acotar que los mismos permean los lineamientos estratégicos de nuestro país, establecidos en el Plan Integral de Prevención 2021- 2025 de la Secretaría Nacional de Drogas (SND, 2023), que define la prevención como;

un accionar colectivo, deliberado, planificado, procesual, participativo y anclado en lo cultural, a través del cual las personas y comunidades buscan potenciar aquellos factores y dimensiones que favorecen el cuidado de la salud integral, a la vez que disminuir los factores de vulnerabilidad hacia el uso problemático de drogas (p.2).

Se presenta entonces un marco general, en el cual se desarrollan abordajes específicos que hacen a las distintas dimensiones involucradas, tales como ambiental, familiar, educacional, comunitaria, laboral y comunicacional. Complementariamente, son introducidos otros ejes de análisis -aspectos éticos en particular- de manera de enriquecer la mirada global de la temática.

### **Del Curriculum de Prevención Europeo (EUPC)**

El EUPC (EMCDDA, 2020) destaca la convivencia de prácticas responsables, científicamente fundamentadas, con acciones de escasa efectividad que conllevan riesgos de generar efectos negativos en la población diana o público objetivo (referenciación presentada de las personas a las que se orientan las acciones). Asimismo, considera que los enfoques probados han de contribuir al desarrollo positivo de la juventud y a un continente –Europa- más sano y seguro. Fundamenta la prevención en el impacto positivo en salud, seguridad, bienestar humano, como en el nivel de renta nacional, incidido por la educación infantil, productividad laboral y reducción de costos en los sistemas socio-sanitarios.

Plantea el impacto positivo de la promoción de salud en elección de conductas saludables y reducción de conductas de riesgo y enfermedades, así como del impacto de la prevención, destacando acciones específicas centradas en el abordaje de factores de riesgo y protección, orientadas a detener o retrasar el inicio del uso

de drogas; evitar el desarrollo de problemas asociados, y al desarrollo saludable y seguro de la infancia y juventud.

También subraya la importancia de apoyos para una implicación positiva con la familia, escuela, grupos de pares, lugares de trabajo y sociedad en su conjunto.

Los factores de riesgo de la conducta aparecen como causas significativas de enfermedades no transmisibles, prestigiándose el estudio de la eficacia en la promoción de comportamientos adaptativos. El EUPC resalta el abordaje precoz, desde intervenciones múltiples e integrales, considerando las conductas de riesgo resultan de la interacción de factores ambientales, personales y posiblemente como resultado de socializaciones fallidas.

**Modelos y Teorías que Atraviesan el EUPC.** La discusión sobre las causas de los usos de drogas se encuentra basadas en el modelo etiológico, que mapea las interacciones bidireccionales de factores de riesgo y protección, a nivel micro como macro. Presenta un marco multinivel con la interacción de características personales y ambientales. A su vez, diversas teorías arrojan comprensión sobre los determinantes ambientales y/o comportamentales. Destacan las teorías del comportamiento aplicadas, que encuentran sustento en la neuropsicología, la economía del comportamiento o las ciencias del comportamiento (Bartholomew y Mullen, 2011).

Sintéticamente, se pasará a reseñar las principales teorías generales y específicas de la prevención distinguidas en el EUPC (EMCDDA, 2020).

Entre las teorías generales, la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977), se fundamenta en que las personas aprenden del comportamiento a través de la observación e imitación y modelando estos comportamientos.

La Teoría de la Conducta Problemática de Jessor y Jessor (1977) establece que los múltiples comportamientos de riesgo tienen la misma raíz o base común y éstos están influenciados por la interacción personal con el entorno.

La Ecología del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner (1979) se centra en los sistemas o contextos externos a la persona y cómo inciden en el comportamiento individual.

La Teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen (1991) remarca la existencia de un vínculo entre las actitudes y el comportamiento y distingue tres conjun-

tos de percepciones/actitudes que guían el comportamiento: las creencias sobre los resultados o consecuencias del comportamiento; las creencias sobre las expectativas normativas de terceras personas (o la aceptabilidad social) sobre el comportamiento; y las creencias sobre las barreras y facilitadores para el desempeño del comportamiento.(p.48)

Entre las teorías específicas se destacan la Teoría de Influencia Triádica de Flay y Petraitis (2003), que distingue tres influencias que inciden en los comportamientos de riesgo: factores culturales (por ejemplo tolerancia percibida para el uso adolescente del alcohol); factores sociales o interpersonales (por ejemplo, uso de sustancias por parte de referente adulto); y factores intrapersonales (por ejemplo, pobre control de los impulsos).

La Teoría de Factores de Riesgo y de Protección de Hawkins y colegas (1992), por su parte, diferencia entre los riesgos del uso de sustancias, factores sociales y culturales que componen las expectativas legales y normativas del comportamiento, y factores intra e interpersonales (familia, aula y grupos de iguales).

El Desarrollo Positivo Adolescente de Catalano y colegas (1999) se centra en la importancia de potenciar y reforzar el desarrollo positivo.

La Teoría de la Resiliencia de Werner y Smith (1982) desarrolla las competencias especiales de algunas personas para su adaptación a situaciones y acontecimientos estresantes.

Los Ambientes de Crianza de Biglan y Hinds (2009) combina muchos aspectos de las demás teorías y se centra en la reducción del riesgo, la promoción de la resiliencia y otros atributos positivos. (pp.48-49)

Asimismo, el EUPC (EMCDDA, 2020) otorga relevancia a la intervención complementaria en lo comportamental y ambiental; orientándose esta última al entorno y sus influencias, reduciendo la exposición a comportamientos de riesgo, y promoviendo disponibilidad de opciones más saludables. Se dirige de forma indirecta a una población específica modificando el contexto, diferenciándose de abordajes que promueven el desarrollo de habilidades o cogniciones.

Resulta interesante reflexionar en este punto, en relación a los cuestionamientos a la concepción basada en factores realizada desde la salud colectiva latinoamericana, desde la ya mencionada perspectiva de la determinación de la salud;

entendiendo la determinación como proceso por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades.

Cardona Arias (2016) en su análisis de los aportes de Breilh, destaca tres grandes críticas desde la determinación social. Las mismas refieren a la epidemiología clásica y su fundamentación positivista que deriva en los modelos causales relacionados con los factores de riesgo; al modelo empírico-funcionalista de la epidemiología ecológica, basado en un reduccionismo de los sistemas ecológicos a visiones empíricas del agente, huésped y ambiente, y al modelo de los determinantes sociales de la salud de la OMS.

Este último mantendría el causalismo epidemiológico clásico y convierte los asuntos estructurales de la determinación social en variables adicionales del modelo clásico, sin el componente histórico, ni una crítica directa de la organización social de la sociedad de mercado. En efecto, siguiendo el modelo OMS los determinantes sociales son asumidos como factores conectados externamente sobre los que se ha de actuar y no sobre el cambio de procesos estructurales, invisibilizando las relaciones de dominación subyacentes (pp.183-191).

¿Qué dice el EUPC sobre Factores Relevantes para Acciones Preventivas Exitosas? El EUPC encuentra sustento en los principios de la Sociedad científica estadounidense Society for Prevention Research, para el ámbito de la prevención, enfatizando los siguientes aspectos:

El enfoque ha de centrarse en el desarrollo, contemplando las distintas edades y factores que inciden en los comportamientos.

Se observa la Importancia del papel que juega la epidemiología del desarrollo en la población destinataria, atendiendo los procesos que llevan a la iniciación o uso continuado de sustancias entre personas, grupos y poblaciones.

Se subraya la necesidad de atención a los factores ecológicos y transaccionales, que refieren a las influencias ambientales sobre las creencias, valores, actitudes y comportamientos; así como a la interacción entre características personales, familiares, escolares, comunitarias, entornos socio-políticos y físicos, siendo éstos interdependientes e incidiendo en las dimensiones anteriores.

Complementariamente se plantea la importancia de la comprensión de la motivación humana y los procesos de cambio.

Por estas razones el abordaje inter y multidisciplinario propicia mejores respuestas a la complejidad que atiende la ciencia de la prevención.

De igual modo se sostiene que los estándares éticos profesionales han de estar basados en valores; en particular considerando la incidencia en los entornos más importantes de la vida de las personas; pero también por su implicación social ya que las políticas y leyes regulan el comportamiento deseado y antisocial/ilegal.

Por último la retroalimentación continua entre las investigaciones teóricas y empíricas promueven el trabajo colaborativo entre el aparato científico y las acciones profesionales en prevención orientadas a mejorar la salud pública.

Todas estas perspectivas deberían también articular convenientemente el problema de la justicia social, abordando el origen causal de las desigualdades (EMCDDA, 2020, pp.46-47).

## Consideraciones de la Prevención Basada en Evidencia

### Sobre la Evidencia Científica en el EUPC

Como se hizo mención anteriormente, los fundamentos de la prevención y promoción de salud sostienen la necesidad del desarrollo de acciones basadas en la evidencia, por lo que se entiende de interés presentar algunas conceptualizaciones medulares acerca de la misma.

Siguiendo al EUPC (EMCDDA, 2020), se asume aquí la definición del Instituto de Prácticas Basadas en la Evidencia de la Universidad de Washington que explica:

La Práctica Basada en la Evidencia es la utilización de procesos sistemáticos de toma de decisiones o la provisión de servicios que han demostrado, a través de la evidencia científica disponible, que mejoran de manera consistente los resultados medibles de la población diana. En lugar de una tradición, la reacción visceral, u observaciones individuales como base para la toma de decisiones, la práctica basada en la evidencia se fundamenta en los datos recogidos mediante la investigación experimental y tiene en cuenta las características individuales de la población diana y su experiencia clínica (pp.44-45).

Se distinguen como aspectos clave, la toma de decisiones sistemática apoyada en la evidencia asociada a mejores resultados, y la confianza en los datos recogidos a través de una rigurosa investigación experimental. Por otra parte, se entiende por “buenas prácticas” a “la mejor aplicación de la evidencia disponible para las actividades actuales en el campo de las drogas” (EMCDDA, 2020, p.45). En este sentido, la complejidad del tema hace que los expertos con frecuencia discrepan acerca de la denominación adecuada de las prácticas preventivas, sea “basadas en evidencia” o como “buenas prácticas”. Se destaca como fundamental, la transparencia, fiabilidad y transferibilidad de los métodos empleados para la determinación de las prácticas prometedoras; atendiendo en la toma de decisiones tanto la evidencia de efectividad como la viabilidad de implementación (EMCDDA, 2020, pp.44-45).

### **Sobre la Evidencia Científica – Conceptualizaciones Complementarias**

Siguiendo a Morales Asencio et al. (2008) – y en concordancia con lo planteado en el EUPC- se puede entender el desarrollo en salud pública basado en evidencia, como la ejecución y evaluación de la efectividad de intervenciones, planes, programas, proyectos y políticas en salud pública a través de la aplicación de los principios de razonamiento científicos, incluyendo el uso sistemático de datos y sistemas de información (pp. 5-18). En tal sentido Gray (2001) refiere al tema como el uso de los mejores conocimientos actuales en la toma de decisiones sobre grupos y poblaciones (pp.1-23).

Jenicek por su parte (López Alcalde y Bonfill, 2008) conceptualiza la salud pública basada en evidencia como “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia en la toma de decisiones sobre la atención a comunidades y poblaciones en el campo de la protección de la salud, la prevención de la enfermedad y el mantenimiento y mejora de la salud” (p.02). Brownson et al. (1999) amplían el concepto refiriendo al desarrollo y evaluación de programas efectivos y políticas de salud pública mediante la aplicación de principios de razonamiento científico, comprendiendo el uso de datos y sistemas de información, y el uso de teorías de ciencias de la conducta y modelos de planificación de programas (pp.86- 97).

Hereter (2001) destaca en la base de la educación para la salud y promoción de salud basadas en la evidencia, tres componentes principales que refieren a la fundamentación en un modelo teórico sólido, el disponer un contenido definido y

repetible, y lograr eficacia conocida y relevante. De no estar presente los mismos, las intervenciones se tornarían vacías, pudiendo sostener una velada pasividad.

Una sólida base conceptual resulta esencial en acciones dirigidas a la modificación del comportamiento, destacándose las aportaciones de Bandura (Hereter, 2001) que brinda una perspectiva global del comportamiento humano. A su vez, la aplicación sistemática de un programa apela a la protocolización y/o estandarización, con contenidos definidos que permitan el monitoreo. La demostración de una eficacia clara y acreditada es requisito básico para la extensión de las acciones.

Con frecuencia las intervenciones abordan factores de riesgo de manera aislada y limitados al comportamiento soslayando otras dimensiones que requieren abordajes integrales e intervenciones políticas, lo que implica en muchos casos tomar decisiones que las enfrentan a grupos de interés y poder. Cita la experiencia en la prevención del tabaquismo, que ejemplifica la importancia del desarrollo de políticas públicas que favorezcan la salud (pp.489-490).

Siguiendo a Saltz (Babor et al., 2010) se cuenta con variedad de métodos científicos que permiten investigar los efectos de las estrategias de intervención, y la creación de una base de datos científica. Los mismos son agrupados en tres categorías amplias, a saber:

Experimentos naturales; estudio de las variaciones en las fuerzas del entorno, como la iniciación de un nuevo programa de aplicación de las leyes concernientes a las drogas, en relación con cambios en el uso de las drogas o en sus consecuencias en una población.

Estudios de la eficacia; evaluaciones de intervenciones que son directa o parcialmente controladas por el investigador, con grupos de comparación apropiados para tener en cuenta los cambios naturales en el transcurso del tiempo.

Investigaciones sobre la efectividad; estudios de la efectividad de una determinada intervención en entornos naturales. (p.08)

Además de estos métodos generales de estudio, los investigadores también han explorado los efectos de las políticas de drogas usando métodos del análisis histórico, la economía, la sociología y la etnografía (Thoumi, 2003; MacCoun y Reuter, 2001 en Babor et al. 2010, p.8).

La variedad de métodos disponibles para la evaluación y análisis de las políticas, permite afirmar que la ciencia es capaz de sustentar las políticas en drogas; enfatizando que la atención a datos científicos no excluye otros factores de incidencia en la política pública, tales como procesos democráticos, valores religiosos, normas culturales y tradiciones sociales (p.9).

**Estándares de Evidencia.** El arribo a conclusiones válidas exige niveles robustos de evidencia, siendo profusa la discusión sobre sus estándares. De acuerdo a Buchanan (2000) es interesante distinguir las diferentes etapas que se suceden en el desarrollo de las prácticas, previo a las intervenciones basadas en evidencia.

Primeramente, la identificación de un comportamiento o condición como problema social en su contexto cultural, considerando normas, valores, ética, moralidad e identidad grupal y/o nacional en una sociedad determinada. Se ha de definir el alcance del problema o epidemiología y las causas o etiología, es decir las necesidades, factores de riesgo y protección. Luego pruebas de eficacia, pasándose a las pruebas de efectividad que indagan si el programa modelo funciona en el entorno en cuestión. La última etapa es la difusión, que apela a la réplica del programa en un país o entorno de características comunes.

López Alcalde y Bonfill (2008) plantean que el contexto en el campo de salud pública tiende dificultar las evaluaciones, por insuficiencias formativas en lo metodológico; frecuente evaluación de resultados por los propios responsables del diseño e implementación; y frecuente necesidad de respuestas rápidas a las preguntas planteadas. Por otra parte, este campo se caracteriza por su complejidad, amplio ámbito de actuación, su base multidisciplinar, impacto multisectorial, por la vinculación de la efectividad de prácticas al contexto de aplicación y la complejidad de las variables de resultados. En el mismo, las evaluaciones mediante ensayos clínicos no serían viables de ser instrumentados frecuentemente por razones de altos costos, éticas, escasa inversión y dificultades de puesta en práctica. Por tanto, los conocimientos sobre efectividad en salud pública por lo general se sustentan en diseños metodológicamente menos robustos y que se catalogan con un menor nivel de evidencia científica (p.02).

Por su parte Axford et al. (2012) definen que un programa se encuentra basado en evidencia, cuando ha sido evaluado de manera exhaustiva, por lo general a través de un ensayo controlado aleatorizado o un diseño cuasi-experimental, ha-

biendo demostrado fehacientemente su impacto positivo en una o más dimensiones de relevancia (pp.205-214). No obstante, Hernández (2003) señala en cambio que los estudios base de la evidencia en salud pública, utilizan diseños de investigación más propios de las ciencias sociales, como son los estudios observacionales y cuasi-experimentales (pp.40-45).

Buchanan (2009) complementa esta idea, al sostener que existen jerarquías de evidencias, resultando de utilidad diseños complementarios que aporten solidez desde metodologías y muestras de diferentes partes del mundo, entre otros, datos estadísticos, los cuasi-experimentales, los observacionales e investigaciones cualitativas (p.11).

Morales Asencio y Gonzalo Jiménez (2008) analizan la cuestión desde otra perspectiva y argumentan que la naturaleza multicomponente de las intervenciones en la mayoría de los casos, complejiza la interpretación de los resultados.

Es necesario destacar que existen estrategias e instrumentos de evaluación crítica como la TREND (Transparent Reporting of Evaluations with Non randomized Designs), el MOOSE (Meta- analysis Of Observational Studies in Epidemiology) o el STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology), configuran nuevos e importantes avances. A título informativo, el primero permite la evaluación rigurosa de publicaciones sobre intervenciones en salud pública; el Moose en cambio habilita la lectura de meta-análisis de estudios observacionales y el Strobe posibilita el estudio de cohortes, casos y controles.

No se debería soslayar, que las pruebas de efectividad han de ser integrales de manera de permitir evaluar la complejidad, analizando simultáneamente la validez del propio proceso de evaluación y la adecuación del proceso de implementación (pp.05-08).

Con frecuencia, la evidencia científica proveniente de distintas fuentes, presenta estudios con buen nivel de validez y otros con grados de sesgos, arrojando incluso resultados contradictorios. Cediel-Becerra y Krause (2013) distinguen como evidencia con menor posibilidad de sesgo la proveniente de ensayos clínicos aleatorizados; seguidos por estudios de cohorte y estudios de casos y controles; reportes de caso, series de caso y observaciones no sistemáticas, y por último la mayor posibilidad de sesgo es la opinión de expertos. Estos autores consideran que la calidad

o nivel de la evidencia, hace referencia al grado de confianza de que los efectos estimados subyacentes a una recomendación sean correctos.

La calificación o fuerza de la recomendación, refiere al grado de confianza de que los efectos deseados de adherencia a la recomendación, sobrepasen los efectos indeseados.

Las recomendaciones en el campo de la salud integral han de contemplar junto a la evidencia científica; la calidad de pruebas, discusión y deliberación; los valores, preferencias, aspectos legales, éticos y sociales; expresándose desde el balance entre los efectos deseables e indeseables.

Asimismo, Weightman (2007, como se citó en Morales Asencio et al., 2008) elaboró un modelo adaptado a la evaluación de intervenciones en salud pública, integrando la complejidad y el contexto. Estratifica niveles de evidencia que sustentan diferentes niveles de recomendaciones (sólidas, moderadas, limitadas o nulas). No obstante, el autor menciona que estos niveles de jerarquía de evidencia, provienen del sistema de medicina basada en la evidencia, encontrándose actualmente en discusión a nivel mundial su plena aplicabilidad a otros campos, en particular salud pública. Los avances y conocimientos que se van generando, ponen de relieve la importancia de disponer de buenas fuentes que los visibilicen, de manera de favorecer la transferencia entre ciencia y política, y la interacción entre directrices, práctica e investigación (p.08).

A título ilustrativo se presenta en Apéndice, en la Figura 1, la citada clasificación de niveles de evidencias y recomendaciones para salud pública elaborado por Weightman (2007, como se citó en Morales Asencio et al., 2008, p.08), en la que se jerarquizan los niveles generados por meta-análisis y revisiones sistemáticas con diferentes niveles de sesgo; distinguiéndose en el último estrato, la opinión de expertos.

De manera complementaria, en la Figura 2 del Apéndice, se ilustran los criterios de selección de programas de prevención presentado por la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (Socidrogalcohol), referenciado a su vez en el EUPC (EMCCDA, 2020, p.199). Cabe destacar, que las puntuaciones se basan en la evaluación correcta de los programas y los resultados positivos encontrados, no presuponiendo la calidad del programa en sí mismo.

**El Campo de lo Social y la Evidencia.** Morales Asencio et al. (2008) plantean que resultan habituales intervenciones en salud pública en ausencia de evidencias sólidas, siendo compartido por diferentes autores el “principio de prevención”; el cual jerarquiza la espera de efectos positivos, aunque sea poco probable que se puedan verificar de manera absoluta, antes que la ausencia de intervención por la imposibilidad de evaluación (pp.05-08).

No obstante, es importante introducir las consideraciones de Buchanan (2009) al referir a la política y práctica social basadas en evidencia, no sólo como una nueva ideología sino como imperativo de derechos humanos. Según el autor, la reducción de acciones iatrogénicas se exige, sustentándose las mismas en demostraciones de efectos beneficiosos, o al menos no dañinos, en la vida de las personas involucradas. La sola pretensión de “hacer el bien” no exime la responsabilidad ante daños que se causen y abuso de derechos humanos. Cabe referir aquí al aporte de Sackett et al. (2000, como se citó en Buchanan, 2009) que plantea la integración de la mejor evidencia científica con experiencia clínica y valores, al definir el trabajo social basado en evidencia. La referencia a valores apela a la comprensión de la diversidad, valores culturales y a la dimensión ética, siendo inaceptables experimentaciones que no pronostiquen fundadamente incidencias positivas en la calidad de vida de las personas. Entre las barreras principales que suceden para dichas prácticas fundadas, se distinguen la “tradición” y el “gusto por lo que se hace”, sin dimensionar el daño potencial asociado a toda acción (p.10).

Buchanan (2009) introduce que el campo de políticas sociales se complejiza con el atravesamiento ideológico que se expresa en diferentes fuerzas políticas en distintas sociedades, menoscabando la información de políticas apoyada en investigaciones. Considera fuera de cuestionamiento el abuso de derechos humanos que hace a un accionar que ignore la información científica disponible. Cuestiona si serían aceptables políticas ineficaces, cuando haya investigaciones que den cuenta de mejores maneras de alcanzar los objetivos propuestos con costos similares. Suma el desafío de comprender la amalgama de conocimientos en juego-políticos, científicos, profesionales o de la opinión pública- con áreas donde la evidencia es escasa; pudiendo suceder que se haga necesaria la toma de decisiones políticas antes de disponer investigaciones pertinentes. Ello conduciría al apoyo en fuentes de información confiables y disponibles, jerarquizando el autor como tales, las propias personas directamente involucradas a las políticas (pp.13-15).

### **Otras Miradas y Dificultades Emergentes en el Desarrollo de la Evidencia.**

Tomando como base los aportes de Moncrieff (2008) que focalizan el campo de la salud mental, se puede considerar que se encuentra colonizado por una psiquiatría posicionada en la idea de que los trastornos mentales son causados por desequilibrios neuroquímicos que pueden ser compensados con un psicofármaco (pp.217-224).

Whitaker (2015) introduce que ese discurso abre un inmenso mercado para la industria farmacéutica, multiplicando el gigantesco mercado hoy existente, el cual se vio potenciado por la “pandemia” (Covid 19). Diagnósticos psiquiátricos de carácter ambiguo, prescripción de terapias psicofarmacológicas con efectos colaterales graves tienen un aumento significativo, al permitirse que sufrimientos inevitables provocados (y/o como desprendimiento de la pandemia), sean traducidos como síntomas de algún trastorno psiquiátrico que diferentes versiones del DSM han ido puliendo y agregando. El autor sigue planteando que las redes sociales y los medios de comunicación, han divulgado el aumento de diagnósticos psiquiátricos en tiempos de pandemia; aumento de ansiedad, manía, depresión y síndrome de pánico, tanto en adultos como en niños/as. Como se sabe, para esos diagnósticos ambiguos, que muchas veces se superponen y confunden, la psiquiatría biológica cuenta, hace mucho tiempo, con su propio repertorio de recursos, los psicofármacos: antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos.

A la hora de realizar estudios que permitan construir evidencias científicas, los elementos citados anteriormente deberían estar presente, ya que desempeñan un importantísimo papel (entre otros tantos).

En ese sentido, se destacan como aspectos relevantes a considerar, las relaciones de poder que atraviesan el discurso psiquiátrico; el rol de la industria farmacéutica, y los lobbies en juego (que preexisten y determinan operaciones a desarrollar). De esa forma, se configura un encuadre que decidiría la evidencia a divulgar. Primeramente, porque esa será financiada y ampliamente difundida por la cadena que sostiene a los antes mencionados. A la vez, se invisibilizaría aquella información que genere controversias. A modo de ejemplo que ilustra estas consideraciones, se encuentra el análisis realizado por la Dra. Sandra Caponi sobre la evidencia en ciencia, con foco en la construcción de evidencias relativas a prescripción de psicofármacos en la infancia, particularmente en la depresión infantil (Caponi, 2023). Allí expone sobre la difusión parcializada de las evidencias disponibles y realiza una lectura de

los intereses en juego; mostrando a su vez cifras de aumento muy significativo de la prescripción en menores con sus altos riesgos asociados.

Todo ello muestra las innumerables dificultades que se encuentran asociadas al desarrollo de evidencia. De lo anterior se desprendería, que lo más complejo, no parecería ser la investigación y su desarrollo sino la articulación de las partes.

### **Sobre la Concepción del Sujeto, Ética y Prevención**

La concepción del sujeto implícita en el EUPC, hace a un enfoque de derechos, reintroduciendo pautas éticas en las políticas públicas, procurando un orden centrado en relaciones sociales basadas en reconocimiento, respeto mutuo y transparencia. Este posicionamiento se fundamenta en los aspectos siguientes: centrado en las obligaciones del Estado; trata fundamentalmente las causas; universalidad de los derechos humanos; el sujeto puede reclamar al Estado el cumplimiento de sus compromisos en materia de derechos civiles y sociales; necesidades determinadas en función de estándares sobre derechos humanos reconocidos por la comunidad internacional; se deben identificar y adoptar acciones tendientes a la eliminación de situaciones de discriminación estructural; la participación es una exigencia.

En virtud de ello, las intervenciones sociales incentivan referirse a “destinatarios” (referenciación entendida asimilable a la “población diana” del EUPC) antes que “beneficiarios”, apuntándose a reconocer sujetos titulares de derechos antes que personas con necesidades que deben ser asistidas. La categoría teórica que se utiliza para ello es la de empoderamiento (Becher, 2011, pp. 84-97).

Desde los elementos que introduce Becher (2011) considerar al sujeto de los programas sociales destinatario implica su reconocimiento como titular de derechos civiles y sociales; concepción que se vincula con el enfoque de derechos humanos y construcción de una ciudadanía activa. En ese sentido se aplican a las políticas sociales los estándares interpretativos de igualdad y no discriminación, participación política, rendición de cuentas y creación de mecanismos de exigibilidad de los derechos. Como se señaló, el primer paso para avanzar en dicha concepción es que los programas refieran a sus sujetos como destinatarios, en tanto éstos perciban el empoderamiento implícito. Las políticas públicas constituyen los medios por los cuales el Estado garantiza el goce de derechos humanos (pp.89-90). No obstante, tal cual plantean Abramovich y Pautassi (2009, citado por Becher, 2011) el lenguaje

de derechos no habla sobre el contenido de dichas políticas, pero sí puede brindar elementos sobre su orientación general, y un marco conceptual que debe guiar el proceso para su formulación, implementación y evaluación (p.103).

Sin embargo, el análisis de los contenidos del EUPC a la luz de los fundamentos que sostienen una concepción del sujeto basada en derechos en los programas sociales, interroga acerca de la plena efectivización de dicha concepción a través de los lineamientos planteados en el Currículum, que se entiende acotado ante dichos argumentos. Sin desarrollar aquí este aspecto, se menciona como ejemplo, que el EUPC define la participación en las distintas etapas pero no lo hace, en el diseño de las intervenciones. La participación activa por tanto, no parece estar suficientemente recogida.

### **Ética y Prevención en el EUPC**

Entre los aspectos éticos del Currículum se señala primeramente, la justificación de la intervención (EMCDDA, 2011). A su vez, se remarcan como principios éticos: acatamiento de los requerimientos legales; respeto de derechos y autonomía; generación de beneficios reales; ausencia causal de daño o desventaja sustancial; proporcionar información transparente, veraz, neutral y exhaustiva; consentimiento previo; participación voluntaria; confidencialidad de los datos; confidencialidad de la participación si se requiere; adaptación a las necesidades y preferencias de los participantes; involucramiento de la población diana en el desarrollo, implementación y evaluación; protección de la salud y seguridad de todos/as los/as participantes. Ante conflictos éticos posibles, se prestigia al colectivo participante en el centro de atención. La prevención incide en el tratamiento de las personas en sus entornos sustanciales; implicando también a la sociedad, donde las políticas y las leyes regulan el comportamiento deseado y antisocial/ilegal.

### **Ética y Prevención. Aproximaciones en la Escena Social Actual**

El EUPC, su conocimiento y sus múltiples usos permiten disparar preguntas, en especial de carácter ético.

Atendiendo la concepción de Breihl (2013), la salud es un objeto con más de un significado, tanto desde lo teórico del objeto como desde su práctica, en un proceso dialéctico de determinación socio-histórica. En los diferentes períodos históri-

cos los cambios de la salud, como objeto de análisis, interactúan con innovaciones conceptuales y transformaciones de la práctica misma. De acuerdo al autor, dada la conexión e interdependencia de objeto-sujeto- campo, la categoría determinación social de la salud aplica a los tres; habiendo una determinación social del objeto; de la construcción de los conceptos y de la práctica. La ética en juego se manifiesta cotidianamente en la praxis.

Tomándose como fundamento las concepciones de Michel Foucault, el término “ética” refiere a la relación consigo mismo: una práctica, un ethos, un modo de ser. Las expresiones “sujeto moral” y “sujeto ético” son equivalentes en su obra. La ética constituye, luego del saber y poder, el tercer eje de su trabajo (Castro, 2011). En su análisis de las disciplinas y el biopoder, ha mostrado la transformación de los dispositivos regulativos basados en la ley a los basados en la norma. Pasaje de la lógica de prohibición y transgresión, a la de normalización y disciplina. La norma, a diferencia de la ley, pretende ser un concepto descriptivo -media estadística, regularidad, hábito-; procura objetividad, justificación racional. Pero lo normal es un descriptivo que deviene normativo, convirtiéndose en un criterio que juzga; además del principio de un conjunto de prácticas de normalización cuyo objetivo es la producción de lo normal. De ahí el carácter productivo de la norma, del que las nociones de disciplina y biopolítica dan ejemplos mayores. Es así que, lo normal se convierte en un criterio complejo de discernimiento: sobre el loco, el enfermo, el criminal, el pervertido, el niño/a escolarizado/a (pp.146-148).

Esto también lo observamos en “Los fantasmas de mi vida” de Mark Fisher (2013). Fisher plantea el concepto de la aparición de ideologías del pasado como fantasmas en el presente. Para Fisher, ese fantasma que vuelve, es la modernidad encarnada en ciertas manifestaciones contraculturales de los setenta. El hecho de que sean fantasmas y acechen el presente, habla de que lo que no termina de irse y tampoco está del todo. Así operan las tecnologías del yo, apostando a una transformación de sí mismo. Por eso lo perturbador hace su juego. Sabemos que está, pero no lo vemos. Si lo vemos, es un movimiento repentino. No se lo puede describir con precisión. Es así que diferentes visiones coexisten en relación a la salud, determinantes- determinaciones, marcando dinámicas de la praxis, alcances de la misma, y posicionamientos éticos diferenciados.

Ante esto, en los temas vinculados a salud y su trabajo preventivo, el desarrollo propuesto por Breihl (2013) es de gran aporte y soporte, en particular vinculado

a “las 4s de la Vida” creando espacios de cooperación. La profundización de estos espacios, permite recorrer la temática de la prevención y enriquecerla hacia lo soberano, solidario, sustentable y saludable. Estas dimensiones adquieren un peso mayor, vinculadas a las tecnologías del yo, apreciándose la dinámica de interrelación que presentan.

Tomar en cuenta las tecnologías del yo, hace que la óptica de análisis adentra a una/otra forma de hacer la historia de la subjetividad abordando el concepto de cuidado; a través de la formación y de las transformaciones en nuestra cultura de las “relaciones consigo mismo”, con su armazón técnica y sus efectos de saber.

A manera de ejemplo, el “cuídate a ti mismo”, ligado originariamente al privilegio político, económico y social antes que a una posición intelectual, mostraba que quienes poseían propiedades y esclavos que las trabajasen, serían quienes podían ocuparse de sí mismos. Parecería ser que los griegos, desde Plutarco a nuestros días, sentaron las bases para la determinación de la vida saludable.

Siguiendo las ideas de Foucault (Castro, 2011) en relación con las técnicas del cuidado, no implica sólo ni fundamentalmente conocimiento, sino un conjunto mucho más vasto de prácticas. Se acentúa la función crítica del cuidado de sí mismo. Se trata, ahora, de una corrección-liberación. Aprender la virtud es desaprender los vicios. La práctica filosófica misma es concebida como una operación médica. El vocabulario del cuidado de sí se enriquece notablemente. Se modifica también la posición del “otro” en la práctica del cuidado (pp.87-94).

Como plantea Foucault (2006), procedimientos reflexivos de autoobservación, autoexpresión y auto narración serían inseparables de los dispositivos que hacen a los individuos capaces de juzgarse y gobernarse a sí mismos, conducirse de determinada manera, comportarse como sujetos obedientes y dóciles. Esta perspectiva implica el privilegio del criterio; tanto si es una ley, una norma, o un estilo, el mismo no es exterior a su campo de aplicación. Criterio sostenido por un conjunto de saberes, y encarnado en las reglas de funcionamiento de un conjunto de instituciones. Por eso la norma está anclada en el saber, en tanto que fija criterios racionales que aparecen como objetivos. A la vez está anclada en el poder, en tanto que constituye los principios de regulación de la conducta según el funcionamiento de las prácticas sociales de disciplina. Es en y bajo el criterio, que las acciones pueden ser determinadas y juzgadas, integradas en un sistema de evaluación. Y eso tanto en el interior del

sistema de prohibiciones que constituye un sistema de dominación; en el interior de la red homogénea y continua de normas estadísticas de un sistema de normalización; como en el interior de los criterios de estilo que constituye un sistema de elaboración de uno mismo. La experiencia de sí, implicada en la constitución de la subjetividad, en la dimensión del juzgar-se, sería entonces el resultado del pliegue hacia uno mismo, de dichos criterios dominantes en una cultura. El sujeto sólo puede ponerse a sí mismo como sujeto reflexivo, en tanto que ya está constituido por su sujeción a la ley, la norma o el estilo. Refiriendo a Larrosa et al. (1995), se puede ejemplificar desde la pedagogía para la educación, donde los profesores se introducen progresivamente, e implican un modelo ideal de profesor. Ese modelo funciona al mismo tiempo, como aspiración y criterio de juicio respecto al propio comportamiento en la práctica. Las tecnologías del yo operan desde y sobre el sujeto, por ende, sobre los sistemas educativos en general (pp.259-327).

Basándonos en estos conceptos, podemos ver en la interacción con los pares, el autocontrol y las diferentes intervenciones sobre el soma, que el terreno estará atravesado por los mismos en el cotidiano funcionamiento. Taylor (2007, min. 25, como se cita por Santiago Muñoz, 2017) introduce que se propende al cumplimiento de una conducta en base a una introspección en las emociones de los individuos. Siguiendo a Santiago Muñoz (2017) las expansiones de los discursos de la sociedad del rendimiento instauran un sistema de control emocional, que habilita al sujeto construir un relato acerca de sí mismo como ser creativo, capaz de gestionar sus emociones y expresarlas, desarrollando una serie de competencias que le permitan vivir en el mundo que el sistema propone. La autorrealización social y el discurso de libre expresión de emociones encierran el correlato de nuevas modalidades de control. Como efecto asociado, la impuesta expansión del Yo, desplaza la separación entre lo privado y lo público, potenciado a su vez por las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Con la expansión de la tecnología de la Inteligencia Emocional, la sanción normalizadora ejerce su poder sobre el mundo de las emociones.

Asimismo, Curbelo (2023) remarca la cultura terapéutica, como otro dispositivo que se despliega en el contexto actual, en respuesta a las necesidades de constitución y sostén de los sujetos. Se jerarquizan nuevas competencias asociadas a cualidades personales que destacan lo positivo, lo proactivo, lo creativo, patologizando otros estados, como la tristeza o temor.

Esto conduce a reflexionar que, en las interacciones de la vida real, debe ser tomado en consideración –siempre– que la matriz de base son seres humanos. Al menos, hasta que el transhumanismo se imponga y prediga otra cosa.

La fisonomía del escenario social potenciaría entonces, cuestionamientos sobre el fondo del trabajo preventivo; mientras sistematizaciones disponibles coexisten, conformando y respondiendo a figuras (esas que se asocian a dimensiones específicas del campo).

En la discusión sobre las causas de los usos de drogas predomina la mirada basada en las interacciones de factores de riesgo y protección, a nivel macro como micro. Ello interroga cuestiones inherentes a las bases estructurales de las inequidades en salud y la relevancia de la participación política de las personas en las relaciones de poder. Así apuntar al logro de transformaciones sociales necesarias que promuevan capacidades de elección de alternativas prometedoras de mejor calidad de vida.

Las reflexiones de Bruce Alexander (2015) resuenan al señalar que lo contrario a la adicción no sería la sobriedad, sino; la conexión, el lazo social, el vínculo de pertenencia, al considerar la adicción como una forma de adaptación a la dislocación, la sensación de vacío, profundizada en la modernidad.

Las modalidades de control de la gubernamentalidad contemporánea, constituyen sujetos autorregulados, competitivos, en permanente búsqueda de autorrealización (Santiago Muñoz, 2017). Por otra parte, enmarcados en un contexto acorde a la llamada sociedad del espectáculo que planteara Guy Debord (2002), según la cual se expresa la declinación de ser en tener, y de tener en simplemente parecer, deviniendo la vida social auténtica en su imagen representada (p.56).

Estas formas de control, la cultura terapéutica actual, la auto explotación, interrogan acerca de su funcionalidad a los consumos, en particular de drogas; constituyendo dinámicas potenciadoras de riesgos de usos problemáticos, aquéllos que paradójicamente se intenta prevenir.

Junto a este esbozo de la interacción de disciplinas, bio-poder y riesgos asociados, en la actualidad y con plena vigencia, un nuevo elemento se presentifica; la Inteligencia Artificial (IA). Para articular con el concepto, se toma ideas del filósofo Byung Chul Han (2012, 2014, 2020, 2022), al señalar que la IA procesa hechos pre-

determinados que siguen siendo los mismos, no puede darse hechos nuevos; todo se vuelve predecible, calculable y controlable. Se anuncia toda una nueva era del saber. El big data (Cabrera, 2022) es rudimentario y aditivo. Lo aditivo no forma un final, no alcanza el nivel conceptual del saber, no comprende los resultados de sus cálculos y no avanza de una conclusión a otra. A su vez carece de una dimensión afectivo- analógica.

Este elemento que se adiciona a la coyuntura actual, cuestiona acerca de su incidencia en la dinámica de la trama social futura.

Se desprenden sumatoria de interrogantes, no existiendo aún evidencia científica en ese sentido.

¿Cómo impactará en la vincularidad; en la dislocación que ya se presentifica? ¿Quién define los contenidos de esa IA? ¿Qué intereses se pondrán en juego? ¿Dónde quedan los sujetos, frente a otros sujetos, ante una avalancha de datos que se superponen? ¿Dónde queda la clínica, lo transferencial, todo lo que el afecto nos dice, en cada uno y único de los encuentros? ¿Las cuestiones a responder están más acá de cualquier programa o sistematización?.

Los elementos expuestos permiten inferir la necesidad de resignificar la salud pública, brindándole mayor trascendencia social, política e institucional, con un significativo lugar para la prevención.

## **Análisis y Conclusiones Finales**

El hospicio estatal está lleno repleto hacinado superpoblado de locos...pobres y de pobres locos. Me acuerdo de Alfredo Moffat cuando decía: existe un par dialéctico entre la locura y la pobreza -y se rascaba la cabeza. La locura empobrece, la pobreza enloquece.

Continuaba... Sé que a veces, uno, de la locura sale... pero ¿Cómo se hace para salir de la pobreza? ¡Necesito un curso acelerado! Alfredo...perdóname, pero esto más que un par dialéctico es sencillamente, un círculo vicioso. (Marisa Wagner, Los montes de la loca, 2007, s/p)

A nivel internacional se evidencia una marcada tensión entre las disposiciones establecidas en las Convenciones Internacionales sobre drogas –cuyas interpreta-

ciones restrictivas han acarreado consecuencias negativas a escala global– y los principios fundamentales de los Derechos Humanos, consagrados en la Carta de las Naciones Unidas (1945) y en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), los cuales deben primar sobre cualquier política de control de drogas.

Este contraste subraya la imperiosa necesidad de revisar en profundidad, tanto el espíritu como el contenido de dichas Convenciones, fundamentando dicha revisión en el respeto a los derechos fundamentales y al desarrollo humano.

La complejidad del fenómeno de los usos de drogas y la evaluación de los lineamientos político-estratégicos desarrollados, evidencian la urgencia de orientarse hacia regímenes más moderados que el prohibicionismo e implementar respuestas alternativas al establecimiento de normas penales.

Entre las posibles alternativas se encuentran la regulación de los mercados de drogas ilícitas y la definición de un sistema de clasificación que contemple la peligrosidad de las sustancias, basado en evidencia científica. Además, la adopción de un enfoque de gestión de riesgos y reducción de daños, que integre las variables socioculturales locales.

Asimismo, resulta pertinente desarrollar análisis de costo-beneficio que consideren tanto los potenciales daños como los beneficios percibidos, favoreciendo así una medición más precisa de la dinámica de usuarios y mercados en relación con las definiciones de clasificación.

Atendiendo a las ideas consensuadas durante la sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) en 2016, resulta evidente que los objetivos relacionados con la salud y el bienestar de la humanidad deben priorizarse sobre aquellos de carácter punitivo o represivo. Se espera, por consiguiente, que dichos enfoques propicien la adhesión de un número creciente de países a modelos regulatorios más flexibles. En este sentido, modelos como el implementado en Uruguay, que equilibran las medidas de control y seguridad, la salud pública y el derecho a la salud de las personas usuarias de drogas, destacan por enfatizar el empleo de instrumentos alternativos –más allá del derecho penal y sancionador– para la implementación de las políticas de drogas.

La prevención, junto al tratamiento y la reinserción social, encuentra en este escenario un fundamento robusto que justifica su desarrollo. Este planteamiento

está en sintonía con las directrices internacionales orientadas a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030, acordados en 2015 por los países miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en los cuales se destaca el fortalecimiento de la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas como respuesta para potenciar la salud y el bienestar.

A nivel nacional, el ordenamiento jurídico delimita el ámbito de la salud pública en contraposición a la salud privada, y junto con la experimentación de nuevos regímenes de regulación flexible, permite profundizar los lineamientos estratégicos desde una perspectiva de gestión de riesgos y reducción de daños, siempre en respeto de los derechos fundamentales de las personas. Esto otorga preponderancia a las acciones integrales en salud –especialmente a la prevención– en la implementación de estrategias.

Como ocurre con cualquier fenómeno complejo, las transformaciones impulsadas desde el eje jurídico tienen un alcance limitado pero ineludible; deben articularse con esfuerzos provenientes de otros ámbitos vinculados a la temática y contar con la participación activa de todos los actores sociales para avanzar hacia un cambio de índole cultural.

Un aspecto fundamental radica en la necesidad de que los países profundicen en la sistematización de la información científica sobre los usos de drogas y su conceptualización. Este esfuerzo permite contrarrestar la sobredimensión del problema del consumo de drogas ilícitas, y favorece el desarrollo de políticas y estrategias fundamentadas en evidencia. Actualmente, se reconoce la importancia de contar con definiciones basadas en fundamentos teóricos y empíricos, sustentadas en un amplio recorrido de investigaciones, metodologías y programas.

Finalmente, es esencial propender por la mejora en la eficacia de las intervenciones y programas preventivos, atendiendo a la pluralidad del fenómeno y su carácter sociohistórico. Esto se traduce, entre otros aspectos, en la homogeneización y clara conceptualización de fundamentos teóricos, la adaptación a las necesidades y contextos específicos, la evaluación de procesos y resultados, y la atención integral a las personas en riesgo.

La diversidad de métodos disponibles para la generación de evidencia permite sostener que la ciencia puede fundamentar las políticas y estrategias en materia de drogas, sin excluir la consideración de otros factores de incidencia. Este campo,

caracterizado por su complejidad, plantea desafíos significativos para la implementación de intervenciones basadas en evidencia. Se requiere, por tanto, confrontar la sabiduría convencional, las creencias culturales y religiosas, así como garantizar el desarrollo adecuado en la implementación, el monitoreo y la evaluación. Además, es indispensable contar con recursos suficientes y lograr la articulación efectiva entre las partes e intereses en juego.

En este contexto, resulta fundamental diferenciar las diversas formas de vinculación de las personas usuarias con las sustancias. Esta diferenciación contribuirá a reducir la criminalización y penalización, minimizará la exclusión –tanto implícita como explícita– del sistema de salud, y permitirá una racionalización de los costos económicos asociados al tema. Así, se favorecerá el compromiso de los países de gestionar los riesgos, reducir los daños asociados y ofrecer respuestas integrales.

De acuerdo con las tendencias actuales en la ciencia de la prevención, tal como se ilustra en la sistematización ofrecida por el EUPC, se jerarquizan los factores ambientales y comportamentales. A nivel del EUPC destaca un posicionamiento positivista y funcionalista, orientado hacia la reducción de riesgos asociados al comportamiento y la promoción de conductas adaptativas en las poblaciones. Esto conduce a la necesidad de investigar de manera sistemática el sistema social y socializador, abarcando ámbitos como la familia, la salud, la educación, el lugar de trabajo, la comunidad, el bienestar social, la planificación ambiental, el diseño urbano y la política.

El abordaje predominante en relación con los usos de drogas se fundamenta en el modelo causal de factores de riesgo y protección. Las orientaciones prevalentes en el campo de la prevención reintroducen pautas éticas en las políticas públicas, desde un enfoque basado en derechos, centrado en reconocimiento, respeto mutuo y transparencia. No obstante, resulta imperativo profundizar en la participación activa de los sujetos para lograr su plena efectividad.

Reflexionar sobre la problemática implica reconocer que intervienen construcciones fundamentadas en categorías sociales y políticas impuestas desde una determinada cosmovisión, vinculadas a modelos específicos de desarrollo económico y social. Es necesario, por tanto, considerar variables latentes que trasciendan las miradas positivistas, tales como el poder, la propiedad y la acumulación. En este sentido, se debe integrar la incidencia de factores políticos, económicos y sociales

entre las dimensiones que configuran la interfaz entre salud, ambiente y sociedad, atravesando el proceso salud-enfermedad.

El interjuego subyacente, junto con los aspectos estructurales y las determinaciones sociales, exige un abordaje en diferentes niveles –político, económico, socio-cultural, comunitario, entre otros– lo que posiciona la crítica a los modelos actuales de convivencia y condiciones de vida como un eje fundamental. Los enfoques teórico-metodológicos predominantes en el campo preventivo parecen no lograr una integración cabal de dichas dimensiones, ya que los nuevos mecanismos de control social tienden a profundizar riesgos en un escenario en el que las determinaciones sociales quedan desatendidas. En consecuencia, el alcance de las intervenciones preventivas se cuestiona, al no abordar aspectos sustanciales de la matriz base asociada a la problemática.

Se resignifican, en este contexto, las consideraciones de Thomas Babor et al. (2010), quienes, en su exhaustiva revisión en el campo de las políticas públicas, concluyen que “dado el escenario actual no sería esperable que aún las mejores intervenciones generen cambios dramáticos en la sociedad” (p.123). Estas valoraciones resuenan y actualizan las palabras de Bruce Alexander (2015) al interrogar si sería “concebible que toda la sociedad global deba ser reformada para controlar las adicciones. La idea parece estrafalaria cuando es enunciada sin más. Pero cuando el contexto social más amplio se considera históricamente, la imagen cambia” (p.16).

### **En síntesis**

El presente trabajo ha intentado demostrar que los lineamientos político-estratégicos, tanto a nivel nacional como internacional, confieren a los objetivos de salud y bienestar –junto con la atención indispensable a sus determinantes– una posición preponderante, favoreciendo el desarrollo del campo preventivo.

Las sistematizaciones existentes en el ámbito de la prevención, permiten identificar directrices claras sobre las mejores prácticas posibles. Por un lado, las tendencias actuales se fundamentan en la modificación de factores de riesgo y protección, haciendo especial énfasis en aquellos de índole ambiental y comportamental. Por otro, este marco consensuado no incorpora dimensiones relevantes que intervienen en la matriz de las causas de inequidad en salud.

Además, la incorporación de nuevos riesgos en la estructura social contemporánea, pone en tela de juicio la efectividad de las intervenciones preventivas. En consecuencia, la coyuntura actual y los desafíos que de ella emanan, exigen una resignificación de la salud pública, reconociéndola como un fenómeno social, político e institucional en el que la prevención debe ocupar un lugar central.

## Referencias bibliográficas

- Alexander, B. (2015). Curando las adicciones a través de la comunidad:¿ Un camino mucho más largo de lo que parece.
- Arco Tirado, J., Fernández Castillo, A. (2002). Porque los programas de prevención no previenen. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 2, núm. 2, mayo, 2002, pp. 209-226, <https://www.redalyc.org/pdf/337/33720201.pdf>
- Axford N., Delbert, E. y Little, M. (2012). Blueprints for Europe: Promoting Evidence-Based Programs in Children's Services. *Psychosocial Intervention*, 21, 205-214, <https://journals.copmadrid.org/pi/art/in2012a11>
- Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., y Strang, J. (2010). La política de drogas y el bien público. Washington: Organización Panamericana de la Salud, [https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031052010-Politica\\_Drogas\\_Bien\\_Publico.pdf](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031052010-Politica_Drogas_Bien_Publico.pdf)
- Bartholomew, L.K., & Mullen, P.D. (2011). Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behaviour change interventions. *Journal of public health dentistry*, 71(1), 20-33
- Becher, Y. (2017). Concepción del sujeto. Cartografías socio-estatales y subjetividades. Teseopress.
- Becoña, E. (2001). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/bases.pdf>

- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la Prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases\\_cientificas.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf)
- Becoña, E. (2003). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención. Santiago de Compostela: Editorial Universidad de Santiago de Compostela.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 31, 13-27.
- Brownson, R. C., Gurney, J. G., & Land, G. H. (1999). Evidence-based decision making in public health. Journal of public health management and practice, 86-97.
- Buchanan, A. (2000). Present issues and concerns. A. Buchanan, and B. Hudson.
- Buchanan, A. (2009). Política y práctica social basada en la evidencia: ¿Una nueva ideología o un imperativo de Derechos Humanos?. Revista de trabajo social, (76), 7-16, <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n1/colaboracion1.pdf>
- Burkhardt, G. (2009). Creencias normativas en estrategias preventivas: una espada de doble filo. Efectos de la percepción de normas y normalidad en campañas informativas, programas escolares y medidas ambientales. Revista Española de Drogodependencias, 34(4), 376-400, <https://roderic.uv.es/rest/api/core/bitstreams/ed163bcf-0555-4ec7-b1c2-e347ba0b5f5a/content>
- Byung-Chul Han.(2012). La sociedad del cansancio. Herder.
- Byung-Chul Han.(2014). Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder. Herder.
- Byung-Chul Han.(2020). La desaparición de los rituales: una topología de la violencia. Herder.
- Herder. Byung-Chul Han.(2022). NO-Cosas. Taurus.

- Cabrera J.I. (2022). Esto es lo que piensa el filósofo de moda sobre los móviles, los selfis y la inteligencia artificial. Nobbot Tecnología para las personas, <https://www.nobbot.com/byung-chul-han-opinion-tecnologia/>
- Canal 5 Uruguay. (2022, julio 7). [Entrevista con Daniel Radío, Secretario General de la Junta Nacional de Drogas] [Programa de TV]. En Buscadores. Canal5. YouTube, <https://youtu.be/YqCqhPcJsxU?si=NY8PIEoY98PRN7jk>
- Cardona, J. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. Archivos de Medicina (Manizales), 16(1), 183-191, <https://www.redalyc.org/journal/2738/273846452019/html/>
- Caponi, S. (2023). Jornadas sobre “Chamanismo, ciencia y conocimiento: desafíos de la globalización de las plantas psicoactivas”. Universitat Rovira i Virgili (URV). MARC – ICEERS, <https://youtu.be/nculMN5CsGU?si=Yz7nxwMShAuUh0KA>
- Castro, E. (2011). Diccionario Foucault. Siglo XXI.
- Cediel-Becerra, N. M., & Krause, G. (2013). Herramientas para la toma de decisiones en salud pública basadas en la evidencia y priorización de enfermedades. Revista de Salud Pública, 15, 694-706.
- Comisión Global de Políticas de Drogas.(2017). El problema mundial de la percepción de las drogas. Contrarrestando prejuicios sobre las personas que usan drogas. Informe de 2017, <http://www.codajic.org/node/4229>
- Comisión Global de Políticas de Drogas. (2019). La clasificación de sustancias psicoactivas. Cuando se dejó atrás la ciencia. Informe de 2019, [https://www.global-commissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/06/2019Report\\_ESP\\_web.pdf](https://www.global-commissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/06/2019Report_ESP_web.pdf)
- Curbelo, E. (2023). Curso estrategias de diagnóstico y tratamiento de los problemas asociados al consumo de sustancias. Clases grabadas
- Debord, G. (2002). La sociedad del espectáculo. Pre-Textos.

Evidence Based Practice Institute (2012), <https://uwcolab.org/ebpi>

Fernández Romar, J. (2000). Los fármacos malditos: el holograma de las drogas y otros ensayos (Vol. 1). Nordan-Comunidad.

Fernández Romar, J., Estin, D. (2020). Modelos interpretativos para el abordaje del problema de las drogas en el ámbito educativo uruguayo. Congreso Memorias 2020. ISSN 2618-2238 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.

Fisher, M. (2013). Los fantasmas de mi vida. Caja negra. Foucault, M. (2006). Seguridad, territorio, población. FCE.

Gerner, M. R. Junta Nacional de Drogas. (2016). Intervención del jefe de delegación de Uruguay. Sesión especial de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas. Documento no público. Accesible a solicitud en: Centro de Documentación, Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República, Uruguay.

Giménez, L. (1998). La problemática del uso de drogas desde una mirada comunitaria. En Giménez, L.(comp.) Cruzando Umbrales. Aportes uruguayos en Psicología Comunitaria (137-152). Montevideo: Roca Viva.

Gorman, D.M. (1996). Etiological theories and the primary prevention of drug use. *Journal of Drug Issues*. 26 (2): 505-520.

Gordon Jr, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports*, 98(2), 107.

Gray, J.A.M. (2001). Evidence-based healthcare. NY: Churchill Livingstone

Moncrieff, J., & Moncrieff, J.(2008).*The myth of the chemical cure*. Palgrave Macmillan UK.-based healthcare. NY: Churchill Livingstone

Hereter, J. R. V. (2001). Promoción de la salud basada en la evidencia. *Revista Española de Salud Pública*, 75 (6), 489-490, <https://www.redalyc.org/pdf/170/17075601.pdf>

- Hernández, L. (2003). ¿Qué es la Salud Pública basada en la Evidencia?. *Revista de Salud Pública [online]*, 5 (1), 40-45, <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v5n1/v5n1a04.pdf>
- Junta Nacional de Drogas [JND]. (2015). Posición Uruguay ante Ungass 2016: Ejes para un enfoque integral de las políticas de drogas. Documento no público. Accesible a solicitud en: Centro de Documentación, Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República, Uruguay.
- Junta Nacional de Drogas [JND]. (2021). Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025, <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/>
- Larrosa, J., Diaz, M., Donald, J., Hunter, I., Varela, J., & Walkerdine, V. (1995). *Escuela, poder y subjetivación*. Madrid: La piqueta.
- López Alcalde, J., & Bonfill, X. (2008). Sobre la salud pública basada en pruebas. *Revista Española de Salud Pública*, 82(1), 01-04, [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272008000100001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000100001)
- Metaal, P. (2014). En busca de los derechos: Usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina. Colectivo de Estudios Drogas y Derecho.
- Moncrieff, J., & Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure*. Palgrave Macmillan UK. Morales Asencio, J. M., Gonzalo Jiménez, E., Martín Santos, F. J., y Morilla Herrera, J. C. (2008).
- Salud pública basada en la evidencia: recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. *Revista Española de Salud Pública*, 82 (1), 05-20, [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272008000100002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000100002)
- Naciones Unidas [ONU]. (s/f). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*. Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf)
- Naciones Unidas [ONU]. (1971, febrero 21). Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. Viena, [https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1971\\_es.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf)

Naciones Unidas [ONU] (1988, diciembre 20). Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, Viena.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, EMCDDA. (2011). European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2020). Currículum de prevención europeo: un manual para quienes toman decisiones, crean opinión y elaboran políticas sobre la prevención del uso de sustancias basada en la evidencia. Universitat de les Illes Balears, trad., Rementeria O., rev. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/prevencion/pdf/2020\\_Curriculum\\_de\\_prevencion\\_europeo.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/prevencion/pdf/2020_Curriculum_de_prevencion_europeo.pdf) Organización de los Estados Americanos (2012). Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013-2025. ISBN 978-0-8270-5989-4, <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031032013-informe-escenarios-.pdf>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización Mundial de la Salud. (2013). Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas, [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/int\\_standards\\_document\\_ESPAGNOL.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/int_standards_document_ESPAGNOL.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD]. (2014). *Los tratados de fiscalización internacional de drogas*. Nueva York.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD]. (2016). Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016. Nueva York, <https://www.unodc.org/documents/postun-gass2016/outcome/V1603304-S.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2015). Objetivos de desarrollo sostenible, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

- Organización Mundial de Sanidad Animal. (s/f). Una sola salud, <https://www.woah.org/es/que-hacemos/iniciativas-mundiales/una-sola-salud/>
- Pérez Gómez, A., Mejía Trujillo, J., y Becoña Iglesias, E. (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.
- Santiago Muñoz, A. (2017). La sociedad de control: una mirada a la educación del siglo XXI desde Foucault. *Revista de filosofía*, 73, 317-336, [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-43602017000100317&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-43602017000100317&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Secretaría Nacional de Drogas [SND]. (2023). *Plan Integral de Prevención 2021-2025*, <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/uruguay-previene>
- Silva Forné, D. (2018). Regulación de la marihuana. Drogas y Estado de Derecho. El modelo regulatorio de Uruguay. La situación en España (pp. 84 a 113). Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología (Sección Granada). Dykinson, Madrid.
- Silva Forné, D., Scuro, J., Chiossoni, M. F., & Ruchansky, E. (2019). Seminario Internacional Control de las drogas: Regulación y perspectivas: Grupo de Estudios en Política Criminal (Facultad de Derecho—CSIC—Udelar). *Revista de Derecho Penal*, (27), 141-164
- Silva Paim J., Almeida Filho N. A., (2000), Crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva, Salvador de Bahía, ISC-UFBA, <https://books.scielo.org/id/ptky6/pdf/paim-9788523211776-07.pdf>
- Steinberg, L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, Volume 28, Issue 1, 2008, pp.78-106, ISSN 0273-229, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2396566/> Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P. y otros. School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. *The Journal of Primary Prevention* 20, 275–336 (2000), <https://doi.org/10.1023/A:1021314704811>

Touzé, G. (2015). *Las adicciones desde una perspectiva relacional*. Curso Cuidado y Prevención de las adicciones en el ámbito educativo, clase 3. Instituto Nacional de Formación, Universidad de Buenos Aires, [https://youtu.be/zy\\_iEj9cT50?si=N1BxS-48MRhpICIAy](https://youtu.be/zy_iEj9cT50?si=N1BxS-48MRhpICIAy)

Uprimny, R. (2003). Drogas, Derecho y Democracia. Mama Coca, [http://www.mama-coca.org/FSMT\\_sept\\_2003/es/doc/uprimny\\_drogas\\_y\\_democracia.htm](http://www.mama-coca.org/FSMT_sept_2003/es/doc/uprimny_drogas_y_democracia.htm)

Uruguay, (1967). Constitución de la República Oriental del Uruguay, <https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967>

Vallejo, M. A. F., y Valles-Medina, A. M. (2019). Capítulo 4. Historia Natural de la Enfermedad. *Salud Pública*, 31.

Wagner, M. (2010). Los montes de la loca. Baobab.

Whitaker, R. (2015). Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. Capitán Swing Libros.

## Apéndice

**Figura 1 - Niveles de Evidencia y Recomendaciones para Intervenciones en Salud Pública**

1++	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECAs (incluyendo ECAs por clusters) o ECAs con muy bajo riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con bajo riesgo de sesgos.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas o estudios individuales de alta calidad de estudios no aleatorizados (experimentales no aleatorizados, pre-post y series temporales) u observacionales analíticos (cohortes, casos y controles de cohortes, correlacionales) con muy bajo riesgo de sesgo.
2+	Estudios individuales no aleatorizados (experimentales no aleatorizados, pre-post y series temporales) u observacionales analíticos (cohortes, casos y controles de cohortes, correlacionales), bien realizados y con bajo riesgo de sesgo.
2-	Estudios individuales no aleatorizados (experimentales no aleatorizados, pre-post y series temporales) u observacionales analíticos (cohortes, casos y controles de cohortes, correlacionales), bien realizados y con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, series de casos, informes.....
4	Opinión de expertos.
<b>NIVEL DE RECOMENDACIONES</b>	
SÓLIDA	Hallazgos consistentes en 2 o más estudios de calidad ++ llevados a cabo en el contexto nacional y aplicable a la población diana, proporcionando pruebas sobre su importancia y su implementación.
	Revisión sistemática de ECAs o un cuerpo de pruebas a base de estudios puntuados como 1+, directamente aplicables a la población diana y con una demostración consistente de resultados.
MODERADA	1 estudio ++ o hallazgos consistentes en 2 o más estudios de calidad +, llevados a cabo en el contexto nacional y aplicable a la población diana.
	2 o más estudios ++ en contextos no nacionales pero aplicables a la población diana, que proporcionan pruebas sobre la notoriedad y la implementación.
LIMITADA	1 estudio +, en el contexto nacional, en 2 o más estudios en contextos no nacionales con hallazgos inconsistentes (en el balance beneficio-riesgo) o estudios de calidad + no nacionales.
0	Sin estudios de calidad aceptable, hallazgos inconsistentes o no se ha producido ninguna investigación.

Fuente: Weightman A, Ellis S, Cullum A, Sander I, Turkey R. Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=503421>

Nota. Reproducido de Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework, por A. Weightman, S. Ellis, A. Cullum, I. Sander y R. Turkey, citado por "Salud pública basada en la evidencia: recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad", por J. M. Morales Asencio, E. Gonzalo Jiménez, F.J. Martín Santos y J.C. Morilla Herrera, 2008, Revista Española de Salud Pública, 82 (1), 05-20 (<https://revistas.unal.edu.co>).

**Figura 2 - Criterios de Selección de Programas de Prevención presentados por Socidrogalcohol en Prevención Basada en la Evidencia**

CALIDAD	DEFINICIÓN	TIPO DE INVESTIGACIÓN DISPONIBLE SOBRE EL PROGRAMA	CRITERIOS QUE SE VALORAN DEL PROGRAMA PARA ESTABLECER SU NIVEL DE CALIDAD
Alta ****	Programas bien evaluados cuyo efecto ha sido demostrado a través de distintos estudios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigación con diseños aleatorizados, con grupo experimental y control y adecuado seguimiento</li> <li>- Investigación cuasi-experimental, con muestras adecuadas, con grupo experimental y control, con adecuado seguimiento, realizadas por al menos dos grupos distintos de investigación</li> <li>- Estudios repetidos de N=1 (para la prevención indicada) que han mostrado claramente buenos resultados a corto y a largo plazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El criterio básico de evaluación es la investigación de resultados con diseños aleatorizados, con un grupo experimental y un grupo de control, y un seguimiento de al menos un año.</li> <li>- Al menos dos grupos de investigación distintos han llegado a los mismos resultados positivos.</li> <li>- El programa tiene una adecuada fundamentación teórica.</li> <li>- El programa tiene objetivos claros, así como una estructura y tiempos de aplicación razonables para lograr buenos resultados.</li> <li>- El programa tiene un ajuste óptimo en cuanto a los recursos necesarios para su implementación.</li> <li>- También (opcionalmente) puede haber un análisis del proceso.</li> <li>- También (opcionalmente) puede haber un análisis de coste-eficiencia.</li> <li>- Los estudios están publicados en revistas con revisión por pares.</li> </ul>

CALIDAD	DEFINICIÓN	TIPO DE INVESTIGACIÓN DISPONIBLE SOBRE EL PROGRAMA	CRITERIOS QUE SE VALORAN DEL PROGRAMA PARA ESTABLECER SU NIVEL DE CALIDAD
Moderada ***	Programas que habiendo demostrado ser eficaces precisan de mayor investigación para demostrar que su efecto se mantiene.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigación cuasi-experimental, con grupo experimental y grupo de control, y adecuado seguimiento.</li> <li>- Estudios repetidos de N=1 (para la prevención indicada) que han mostrado reducir el consumo, al final del tratamiento y en los seguimientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El criterio básico de evaluación es la investigación de resultados, con diseños experimentales o cuasi experimentales, con un grupo experimental y un grupo de control, y un seguimiento de al menos un año.</li> <li>- El programa tiene algún nivel de fundamentación teórica.</li> <li>- El programa tiene objetivos claros, así como una estructura y tiempos de aplicación razonables para lograr buenos resultados.</li> <li>- El programa tiene en cuenta los recursos necesarios para su implementación.</li> <li>- También (opcionalmente) puede haber análisis del proceso.</li> <li>- También (opcionalmente) puede haber análisis de coste-eficiencia</li> <li>- Los estudios están publicados en revistas con revisión por pares.</li> </ul>
Baja **	Programas cuya eficacia no queda suficientemente demostrada y se precisa investigar más sobre el mismo para conocer la utilidad del programa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigación cuasi-experimental, con grupo experimental y grupo de control, pero sin evaluación de resultados, solo del proceso o con evaluación de resultados deficiente (ej., sin seguimiento, solo con pre y post)</li> <li>- Estudios repetidos de N=1 (para la prevención indicada) que han mostrado cambios en la evaluación del proceso o resultados al final de la intervención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El criterio básico de evaluación puede ser la investigación de resultados con diseños cuasi-experimentales, con un grupo experimental y un grupo de control, con o sin seguimiento, y en donde no se encuentran diferencias significativas entre ellos.</li> <li>- El criterio básico de evaluación es la investigación de proceso.</li> <li>- Estudios en los que solo hay pre-post sin resultados de seguimiento, o éste es muy corto.</li> <li>- Sólo un grupo de investigación ha hecho los estudios con el programa.</li> <li>- El programa no tiene fundamentación teórica o no se basa en los modelos teóricos de referencia.</li> <li>- El programa tiene déficits en la delimitación de objetivos, estructura del programa y tiempos de aplicación del mismo.</li> <li>- El programa tiene otras deficiencias u otras lagunas en relación a recursos necesarios, modo de implementación, etc.</li> <li>- El estudio está publicado en una revista con revisión por pares, o en un informe elaborado por una institución, asociación etc.</li> </ul>

CALIDAD	DEFINICIÓN	TIPO DE INVESTIGACIÓN DISPONIBLE SOBRE EL PROGRAMA	CRITERIOS QUE SE VALORAN DEL PROGRAMA PARA ESTABLECER SU NIVEL DE CALIDAD
Muy baja y/o sin evidencia *	No hay evidencias, o bien son indirectas, insuficientes o contradictorias según los estudios realizados con el programa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estudios descriptivos de los que no se puede concluir la utilidad del programa a nivel de proceso ni de resultado.</li> <li>- Estudios que tienen importantes deficiencias metodológicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El criterio básico de evaluación es la investigación de proceso o, si es de resultado, no se han obtenido diferencias entre el grupo experimental y control, se carece de grupo control, la muestra es insuficiente, el diseño es inadecuado o el estudio tiene otras deficiencias metodológicas.</li> <li>- No hay seguimiento o éste es muy corto.</li> <li>- No cumple los requisitos que se exigen a los programas de calidad moderada o baja.</li> <li>- El estudio está publicado en una revista con revisión por pares, en una revista divulgativa o en un informe elaborado por una institución, asociación, etc.</li> </ul>

Nota. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. (s.f.). *Criterios de selección de programas*. Prevención basada en la evidencia.

<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.com/index.php?page=Criterios>

## II. Perspectiva de género y uso de drogas

### De la invisibilidad al doble estigma. La importancia de entender los consumos problemáticos de sustancias con perspectiva de género.

**Autora:** Lic. Psic. Stephanie Xiomara Laborda Simonov

**Tutor:** Dr. Juan Fernández Romar

### Consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

El consumo de drogas ha sido una práctica presente a lo largo de toda la historia de la humanidad. Inicialmente, estas sustancias, de origen natural, fueron utilizadas en diversos contextos mediante prácticas culturales, religiosas, festivas y curativas, generalmente reguladas por personas de gran autoridad dentro de las comunidades.

Al abordar el concepto de drogas, es fundamental reconocer que su definición se ha complejizado con el tiempo. El significado que se le otorga varía según el contexto en el que se utiliza. Como primera aproximación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 2016 a las drogas como:

(...) toda sustancia terapéutica o no que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, fricción, administración parenteral, endovenosa), produce una alteración, de algún modo, del funcionamiento natural del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo. (OMS, 2016, s/p)

Sin embargo, se ha observado que esta definición no logra abarcar la integridad del fenómeno, lo que ha llevado a distintos autores y organismos a repensar su conceptualización. En Uruguay, por ejemplo, el documento “Guía Infodrogas, más información menos riesgos”, en su 12.ª edición publicada en 2019 por la Junta Nacional de Drogas (JND), ofrece la siguiente definición:

(...) toda sustancia química farmacológicamente activa en el sistema nervioso central que se utiliza porque produce determinados efectos placenteros, que son denominados “efectos buscados”. Estos efectos constituyen los llamados reforzadores positivos, que es lo que aparece luego de que la persona experimenta un estímulo agradable y determina la repetición del uso de la sustancia. No todas las sustancias químicas psicoactivas o drogas producen la misma intensidad de refuerzo positivo. (JND, 2019, p.11)

Touzé (2006), en su libro *Saberes y Prácticas sobre Drogas*, específicamente en el capítulo titulado “Discursos, políticas y prácticas de intervención”, resalta la importancia de considerar Múltiples factores para comprender el consumo de sustancias psicoactivas y evitar un enfoque reduccionista que lo perciba como un fenómeno homogéneo:

Las drogas constituyen un fenómeno plural, con múltiples manifestaciones según el momento histórico, la cultura, el modelo económico, la situación particular de un país, los diversos significados que les asignan a los sujetos y las propias diferencias entre las sustancias. No obstante, se ha insistido en homogeneizar el “problema de las drogas”, como si fuera un mismo fenómeno universal, atemporal y ahistórico. (Touzé, 2006, p.33)

La diversidad en la terminología y conceptualización del fenómeno ha permitido diferenciar los distintos tipos de uso de sustancias, sus efectos y su estatus legal o ilegal. Estas clasificaciones resultan claves, ya que existen múltiples formas de consumo, y no todas implican necesariamente un uso problemático:

El uso de drogas implica la interacción entre las drogas y un sujeto; La ponderación de esta interacción permitirá caracterizarla. La complejidad de este concepto rebasa las clasificaciones. Las características de uso de una

determinada droga por una persona también son dinámicas a lo largo del tiempo. Existen momentos de la vida de plena experimentación y otros que se caracterizan por la estabilidad en el uso. (JND, 2019, p.16)

Cuanto más compleja, plural y diversa sea la perspectiva sobre el consumo de sustancias, más adecuadas serán las respuestas en términos de políticas públicas y mayor será su comprensión a nivel social.

El consumo de sustancias psicoactivas puede generar diferentes consecuencias en las personas y su entorno, lo que ha dado lugar al concepto de consumos problemáticos. Bekinschtein et al. (2022), en *Un libro sobre drogas*, define el consumo problemático como aquel que:

empieza a tener consecuencias negativas en la salud y que causa efectos perjudiciales tanto en los aspectos de la vida de la persona como en otros aspectos relacionados con los individuos, la familia, los amigos y la sociedad. (pág.10)

La aparición de situaciones complejas en distintas áreas de la vida de una persona es lo que determina la problemática del consumo. Sin embargo, la noción de problematicidad no está necesariamente ligada al tipo de sustancia ni a la frecuencia de uso, sino a factores individuales y contextuales:

(...) la noción de problematicidad tiene que ver con las circunstancias y no exclusivamente con el tipo y cantidad de sustancia que se usa, y no se presenta siempre como dependencia. Entendemos por uso problemático aquella forma de relación con las drogas que producen consecuencias negativas para la persona o su entorno, ya sea por la cantidad, la frecuencia o la situación biopsicosocial de la persona. (JND, 2019, p.18)

No obstante, el consumo de sustancias no siempre ha sido percibido como un problema. Es fundamental analizar el contexto histórico en el que esta percepción se consolida. Escohotado (1999), en *Historia General de las Drogas*, examina cómo lo que en su momento fueron productos utilizados con fines de salvación y sanación, hoy son consideradas una “monstruosidad” social que debe ser erradicada colectivamente:

Nuestra civilización sufre a causa de plantas cuya existencia se remonta a tiempos inmemoriales, y cuyas respectivas virtudes fueron explotadas a fondo por todas las grandes culturas. Hasta hace algunas décadas nadie se preocupaba de regular su siembra o recolección, mientras ahora ese hecho botánico cobra dimensión de catástrofe planetaria. A tal punto es así que su amenaza reúne a capitalistas y comunistas, a cristianos, mahometanos y ateos, a ricos y pobres, en una cruzada por la salud mental y moral de la Humanidad. (Escohotado, 1999, p.26)

En la misma línea, Touzé (2010), en su documento *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*, explica que la percepción del consumo de sustancias como un problema social se consolida cuando se intenta erradicar prácticas religiosas, culturales y sociales asociadas a su uso, debido a las consecuencias que generan en las personas. Este fenómeno se intensifica en la modernidad, cuando “el problema de las drogas” deja de ser entendido como una cuestión relacionada con las sustancias en sí mismas y comienza a conceptualizarse como un problema humano, influenciado por los movimientos sociales de la época:

(...) se produjeron rupturas en las formas de regulación colectivas que pusieron en cuestión la estabilidad de los lazos sociales y permitieron el desarrollo y la valoración de la subjetividad individual. El uso de drogas fue perdiendo su sentido de “facilitador del vínculo social” o de “vehículo hacia lo sagrado” y se convirtió en una práctica privada que refería a la predicción por un producto. (Touzé, 2010, p.19)

La tendencia represiva hacia el consumo de sustancias se acentuó en la segunda mitad del siglo XIX, cuando los Estados comenzaron a intervenir ya redefinir las prácticas asociadas a su uso, otorgándoles una connotación cada vez más negativa. En este contexto, “a fines del siglo XIX se acuñó el término ‘toxicomanía’, para designar el abuso de drogas (...) se pasó a la descripción de una reducción: el abuso, forzosamente perverso, de un producto tóxico” (Touzé, 2010, p.20). Así, el uso de sustancias comenzó a ser percibido como una amenaza para los Estados y la sociedad.

Sin embargo, dado que los significados asociados al uso de sustancias han ido mutando con el tiempo, su interpretación varía según la perspectiva de quienes lo analizan. Touzé (2010) señala que estos significados no son casuales, sino que

responden a preconceptos y estereotipos arraigados en la sociedad en torno a las sustancias y sus usos. En este sentido, afirma que:

“el rechazo o la aceptación de una sustancia por parte de la sociedad no se relaciona necesariamente con los efectos farmacológicos de una sustancia ni con los daños que puede producir, sino principalmente con la historia y la cultura” (p.30).

A partir de esta construcción social, comienzan a reproducirse estereotipos y mitos en torno al consumo de sustancias, los cuales se convierten en convicciones colectivas. Los prejuicios generados a partir de estas representaciones llevan a la implementación de actitudes hostiles y discriminatorias hacia quienes las utilizan.

En este sentido, resulta indispensable el concepto de *Representaciones Sociales* desarrollado por Moscovici (1979) en su libro publicado originalmente en 1961 *El psicoanálisis, su imagen y su público*, cuya versión en castellano apareció en 1979. Allí, Moscovici define las representaciones sociales como:

“un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios” (p.18).

Estas representaciones construyen significados comunes que generan discursos legitimadores, los cuales naturalizan ciertas concepciones sobre la realidad y permiten dar sentido a la misma.

Touzé (2010) analiza cuatro estereotipos sociales sobre el consumo de drogas. En primer lugar, menciona el estereotipo de la *droga*, en el que estas sustancias son percibidas como productos extremadamente dañinos y tóxicos que ponen en peligro la moral social, justificando así su prohibición. Sin embargo, esta percepción suele aplicarse únicamente a sustancias ilegales:

“Esta distinción no tiene fundamentos desde el punto de vista del daño social, de la nocividad o de la dependencia. El efecto de este estereotipo es que, para la representación social de ‘la droga’, ésta es siempre un producto ilícito, ‘moralmente dañino’, lo que justifica la prohibición de su uso, sin re-

conocer, así, que las sustancias permitidas también son drogas o, en todo caso, se estima que su nocividad es mucho menor” (Touzé, 2010, p.22).

Un claro ejemplo de esta distinción se evidencia en la “VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General”, publicada en 2019 por la Junta Nacional de Drogas y el Observatorio Uruguayo de Drogas. En su análisis poblacional, se destaca que el consumo de alcohol —una sustancia legal— es significativamente más frecuente y persistente que el de cocaína. En este sentido, el informe señala:

“El consumo de alcohol sigue siendo el más extendido entre la población uruguaya. El 93% de las personas entre 15 y 65 años ha probado alcohol alguna vez en su vida, en tanto el 77% declara haber consumido alcohol en los últimos 12 meses previos al estudio y el 59% en el último mes, siendo este último indicador fuertemente asociado al consumo habitual” (JND, 2019, p.30).

En segundo lugar, Touzé (2010) describe el estereotipo del *fetichismo de la sustancia*, donde “la ‘droga’ se identifica como un ente mágico, se le asignan poderes y capacidades contaminantes, se la explica como algo externo a la sociedad que amenaza a la población sana” (p.23). Desde esta perspectiva, la droga es percibida como un agente patógeno que ingresa al organismo, se apodera de la persona y la convierte en un sujeto pasivo.

Este enfoque se relaciona con concepciones arraigadas en el modelo médico-sanitario, que considera los consumos problemáticos y dependientes como una enfermedad. En este marco, el usuario de sustancias es categorizado como *adicto*, es decir, como una persona enferma, mientras que las sustancias son concebidas como los agentes causales de esa enfermedad, semejantes a un virus que infecta el organismo y debe ser erradicado.

Castellanos (2013), en su artículo *Del vicio a la enfermedad: representaciones sociales de la adicción en la cárcel*, analizó las representaciones discursivas de personas privadas de libertad en un centro carcelario de México. En cuanto a la percepción de las drogas como agentes que enferman a quienes las consumen, menciona:

“(...) el adicto identifica que aunque en diversas ocasiones ha tenido el deseo de dejar de consumir, no puede llevar a cabo porque su cuerpo sufre una serie de trastornos como consecuencia de que las sustancias le han sido suspendidas, reconociendo que sus pensamientos y acciones han estado dirigidos hacia el consumo y las sustancias, aunque quisieran enfocarlos hacia otra cosa” (Castellanos, 2013, p.24).

El tercer estereotipo descrito por Touzé (2010) es el de la *sustancia como oposición a la sociedad*, donde el consumo se entiende como un acto de transgresión y una forma de rechazar las normas sociales. Este estereotipo se enfatiza especialmente en poblaciones jóvenes:

“(...) tiene el efecto de ‘fijar’ un rol social para la juventud, en un momento en que los enormes problemas de inserción en el mundo adulto (en especial aparato productivo) han ampliado, por un lado, este período de edad, y por otro, intensificando la necesidad de encontrar nuevos mecanismos de tutela y control” (Touzé, 2010, p.24).

El cuarto estereotipo hace referencia a la *imagen del usuario de drogas*. Este estereotipo homogeniza el consumo, estableciendo que “el consumidor –cualquiera sea la dosis, frecuencia y circunstancia del uso– es visualizado como un adicto, lo que deriva en identificarlo necesariamente con una personalidad autodestructiva y con una actitud despreocupada respecto a su salud” (Touzé, 2010, p.24). Bajo esta lógica, los problemas derivados del consumo deben resolverse de manera privada, ya que se perciben como una actitud meramente individual.

Perozo (2014), en su artículo *Representaciones sociales en consumidores de drogas*, realizó un estudio cualitativo donde analizó las representaciones sociales de personas con consumo problemático de sustancias. En relación con los estereotipos sociales y la percepción de los usuarios, menciona:

“En referencia a las etiquetas presentes en la sociedad debido al consumo, resaltan algunas ideas dentro de los miembros del grupo en tratamiento, alegando que el hecho de consumir drogas genera una etiqueta hacia los consumidores por parte de la sociedad que nunca va a poder separarse de ellos, porque se da valor al pasado, y aunque el consumidor de drogas se

encuentre abstinerente, siempre tendrá ese distintivo que lo caracteriza” (Petrozo, 2014, p.151).

Las representaciones sociales actúan como esquemas adquiridos que permiten interpretar problemáticas a nivel social, difundiendo información a gran escala sobre fenómenos que muchas veces se desconocen y obligando a la población a tomar una postura frente a ellos.

Desde el desconocimiento y el miedo que genera el tema, las representaciones sociales se refuerzan, acentuando la marginalización y la exclusión. Moral (2007), en su artículo *Cambios de las representaciones sociales sobre las drogas y usuarios en la sociedad española*, sostiene que:

“Lo simbólico y lo imaginario actúan a modo de constructores de realidades (...). En esa transferencia social, uno acepta acríticamente los significados afectivos, perceptivos y valorativos del macrodiscurso social” (Moral, 2007, p.6).

En el caso de las mujeres, las representaciones sociales son aún más estigmatizantes y excluyentes, al percibir su consumo como una desviación de la norma. En un contexto social caracterizado por el consumo masivo y la búsqueda de satisfacción inmediata, el consumo de sustancias emerge como un nuevo orden social en medio de la crisis de las instituciones tradicionales.

### **Los consumos de sustancias con perspectiva de género.**

Para analizar los consumos problemáticos de sustancias, resulta fundamental adoptar una perspectiva de género que permita observar la realidad social desde un enfoque amplio e inclusivo. Los estudios de género parten de la premisa de que toda relación social implica una relación de poder; en consecuencia, las relaciones de género son inherentemente desiguales.

Es importante, en este sentido, definir qué entendemos por género, considerando que su significado varía según la cultura y el momento histórico. Scott (1990) define el género como:

“el conjunto de normas, símbolos, atributos, acciones y valores que son concebidos dentro de las sociedades como adecuados, normales, esperables para los varones y para las mujeres de forma diferencial.”

A lo largo de la historia, las mujeres han ocupado posiciones de subordinación dentro de una estructura patriarcal, lo que ha generado condiciones de desigualdad y diversas formas de violencia sistemática en su contra. En la guía española *Miradas Feministas al abordaje de drogas*, Burgos (2020) señala:

“El género es una categoría de organización social que estructura el mundo, las personas y la vida en general de manera binaria y jerarquizada, situando en una posición de inferioridad a las mujeres ya lo asociado con lo femenino frente a los hombres y lo definido como masculino, a lo que otorga más valor” (Burgos, 2020, p.3).

El análisis del consumo de sustancias con perspectiva de género permite visibilizar las experiencias específicas de las mujeres. Fernández (2001), en su artículo *Mujeres y Uso de Drogas. Elementos para la reflexión desde una perspectiva de género*, advierte que durante años las investigaciones sobre el consumo en mujeres se realizaron con parámetros diseñados para analizar el consumo en varones. Esto afectó la comprensión de la problemática, dejando fuera aspectos fundamentales:

“(...) muchos de los interrogantes que se planteaban en estas investigaciones no eran relevantes para la población femenina, dejando de lado aspectos que sí lo eran, como el tema del abuso sexual y la violencia de género” (p.5).

Además, es imprescindible considerar las experiencias intragénero, ya que cada mujer enfrenta realidades únicas.

Cuando el género se cruza con el sexo biológico, se configura un sistema socio-cultural conocido como *sistema sexo-género*. La diferencia sexual, aunque de base biológica, actúa como fundamento para la construcción de modelos hegemónicos de feminidad y masculinidad, que establecen expectativas de comportamiento y, al mismo tiempo, legítimas desigualdades.

Lamas (1996), en su artículo *La perspectiva de género*, subraya la importancia de reconocer las desigualdades estructurales que afectan a las mujeres, limitando sus oportunidades y sometiéndolas a mandatos basados en diferencias biológicas:

“Un desarrollo más equitativo y democrático del conjunto de la sociedad requiere la eliminación de los tratos discriminatorios contra cualquier grupo. En el caso específico de las mujeres, la mitad de la población, se ha vuelto una necesidad impostergable de tomar en cuenta las condicionantes culturales, económicas y sociopolíticas que favorecen la discriminación femenina. Estas condicionantes no son causados por la biología, sino por las ideas y prejuicios sociales, que están entrelazadas en el género (...) El trato igualitario dado a personas socialmente desiguales no genera por sí solo igualdad. Además, no basta con declarar la igualdad de trato, cuando en la realidad no existe igualdad de oportunidades” (Lamas, 1996, p.216).

Estos modelos de masculinidad y feminidad constituyen universos simbólicos dentro de una cultura patriarcal que moldea las subjetividades. El consumo de sustancias no escapa a estos condicionamientos. De hecho, la literatura evidencia que el consumo de drogas está atravesado por estos estereotipos y se presenta como un fenómeno emergente de un sistema que estigmatiza y discrimina a ciertos sectores de la sociedad.

Romo (2010), en *La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas*, destaca la necesidad de incorporar la perspectiva de género en las políticas de drogas:

“La mirada desde el género aclara la necesidad de redefinir las políticas de drogas y visibilizar las experiencias de las mujeres en sus contextos culturales, diferentes a las de los varones. Así, muestra qué sustancias eligen, cómo las usan, sus efectos y las consecuencias sociales que derivan del consumo de sustancias psicoactivas” (Romo, 2010, p.270).

Más allá del género, es crucial analizar otros factores que influyen en el consumo problemático de sustancias. Para ello, la interseccionalidad se presenta como un concepto clave en los estudios feministas, ya que permite comprender cómo las desigualdades de género interactúan con otras formas de discriminación.

El término *interseccionalidad* fue desarrollado por la abogada afroestadounidense Kimberlé Crenshaw en 1989, en un contexto legal en el que buscaba demostrar cómo las desigualdades sociales surgen de la interacción de Múltiples sistemas de subordinación, como el género, la orientación sexual, la etnia, la edad o la clase social. Vigoya (2016), en su obra *La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación*, señala el interés de Crenshaw en visibilizar la complejidad de las discriminaciones:

“(...) Crenshaw esperaba destacar el hecho de que en Estados Unidos las mujeres negras estaban expuestas a violencias y discriminaciones por razones tanto de raza como de género y, sobre todo, buscaba crear categorías jurídicas concretas para enfrentar discriminaciones en Múltiples y variados niveles” (Vigoya, 2016, p.5).

Desde este enfoque, comprender las identidades desde la interseccionalidad permite analizar cómo el género se cruza con otras dimensiones y cómo estos cruces inscriben desigualdades, opresiones y privilegios en experiencias desiguales.

Jiménez y Guzmán (2012), en *Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad*, refuerzan la importancia de aplicar este enfoque en el estudio de los consumos problemáticos:

“(...) la vía interseccional se presenta como una ruta de análisis indispensable para la investigación sobre los usos de drogas puesto que sus principios teórico-metodológicos proveen de una cimentación multidimensional que consideramos necesaria para dar cuenta sobre la complejidad de este fenómeno” (Jiménez y Guzmán, 2012, p.87).

En esta misma línea, Vigoya (2016) identifica los principales debates en torno a la interseccionalidad y destaca su relevancia para los análisis sociales:

“Los análisis interseccionales ponen de manifiesto dos asuntos: en primer lugar, la multiplicidad de experiencias de sexismo vividas por distintas mujeres, y en segundo lugar, la existencia de posiciones sociales que no padecen ni la marginación, ni la discriminación, porque encarnan la norma mis-

ma, como la masculinidad, la heteronormatividad o la blanquitud” (Vigoya, 2016, p.8).

Los consumos de sustancias en mujeres suelen ser interpretados como una desviación de la norma socialmente esperada, lo que conlleva una desvalorización de su feminidad. En la *IX Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media de 2022 en Uruguay*, realizada por el Observatorio Uruguayo de Drogas de la JND, se señala que:

“en tres de las sustancias más consumidas (alcohol, cannabis y tabaco) la experimentación es superior entre las mujeres. También lo ha sido históricamente para el consumo de tranquilizantes” (p.33).

Asimismo, se ha registrado un descenso en la edad de inicio del consumo de sustancias, con una tendencia creciente entre adolescentes mujeres:

“(…) los estudios precedentes en población venía adolescente evidenciando que en el caso de las sustancias legales como alcohol, tabaco, tranquilizantes sin prescripción médica y cannabis, los consumos de las mujeres presentaban una tendencia ascendente superior a la de sus pares varones. En la presente investigación los datos dan cuenta de que esto se ha consolidado y hoy el consumo de las mujeres es superior al de los varones para las sustancias mencionadas” (JND, 2022, p.134).

El incumplimiento de las expectativas sociales impuestas a las mujeres no pasa desapercibido. Aquellas que consumen sustancias se enfrentan a un doble estigma: por un lado, el de no ajustarse a los mandatos de género y, por otro, el de ser consumidoras de drogas.

### **El consumo de sustancias desde una perspectiva de género.**

Díez et al. (2020), en su estudio *Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y púérperas de tres hospitales generales de Argentina*, analizan cómo, durante el embarazo, las vidas, los cuerpos y los comportamientos de las mujeres se encuentran bajo un control extremo por parte de la medicina y la sociedad. Los autores concluyen que el estigma y la mar-

ginación se agravan cuando las mujeres embarazadas consumen sustancias, hijos madres y/o se encuentran en el puerperio:

“Los estudios sobre consumos de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y/o madres solo retoman esta dimensión invisibilizada, y hacen foco en las hijas y los hijos de esas mujeres, asumiendo que si una usuaria de sustancias psicoactivas antepone su propio placer no puede hacerse responsable de otra persona (...) identificándose con imágenes sociales que connotan juicios de valor negativos sobre las mujeres que, siendo madres, consumen sustancias psicoactivas y rompen con los mandatos como mujer y madre. En consonancia, se refieren haber tenido sentido discriminadas en diferentes ámbitos y por diversos motivos, no sólo por la situación socioeconómica, la edad y la raza, sino también por cuestiones específicas asociadas al género -como el hecho de ser usuarias de drogas embarazadas o puérperas- por las que en ocasiones se han sentido rechazadas y humilladas” (Diez et al., 2020, p.15).

En Uruguay, Castelli (2017) realizó un estudio etnográfico titulado Maternidades e intervención estatal en mujeres usuarias de pasta base. Apuntes desde Uruguay, en el cual analizó los vínculos entre las mujeres consumidoras de pasta base de cocaína y las instituciones sanitarias al momento del parto. En este estudio, se observa que:

“(...) varias de ellas relataron que durante el embarazo el consumo se había intensificado a raíz de las angustias y preocupaciones por no contar con medios para afrontar una nueva maternidad” (p.75).

El estigma social, la falta de recursos y la ausencia de contención emocional agudizan y precarizan aún más la situación de estas mujeres, excluyéndolas de la atención y el tratamiento que podrían necesitar.

Siguiendo esta línea, Fernández (2001) destaca lo estigmatizante y vergonzante que resulta para las mujeres reconocer que consumen sustancias, lo que las lleva a ocultarlo para evitar el juicio social:

“En consecuencia, las mujeres que usan y abusan de sustancias psicoactivas tenderían a esconder, negar y disfrazar su adicción, o en su defecto, a elegir

sustancias que pueden consumirse en espacios privados y que les permitirían controlar sus emociones” (p.12).

El espacio público sigue siendo un ámbito predominantemente masculino, y la invisibilización ha sido históricamente el mecanismo utilizado para relegar las problemáticas femeninas al ámbito privado.

Álvarez-Riedweg (2000), doctora en medicina y alcohólica rehabilitada, realiza una crítica al libro *Mujeres y Alcohol. ¿Dónde está el lugar privado o el problema público?*, de Elizabeth Ettore (1999). En su análisis, compara la dependencia femenina al alcohol con la subordinación que muchas mujeres experimentan en sus relaciones sexoafectivas y en la maternidad, evidenciando la carga estigmatizante del consumo problemático en mujeres:

“La dependencia o adicción en una mujer es socialmente más inaceptable que en un hombre, automáticamente se ve a aquella mujer como esposa infiel, madre irresponsable, mala trabajadora. En cambio, la dependencia de subordinación se considera útil y moralmente aceptable” (Álvarez-Riedweg, 2000, p.15).

Las mujeres que transgreden los mandatos de género suelen enfrentar un castigo social. La culpa, ya sea autoimpuesta o proyectada por la sociedad, es uno de los principales mecanismos que operan sobre ellas. En casos de violencia, maltrato y agresión sexual en ámbitos nocturnos, la imagen de la mujer es cuestionada y estigmatizada por encontrarse en espacios donde “no debería estar”.

Burgos (2018), en el *Quinto informe anual 2017-2018 del Observatorio Noctámbul@s*, aborda la relación entre el consumo de drogas y las violencias sexuales en contextos de ocio nocturno. En su análisis, señala que la sociedad tiende a culpabilizar a las mujeres agredidas mientras desresponsabiliza a los agresores:

“Cuando estos mandatos se cruzan con casos de violencias sexuales, el imaginario patriarcal juzga y culpa a las mujeres, mientras que exculpa y justifica a los hombres. Decimos entonces que el consumo de drogas funciona como un atenuante para los agresores pero como un agravante para las agredidas. De hecho, no quedan lejos los mensajes de prevención de con-

sumos basados en el mito de que el consumo vuelve a la mujer 'presa fácil', situando la responsabilidad sobre ellas y no sobre los agresores ni el contexto de desigualdad de género en el que se inscriben" (Burgos, 2018, p.17).

La violencia simbólica que atraviesan las mujeres desde la infancia refuerza la culpa y la marginación. Las agresiones sufridas bajo el efecto de sustancias terminan siendo interpretadas como un castigo por encontrarse en un estado "inapropiado" para una mujer.

Otra forma de violencia que se intensifica en mujeres consumidoras es la ejercida durante el embarazo, el parto y el puerperio. Las consecuencias del estigma se sostienen a largo plazo a través de dispositivos estatales que operan con un enfoque punitivo, imponiendo exigencias casi imposibles de cumplir. Castelli (2017) lo explica de la siguiente manera:

"El Estado aparece atravesando sus vidas con distintos dispositivos. Pero el problema no parece ser la presencia, sino el modo de intervenir. Si durante el embarazo se muestra ineficiente para establecer lazos de protección y cuidado de las mujeres y sus hijos, luego del parto asedia con requerimientos que resultan extremadamente difíciles de cumplir, teniendo la potestad de decidir qué hacer con sus hijos" (Castelli, 2017, p.80).

Las mujeres con consumos problemáticos suelen encontrarse sin redes de apoyo ni recursos suficientes para sostener las expectativas impuestas. En muchos casos, la falta de contención afectiva precede al inicio del consumo o incluso constituye un factor que lo desencadena.

Llor et al. (2013), en su estudio El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de autoapoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias, analizaron las experiencias de mujeres consumidoras mediante entrevistas individuales y grupales. En sus conclusiones, señalan:

"Ni las expectativas del consumo, ni los efectos percibidos tanto positivos como negativos representan lo mismo en cada caso. Son los aspectos y momentos biográficos propios de cada participante, la configuración de su entorno, los que significan los usos, instrumentalizaciones y relaciones dis-

tintas con las sustancias (...) no es el consumo de sustancias en sí el factor problematizante al que atender únicamente, sino el conjunto configurado por persona (mujer), contexto y sustancia” (Llort et al., 2013, p.15).

El mandato de ser cuidadoras recae con especial fuerza sobre las mujeres consumidoras. Mientras que la sociedad no garantiza su bienestar, ellas deben demostrar de manera constante su capacidad de cuidado hacia sus hijos, enfrentando un doble estigma: por transgredir el ideal de maternidad y por consumir sustancias.

El análisis del consumo de drogas desde una perspectiva de género también debe incluir la masculinidad, entendida como una construcción social con mandatos específicos. En el documento *Personas, calle, consumo: dos estudios sobre el uso de pasta base en Uruguay* (JND, 2019), se describe cómo los mandatos de masculinidad refuerzan la creencia de inmunidad y la exposición constante a riesgos:

“De alguna manera, las expectativas que rodean la masculinidad alientan a los varones al consumo de sustancias psicoactivas y con ello, a la asunción de los riesgos que dichas conductas pueden desencadenar, como intoxicaciones agudas, consumos problemáticos, accidentes de tránsito, involucramiento en eventos violentos, entre otras” (JND, 2019, p.89).

En definitiva, comprender los consumos de sustancias desde un enfoque de género implica reconocer la interacción de múltiples factores—biológicos, sociales, culturales y económicos—que afectan de manera diferencial a varones, mujeres y diversidades.

## **El lugar de las mujeres dentro del narcotráfico y la privación de su libertad**

Como se ha mencionado en los capítulos anteriores, la experiencia del consumo de sustancias varía significativamente entre hombres y mujeres. En este tercer capítulo se analizará el papel de las mujeres dentro de la cadena del narcotráfico y los impactos que genera en sus vidas la privación de su libertad.

Dentro del tráfico de drogas existen actividades que implican mayores riesgos, como la venta directa de sustancias, el ingreso de drogas a centros peniten-

ciarios o el transporte de pequeñas cantidades de un lugar a otro, lo que se conoce como *microtráfico* .

Las tareas vinculadas al microtráfico suelen ubicarse en el último eslabón de la cadena del narcotráfico. La literatura señala que quienes se encuentran en estos roles son, en su mayoría, personas en situaciones de gran vulnerabilidad. Sin embargo, su ausencia es rápidamente suplida por otros actores, ya que su función es prescindible dentro de la estructura del mercado.

Desde el paradigma prohibicionista, los Estados han sido impulsados a criminalizar, penalizar y encarcelar con severidad delitos menores, generalmente no violentos, relacionados con la venta de drogas. Este enfoque se sostiene bajo la lógica de

“se establecen normas, reglas y sanciones en pos de resguardar y cuidar un determinado estilo de vida en lo privado y en lo social, que se considera bueno, verdadero y hasta puro” (Bekinschtein et al., 2022,

## Las mujeres y el acceso al mercado laboral

Las mujeres enfrentan múltiples desventajas en comparación con los hombres a la hora de acceder a empleos y continuar con su educación formal. El mercado laboral opera bajo lógicas patriarcales que dificultan su participación. Según el informe *Jugar un partido desigual. Diagnóstico de género en Uruguay* ,

“La participación de la mujer en el mercado laboral (55,8%) sigue estando por debajo de la del hombre (73,7%). Las que sí participan en el mercado laboral se ven confrontadas con techos de cristal, ganan menos que los hombres y tienen menos probabilidad de ser empleadores. Asimismo, las mujeres tienen menos probabilidad de seguir carreras en el campo de la ciencia y la tecnología. La combinación de estas realidades limita las oportunidades de Uruguay” (BM, 2020, p.11

El trabajo doméstico y las tareas de cuidado han sido históricamente asignadas a las mujeres sin que esto se traduzca en un reconocimiento económico ni social. Por el contrario, esta carga limita su acceso al empleo formal y refuerza la idea

de que deben estar disponibles física, emocional y sexualmente para otros que “sí producen” en términos d

Si bien se han registrado avances en la reducción de la brecha de género en ingresos laborales, estos progresos han sido lentos y aún persisten desigualdades estructurales.

“(…) en Uruguay la participación de las mujeres en el mercado de trabajo ha aumentado considerablemente ya lo largo de las últimas tres décadas han evolucionado los diferentes indicadores de brechas de género en ingresos laborales. No obstante, también es preciso reconocer que muchas brechas persisten y que el avance en la última década se ha enlentecido” (CEPAL - ONU Mujeres, 2020, p.48).

Incluso cuando las mujeres acceden al mercado laboral formal, a menudo deben asumir una doble jornada, ya que siguen siendo responsables de las tareas de cuidado. La incompatibilidad entre estas responsabilidades y las exigencias del mercado genera un desgaste físico y emocional que muchas veces las lleva a buscar alternativas económicas de alto riesgo, como el microtráfico.

Uprimny et al. (2016), en la Guía para la reforma de políticas de drogas en Colombia, señalan que:

“(…) en la práctica, las personas que son encarceladas por delitos de drogas tienden a ser mujeres y hombres que, por situación de necesidad económica, entran al mercado de drogas a participar como eslabones débiles en las tareas de más bajo rango pero de más alto riesgo, sin tener conocimiento de cómo funcionan las redes de tráfico, sin un vínculo claro o directo con las cabezas de las organizaciones delictivas y, en la mayoría de los casos, sin incurrir en delitos violentos” (Uprimny et al., 2016, p.13).

### **El amor romántico y el narcotráfico.**

La cultura patriarcal, los medios de comunicación y los mandatos de género han contribuido a la socialización de las mujeres en torno al *amor romántico*, un ideal que perpetúa relaciones desiguales y naturaliza la entrega incondicional a la pareja.

En este contexto, muchas mujeres ingresan drogas a los centros penitenciarios impulsados por la necesidad de “cuidar” o “ayudar” a sus parejas. Bermúdez (2017), en su estudio *Ser-para-otros: mujeres que introdujeron drogas a cárceles costarricenses*, analiza desde una perspectiva de género las subjetividades y experiencias de mujeres que introdujeron sustancias a las cárceles para sus parejas, hermanos o familiares. Sus hallazgos reflejan que:

“De acuerdo a lo analizado en las entrevistas, introducir droga a la cárcel para proveer al compañero sentimental refleja el sacrificio por amor, aun cuando las consecuencias sean negativas para sí mismas. Representa un intento por ayudar al hombre amado frente a la amenaza de otros privados de libertad y demostrar de esta manera su amor e incondicionalidad” (Bermúdez, 2017, p.140).

La subordinación de las mujeres en este tipo de relaciones es solo una de las muchas manifestaciones de una estructura social que las coloca en un rol de *ser-para-otros*, priorizando el bienestar de sus vínculos por encima del propio.

Además del impacto emocional, el narcotráfico también se apropia del cuerpo de las mujeres para el transporte de drogas. Bermúdez (2017) señala que:

“En la mayor parte de los casos (nueve de diez), la droga fue transportada utilizando los órganos genitales, aspecto de un simbolismo particular, en el que se entrevistó el uso del cuerpo como ‘cuerpo-para-otros’ (...) las mujeres manifiestan que el cuerpo femenino facilita el ocultamiento de las sustancias, no así el de los hombres” (Bermúdez, 2017, p.136).

## **El encarcelamiento de mujeres por delitos de drogas en Uruguay**

En los últimos años, se ha observado un incremento significativo en la cantidad de mujeres privadas de libertad por delitos relacionados con drogas en Uruguay. Este fenómeno responde a modificaciones en la legislación, en particular con la implementación de la *Ley de Urgente Consideración* (LUC) en 2020.

Según el artículo Persecución del microtráfico en la LUC: 95% de quienes caen presas por intentar ingresar drogas a las cárceles son mujeres , publicado en La Diaria , la cantidad de mujeres encarceladas aumentó un 60% en solo un año y medio:

“En un año y medio hubo un aumento del 60% de las mujeres privadas de libertad. Según datos del Ministerio del Interior, este período de gobierno comenzó su gestión con unas 650 mujeres en cárceles. Actualmente hay 1.038 mujeres privadas de libertad. Las mujeres representan el 7% de la población carcelaria” (Legrand, 2021, p.2).

El impacto de esta política punitiva no solo recae en las mujeres encarceladas, sino también en sus hijos e hijas. En 2023, *La Diaria* publicó un artículo titulado *Especialistas advierten que el aumento de mujeres en prisión tiene efectos sobre niños, niñas y adolescentes* , en el que se advierte que el crecimiento de la población carcelaria femenina no ha tenido un impacto significativo en la reducción del narcotráfico.

“Desde entonces, la población carcelaria femenina creció a un ritmo cuatro veces mayor que la masculina (...) al cierre de esta nota había 1.073 mujeres privadas de libertad, un incremento del 65% respecto a las 649 que estaban en esa situación antes de la entrada en vigencia de la ley” (Majlin, 2023, p.1).

Las políticas punitivistas han demostrado ser ineficaces para abordar la problemática del narcotráfico, afectando de manera desproporcionada a mujeres en situación de vulnerabilidad ya sus familias. En este contexto, es fundamental repensar estrategias que prioricen la justicia social, la reducción de daños y el acceso a oportunidades reales para quienes se encuentran en la última línea del tráfico de drogas.

### **El doble estigma de las mujeres privadas de libertad**

El estigma que pesa sobre las mujeres privadas de libertad se intensifica cuando son madres, ya que son percibidas como irresponsables por no haber protegido a sus hijos, aun cuando muchas de ellas han incurrido en delitos vinculados al narcotráfico precisamente para garantizar su sustento.

Cuando los niños permanecen con sus madres en un centro penitenciario durante sus primeros años de vida, la *infantilización del encierro* se vuelve un tema central, y la sociedad nuevamente las juzga como “malas madres” por criar a sus hijos en esas condiciones.

Las *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y no privadas de la libertad para las mujeres delincuentes* (2010) establecen medidas orientadas a garantizar la protección de las mujeres privadas de libertad. En su artículo 2, se menciona que, al momento del ingreso a un centro penitenciario, la mujer debe contar con la posibilidad de coordinar previamente el cuidado de sus hijos con referentes familiares o afectivos. Además, se establece la posibilidad de suspender la reclusión hasta que se resuelva esta situación, priorizando el interés superior del niño.

En Uruguay, esta situación es aún más compleja para las mujeres encarceladas en departamentos del interior del país, ya que muchas cárceles no están preparadas para la convivencia entre madres e hijos. *La Diario* (2021) señala que:

“En Uruguay hay casi 60 niñas y niños en cárceles de adultos. La mitad está en Montevideo, en la Unidad 9 Madres con Hijos del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), que es la única cárcel especializada en mujeres privadas de libertad con sus hijas e hijos a cargo” (Legrand, 2021, p.3).

La posibilidad de que los niños permanezcan con sus madres en prisión está limitada a los cuatro años de edad. Pasado ese tiempo, el vínculo con la madre dependerá de una evaluación judicial:

“(...) luego de esta edad, se puede solicitar año a año la extensión de la permanencia al juzgado de familia competente. (...) cuando no hay familias continentes en el afuera, sea en la cárcel o en hogares de amparo del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU)” (Legrand, 2021, p.3).

Las *Reglas de Bangkok* también sugieren que las madres sean enviadas a centros penitenciarios cercanos a su hogar para preservar el vínculo con sus hijos. Sin embargo, la literatura muestra que, en la mayoría de los casos, estos lazos se interrumpen involuntariamente, lo que desestructura el entramado familiar y revictimiza a los niños y adolescentes. En Uruguay, los menores de edad son ingresados

al sistema de protección del INAU, muchas veces perdiendo el contacto con sus madres de manera permanente por no cumplir con las condiciones exigidas para el cuidado.

### **Acceso a tratamiento para mujeres privadas de libertad**

Para las mujeres que son usuarias problemáticas de drogas, el acceso a tratamientos especializados dentro de los centros penitenciarios es prácticamente inexistente. Las barreras en la atención y el acompañamiento necesario se agravan en estos contextos.

Mendoza et al. (2010), en su artículo *Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión*, realizó una investigación con una muestra de 213 mujeres usuarias de alcohol y otras drogas privadas de libertad en dos centros penitenciarios de la Ciudad de México. Los resultados identifican tres principales barreras de acceso al tratamiento:

1. Barreras institucionales.
2. Barreras geográficas, relacionadas con el desconocimiento de los servicios especializados.
3. Presencia de varones en los equipos de atención, lo que generaba desconfianza y resistencia por parte de las mujeres, ya que la figura masculina era percibida como autoritaria y carente de sensibilidad.

Los autores destacan la importancia de incluir la perspectiva de género en las estrategias de salud y procuración de justicia para evitar la reproducción de desigualdades:

“El tratamiento es un aspecto de gran importancia que debe considerarse ya que se ha demostrado que, cuando las personas que consumen drogas son tratadas oportunamente, se reducen los costos a todos los niveles (de salud, familiares, sociales, económicos y legales). En este caso, si estas mujeres hubieran sido atendidas oportunamente, tal vez no estarían hoy en prisión” (Mendoza et al., 2010, p.505).

El ser mujer se configura como un factor de riesgo en la vinculación con el microtráfico. Factores como la vulnerabilidad socioeconómica, la violencia de género, la falta de acceso a la educación y al mercado laboral formal, los mandatos de maternidad y cuidado absoluto, y la dependencia emocional en las relaciones sexuales, explican en gran medida el involucramiento de las mujeres en la cadena del narcotráfico como una estrategia de subsistencia.

## Consideraciones finales

Esta trabajo asumió como objetivos el problematizar, analizar y reflexionar sobre el consumo de sustancias desde una perspectiva de género. Se compartió la conceptualización de la *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025*, donde se concibe el fenómeno de las drogas como:

“(…) un fenómeno complejo y dinámico, que involucra diversas áreas y dimensiones respecto a su naturaleza, causas, desarrollo y abordaje” (p.17).

Siguiendo los aportes de Touzé (2010), se propuso un análisis relacional del consumo de sustancias, lo que permite comprender los vínculos que las personas establecieron con ellas en función de sus trayectorias de vida y el contexto social e histórico en el que se encuentran.

Es clave repensar las representaciones sociales en torno a las drogas y los consumos problemáticos. El concepto de *Representaciones Sociales* (Moscovici, 1979) ayuda a comprender cómo construimos nuestra percepción del mundo y de las problemáticas que nos rodean. En este sentido, es fundamental cuestionar continuamente estos discursos para evitar miradas reduccionistas y estigmatizantes.

Otro punto de análisis central es la *triada sujeto-sustancia-contexto*, ya que a menudo se focaliza exclusivamente en la sustancia, reforzando discursos deterministas como:

“hay que combatir a las drogas”, “la droga los consumió”, “las drogas son un flagelo”, “está enfermo por las drogas” (Castellanos, 2013).

A lo largo de la historia, los consumos de sustancias han sido prácticas sociales con significados diversos. Comprenderlos en el contexto de una sociedad consumis-

ta es clave para analizar cómo operan las representaciones sociales y los discursos normativos sobre las drogas y quienes las consumen.

El cruce entre género y consumo es un campo de creciente interés, ya que permite visibilizar cómo los sistemas de poder se institucionalizan y reproducen desigualdades. Incorporar la *interseccionalidad* (Vigoya, 2016) en estos estudios permite una comprensión más integral, considerando variables como género, etnia, clase social y orientación sexual.

Las motivaciones que llevan a las mujeres al consumo de sustancias son diversas y multicausales. Entre los factores más comunes se encuentran: abuso sexual en la infancia, maltrato físico y psicológico, experiencias traumáticas, dependencia económica, presión social para cumplir con mandatos de maternidad y cuidado, y explotación sexual en contextos de consumo.

El mandato de cuidadoras opera con fuerza en las mujeres, lo que limita su acceso a tratamientos y refuerza barreras socioeconómicas y simbólicas. Los servicios de atención siguen reproduciendo lógicas patriarcales y son insuficientes para abordar la problemática con perspectiva de género.

El análisis de las masculinidades y el consumo también es fundamental, ya que los mandatos de género imponen a los varones la necesidad de reafirmar su masculinidad a través de conductas de riesgo, como el consumo de sustancias a edades tempranas y el policonsumo.

El encarcelamiento de mujeres por delitos de drogas responde a desigualdades estructurales. La LUC ha tolerado las penas por microtráfico, afectando de manera desproporcionada a mujeres en situación de vulnerabilidad. Como resultado, la población carcelaria femenina ha crecido a un ritmo alarmante, sin generar un impacto significativo en la reducción del narcotráfico.

Para finalizar, este análisis invita a la reflexión sobre cómo nuestras propias representaciones y prácticas pueden contribuir a la reproducción de desigualdades. La formación permanente y el desarrollo de herramientas terapéuticas con perspectiva de género son fundamentales para generar respuestas más justas e integrales en el abordaje de los consumos problemáticos.

## Referencias bibliográficas

- Álvarez-Riedweg, M. (2000). Mujeres y Alcohol. ¿Placer privado o problema público?. Revista Española de Drogodependencias, 25, 14 - 17, [https://red.aesed.com/upload/files/vol-25/n-1/v25n1\\_2.pdf](https://red.aesed.com/upload/files/vol-25/n-1/v25n1_2.pdf)
- Banco Mundial. (2020). Jugar un partido desigual. Diagnóstico de género en Uruguay, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/305771601535010024/pdf/Jugar-un-Partido-Desigual-Diagn%C3%B3stico-de-G%C3%A9nero-en-Uruguay.pdf>
- Bekinschtein, P., Calvo, D., Cancela, L., Cremonte, M., Damin, C., Godoy, J., Gurvich, D., Mansilla, J., Oviedo - Joeques, E., Paglini, M., Pautassi, R., Pilatti, A., Prieto, J., Rieznik, A., Ruso, D., Sigman, M., Tagliazucchi, E., Zamberlan, F., Arrieta, E., Gonzalez, (2022). Un libro sobre Drogas. 1a ed. Buenos Aires - Argentina. El Gato y La Caja.
- Bermúdez, A. (2017). SER-PARA-OTROS: MUJERES QUE INTRODUCEN DROGA A CÁRCELES COSTARRICENSES. Revista de Ciencias Sociales (Cr) , III (157), 129-147
- Burgos, A. (2018). 5to Informe anual 2017 - 2018. Observatorio Noctambul@s. Barcelona - España, <https://www.generoydrogodependencias.org/2019/04/07/5o-informe-observatorio-noctambulas/>
- Burgos, A. (2020). Miradas feministas al abordaje de drogas. Guía breve para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de drogas. Barcelona - España, [https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Libroto\\_DrogasGenero\\_Malva\\_2020.pdf](https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Libroto_DrogasGenero_Malva_2020.pdf)
- Castellanos, G. (2013). Del vicio a la enfermedad: representaciones sociales de la adicción en la cárcel. Alternativas en Psicología, 17(29), 17-31. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-339X2013000200002&lng=pt&lng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000200002&lng=pt&lng=es)
- Castelli, L. (2017). Maternidades e intervención Estatal en mujeres usuarias de pasta base. Apuntes desde Uruguay. Nueva Antropología, XXX (87), 66-83.

- CEPAL / ONU MUJERES. (2020). Brechas de género en los ingresos laborales en Uruguay, <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020/07/brechas-de-genero-en-los-ingresos-laborales-uruguay>
- CIM, OEA. (2016). Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento. Una guía para la reforma de políticas en América Latina y el Caribe, <https://www.oas.org/en/cim/docs/WomenDrugsIncarceration-ES.pdf>
- Diez, M., Pawłowicz, M., Vissicchio, F., Amendolaro, R., Barla, J., Muniz, A., Arrua, L. (2020). Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. Revista Salud Colectiva, 1 - 19, <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2509/1648>
- En 2020 fueron formalizadas por delitos vinculados a las drogas 518 mujeres. (2021, agosto, 29). Montevideo Portal, <https://www.montevideo.com.uy/Noticias/En-2020-fueron-formalizadas-por-delitos-vinculados-a-las-drogas-518-mujeres-uc796545>
- Escohotado, A. (1999). Historia General de las Drogas. Madrid - España. Espasa.
- Fernández, S. (2001) Mujeres y uso de drogas. Elementos para la reflexión desde una perspectiva de género. Montevideo - Uruguay. El Arojo.
- Jiménez, M., Guzmán, R. (2012). Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e interacción con otros ejes de desigualdad. Oñati Socio - Legal Series. 2 (6), 77 - 96. España, <https://opo.iisj.net/index.php/osls/article/view/137>
- Junta Nacional de Drogas (2019). Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento. Uruguay, <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/mujeres-politicas-drogas-encarcelamiento-uruguay>
- Junta Nacional de Drogas Uruguay (2019). Guía Info drogas. Más información, menos riesgos, <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/guia-infodrogas-informacion-menos-riesgos>

Junta Nacional de Drogas. (2019). Personas, calle, consumo: dos estudios sobre el uso de pasta base en Uruguay, <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/personas-calle-consumos-dos-estudios-sobre-uso-pasta-base-uruguay>

Junta Nacional de Drogas. (2019). VII Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas en Población General. Informe de investigación, <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/vii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-poblacion-general-2018>

Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. CONAPO, Mexfam, 3a, 216 - 229, <http://www.osplad.org.ar/generos/pdf/Perspectiva-Genero-Marta-Lamas.pdf>

Legrand, D. (2021, septiembre, 29). Persecución del microtráfico en la LUC: 95% de quienes caen presas por intentar ingresar drogas a las cárceles son mujeres. La Diaria, <https://ladiaria.com.uy/luc/articulo/2021/9/persecucion-del-microtrafico-en-la-luc-95-de-quienes-caen-presas-por-intentar-ingresar-drogas-a-las-carceles-son-mujeres/>

Llort, A., Ferrando, S., Borrás, T., Purroy, I.(2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: Estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. Alternativas. Cuadernos De Trabajo Social, (20), 9–22, [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33646/6/Alternativas\\_20\\_01.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33646/6/Alternativas_20_01.pdf)

Majlin, B. (2023, junio, 10). Especialistas advierten que aumento de mujeres en prisión tiene efectos sobre niños, niñas y adolescentes. La diaria, <https://ladiaria.com.uy/usuarios/entrar/?article=108116>

Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires - Argentina. Anesa - Huemul, <https://taniars.wordpress.com/wp-content/uploads/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>

Ministerio de Desarrollo Social. (2020). Estadística de Género 2020, <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Estad%C3%ADsticas%20de%20g%C3%A9nero%202020.pdf>

- Moral, M., (2007). Cambios en las representaciones sociales sobre las drogas y sus usuarios en la sociedad española. SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, 3 (2), 0, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80303204>
- Organización Mundial de la Salud (2016). Programa de Prevención de las Drogodependencias, <http://cicode.ugr.es/drogodependencia/pages/legislacion/drogas#:~:text=Seg%C%203%BA%20la%20O.M.S.%2C%20%E2%80%9C>
- Perozo, M. (2014). Representaciones sociales en consumidores de drogas. Tesis Psicológica, 9 (1), 146-155, <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139031679012.pdf>
- Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (2010), [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok\\_Rules\\_ESP\\_24032015.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ESP_24032015.pdf)
- Romero, M., Saldívar, G., Loyola, L., Rodríguez, E., Galván, J. (2010). Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión. Salud Mental, 33(6), 499-506.
- Romero, M. Gómez, C., Medina-Mora, E. (1996). Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social. Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la Mujer y la Familia, Montevideo - Uruguay, [https://www.researchgate.net/publication/238076104\\_LAS\\_MUJERES\\_ADICTAS\\_DE\\_LA\\_DESCRIPCION\\_A\\_SU\\_CONSTRUCCION\\_SOCIAL1](https://www.researchgate.net/publication/238076104_LAS_MUJERES_ADICTAS_DE_LA_DESCRIPCION_A_SU_CONSTRUCCION_SOCIAL1)
- Romo, N. (2004). Género y Uso de Drogas. La indivisibilidad de las mujeres. Universidad de Granada - España, 69 - 83, <https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/romo.pdf>
- Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los uso y abusos de drogas. Instituto Universitario de Estudios de la Mujer. (3) 269-272. España. Revista Española de Drogodependencias, [https://red.aesed.com/descargas/revistas/v35n3\\_ed.pdf](https://red.aesed.com/descargas/revistas/v35n3_ed.pdf)

- Scott, J. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Historia y Género. Valencia; España. Ediciones Alfonso.
- Touzé, G. (2006). Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína. 1a ed. Buenos Aires - Argentina. Intercambio Asociación Civil Federación, <https://intercambios.org.ar/assets/files/Saberes-ypracticass1.pdf>
- Touzé, G. (2010) Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo. 1a ed. Buenos Aires - Argentina. Troquel.
- UNFPA, MIDES, INMUJERES. (2016). Construcciones de la masculinidad hegemónica: una aproximación a su expresión en cifras. Uruguay; depósito legal 370.672/16, <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/construcciones-masculinidad-hegemonica-aproximacion-su-expresion-cifras>
- Uprimny, R. Osorio, M., Cruz, L., Chaparro, S., Chaparro, N. (2016). Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento. Una guía para la reforma de políticas en Colombia, Bogotá, [https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fj\\_name\\_recurso\\_834.pdf](https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fj_name_recurso_834.pdf)
- Uruguay Presidencia - Junta Nacional de Drogas. (2021). Estrategia Nacional de Drogas 2021 - 2025, <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/estrategia-nacional-drogas-2021-2025>
- Uruguay Presidencia - Junta Nacional de Drogas. (2021). Segundo Foro Académico Gestión de Riesgos y Reducción de Daños: Un desafío de las políticas públicas, [https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/ForoAcademico2021\\_web.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/ForoAcademico2021_web.pdf)
- Uruguay (1974, noviembre 11). Ley nº 14294: Ley de Estupefacientes. Listas 1 y 2 de la Convención de Nueva York, <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-ley/14294-1974>
- Uruguay (1998, octubre 28). Ley nº 17016: Estupefacientes, <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17016-1998/3>

Uruguay (2020, julio 14). Ley n° 19889: Aprobación de la Ley de Urgente Consideración, LUC. Ley de Urgencia, <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19889-2020>

Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1 - 17, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>

## Problematizando acerca de la relación entre el abuso sexual infantil en mujeres y el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

**Autora:** Lic. Psic. Sandra Mariela Benítez Antó

**Tutor:** Dr. Juan Fernández Romar

### Introducción y fundamentación sobre la temática

A lo largo de aproximadamente quince años de trabajo con personas que presentan consumos problemáticos de sustancias psicoactivas y sus referentes socioafectivos, he atravesado distintos momentos que me llevaron a detenerme y replantear mis prácticas.

Entre estos momentos, siempre hubo un punto que me intrigó y me interpeló profundamente: la atención psicológica de mujeres con consumo problemático de sustancias. En ellas, encontraba un altísimo porcentaje —por no decir casi la totalidad— que relataba haber sufrido abuso sexual en distintos grados durante su infancia y adolescencia.

En el caso de las consultas con varones con consumo problemático de sustancias, estos números disminuían notablemente en sus relatos. Me preguntaba si esto se debía a dificultades para comunicarlo o, quizás, a que el tema no era indagado de manera adecuada.

Estas y muchas otras interrogantes surgieron en torno a esta temática y constituyen la base de la reflexión que da sentido a este ensayo.

Uno de mis primeros cuestionamientos fue la pertinencia de relevar este dato: ¿es apropiado indagarlo? ¿Para quién es pertinente hacerlo? ¿Para la persona que consulta o para mí como psicóloga? ¿Podría implicar forzar un proceso terapéutico? Si la persona usuaria no lo menciona espontáneamente, ¿sería adecuado incluirlo como parte de una anamnesis? Considero que es un dato sumamente sensible, por lo que también me preguntaba cuál sería el momento oportuno para abordarlo.

¿Otros operadores han tenido estas mismas inquietudes? Indagué sobre ello en la reunión de coordinadores de los dispositivos Ciudadela y, efectivamente, va-

rios compartían estas mismas dudas. Incluso, el supervisor de gestión de aquel momento me sugirió escribir un artículo sobre el tema.

La interrogante principal radica en problematizar y profundizar: ¿cuál es la relación entre el abuso sexual infantil y su impacto en la vida de las personas que luego desarrollan un consumo problemático de sustancias psicoactivas? Es importante destacar que son mayormente las mujeres quienes lo mencionan en sus relatos durante las consultas.

¿Podría entenderse este consumo como una forma de tecnología del yo?

### Algunas investigaciones y estado del arte

Luego de revisar diversos portales académicos utilizando palabras clave como “consumo problemático de sustancias”, “abuso sexual infantil” y “mujeres”, encontré más preguntas que respuestas. Sin embargo, también hallé textos, artículos y tesis que corroboran o refutan las hipótesis planteadas. En su mayoría, se trata de estudios de carácter estadístico, los cuales evidencian la escasez de información sistematizada sobre esta temática.

Uno de los estudios más relevantes es *El abuso sexual infantil y su relación con el desarrollo de comportamientos adictivos*, una revisión sistemática de 36 artículos científicos que cumplían con criterios de selección rigurosos. Esta publicación, realizada en España en el año 2020 por Sonia Franco-Jaén, José M. Rodríguez y F. Javier del Río, recopila investigaciones publicadas entre 2014 y 2018 sobre la relación entre el abuso sexual infantil (ASI) y el desarrollo de comportamientos adictivos, tanto con sustancias como sin ellas.

Este estudio pone en evidencia la escasez de información sobre el tema y la necesidad de contar con investigaciones sistematizadas que utilicen instrumentos específicos y validados para confirmar la posible presencia o ausencia de ASI en adultos.

Los autores sostienen que las personas que han experimentado ASI pueden presentar diversas consecuencias negativas, entre ellas un mayor riesgo de iniciar el consumo de sustancias psicoactivas como estrategia evitativa del malestar. Además, pueden desarrollar psicopatologías postraumáticas, trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, así como presentar intentos de autoeliminación o conductas

sexuales de riesgo. No obstante, destacan que la violencia familiar es otro factor que incide en esta relación.

Otros elementos que aumentan la gravedad del trauma, serían la persistencia del ASI, ya sea por sus personas cuidadoras o familiares, la internalización de la responsabilidad del niño o niña, los daños físicos sufridos o la ruptura familiar posterior.

Cuando analizan las diferencias de género encuentran mayor frecuencia de ASI en mujeres que hombres. Sosteniendo que una de cada cinco mujeres ha sufrido ASI, lo que hace tener más probabilidad de riesgo de consumir sustancias psicoactivas.

Los comportamientos adictivos sin sustancias observados en este estudio que se han asociado con el ASI, son el juego problemático, el internet y la comida.

Ellos manifiestan que existen muy pocos estudios que centren su objeto de análisis en estas variables. Quizás motivados por la dificultad de hablar del hecho de haber sufrido ASI.

En segundo lugar, al observar un estudio de 1991 en la ciudad de México utilizando como herramienta la *Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar*, llegan a las siguientes conclusiones, encontrando que los varones que sufrieron abuso sexual infantil han sido en el ámbito extra familiar y en el caso de las mujeres dentro del ámbito intrafamiliar y a edades más tempranas. Otra conclusión a la que arriban y que ratifica los cuestionamientos planteados es que tanto las víctimas como los agresores de ambos sexos, reportan un consumo de sustancias psicoactivas significativamente aumentado, en relación a los estudiantes que no pasaron por esa experiencia infantil.

En tercer lugar, indagando en los resultados de un estudio en estudiantes de la Universidad Pública de Nicaragua ponen de manifiesto la magnitud del abuso sexual durante la infancia y su relación a largo plazo sobre la salud, destacándose el de las estudiantes mujeres, sobre todo en los consumos de éxtasis, heroína, cocaína o cannabis durante los últimos 12 meses.

La muestra se realizó a 368 estudiantes mayores de 18 años seleccionados mediante una técnica de muestreo no probabilística, de manera voluntaria y firmando un consentimiento informado. Fueron entrevistados 48.4 % (178) estudiantes del sexo masculino y un 51.6 % del femenino. Con un total de 60 preguntas, de diseño

transversal con un cuestionario para recolectar datos sobre experiencias de abuso sexual infantil.

Los resultados muestran que el riesgo de consumir drogas ilícitas es más probable en mujeres que sufrieron abuso sexual infantil que las que no han pasado por esa experiencia traumática.

El artículo propone dado la asociación encontrada en dicho estudio entre las mujeres abusadas sexualmente en su infancia y el uso de este tipo de sustancias psicoactivas considerar que los profesionales y educadores dedicados a atender esta problemática, deben recibir una formación integral sobre el abordaje de abuso sexual. Dando mucha importancia a la prevención mediante la educación y capacitación a las familias para lograr una detección temprana de abuso sexual infantil.

El cuantificar esta problemática e identificar las relaciones entre ellas, pudo ser un componente importante a la hora de implementar políticas públicas en contra de la violencia, en especial hacia las niñas y niños, así como la implementación de programas específicos dirigidos a la reducción del consumo de este tipo de sustancias psicoactivas. Estos datos son relevantes esencialmente en países donde el tema de la violencia sexual se considera un problema de salud pública y donde Nicaragua ha implementado importantes avances sustanciales en la temática.

En cuarto lugar, en un estudio realizado en Costa Rica en el año 2008, publicado por Julio Bejarano Orozco y Mario Sáenz Rojas con el objetivo de determinar si la relación entre el consumo de alcohol y el abuso sexual infantil pueden dar lugar a un consumo problemático.

Al respecto, Sáenz (2003) afirma que:

Cabe hacer especial mención a la necesidad de profundizar este tipo de investigaciones con perspectiva de género, debido a que, comúnmente se ha generalizado para las mujeres, tanto las características familiares de pacientes adictos varones como las modalidades de tratamiento desarrolladas con ellos, desconociéndose así las especificidades propias del sector femenino que presenta esta problemática sanitaria. (p. 39)

Los autores plantean que deben realizar estudios en los que se contemplen las historias de abuso sexual infantil, como también otras formas de violencia intra-

familiar en mujeres, como un factor de riesgo en farmacodependencia para luego diseñar estrategias terapéuticas y preventivas específicas.

Utilizan como método una encuesta de hogares restringida a la población de la Gran Área Metropolitana de Costa Rica, obteniendo el marco muestral del Instituto de Estadística y Censos, de manera multietápico y por conglomerados, con inclusión de ambos sexos, a partir de 18 años y más, residentes temporales o permanentes en sus viviendas. El tamaño de la muestra fue de 1274 personas, de los cuales 630 eran hombres y 644 mujeres, bajo condiciones de privacidad a cargo de estudiantes universitarios con experiencias anteriores y que recibieron capacitación en el manejo de situaciones de ansiedad o dolor, ante las emociones que las preguntas puedan generar.

No estuvo prevista la inclusión de personas sin residencia fija, pacientes en hospitales o centros de reclusión. La tasa de respuesta fue de un 96%. Se utiliza el cuestionario del proyecto GENASIS, con 101 preguntas cerradas indagando aspectos sociodemográficos y redes sociales de apoyo, patrones de consumo y sus consecuencias, intimidad y sexualidad, victimización, violencia, salud y estilo de vida.

Se fijaron como parámetros para el bebedor activo a quienes consumieron durante los últimos 12 meses, el bebedor excesivo se tornó aquel que ingirió cinco tragos o más por ocasión durante ese periodo, los abstinentes actuales fueron los que no bebieron en los últimos 12 meses y los abstinentes de por vida los que nunca bebieron.

El análisis de los resultados muestra que la prevalencia del consumo de alcohol y la edad de inicio (18.7 años) son elevadas en comparación a la encuesta nacional anterior a 2000/2001. Llama la atención que las mujeres con consumo problemático de alcohol con 8 puntos o más de la escala AUDIT son menores de 25 años.

En lo referente al abuso sexual infantil los autores plantean que

...se puede apreciar cómo el abuso sexual antes de los 16 años de edad alcanza cifras preocupantes y reveladoras de una situación invisibilizada por la cultura patriarcal, pues tanto en el plano intra como extrafamiliar, los reportes superan un 10% de la muestra. (p.6)

Otro dato relevante que exponen como confirmación de la vulnerabilidad que encuentran en las mujeres de ese país es la revictimización, luego de ser víctimas de abuso sexual antes de los 16 años, lo siguen siendo, donde en más de la mitad el perpetuador era su conyugue.

Por todos los datos recabados los autores plantean y se cuestionan:

A pesar de lo referido por la literatura, no se determinaron diferencias estadísticamente significativas entre haber ingerido bebidas alcohólicas con una frecuencia problemática (todos o casi todos los días) y haber sufrido abuso sexual intrafamiliar según sexo. (p.7)

Para los cuales se cuestionan que al ser una encuesta de hogares quedan por fuera las mujeres en situación de indigencia, como también las mujeres que desarrollan actividades fuera del hogar, que no son susceptibles de ser seleccionadas para dicha muestra. Otra razón que se plantean es que puede deberse a que sea mayor el número de víctimas de abuso sexual antes de los 16 años al reportado, debido a que las víctimas prefieran mantener el silencio o repriman el hecho traumático. Su propuesta propone analizar sus hallazgos con un enfoque cualitativo que permita profundizar en la problemática psicosocial de las mujeres con consumo problemático de alcohol respecto al abuso sexual infantil.

En quinto lugar, hemos revisado una investigación realizada a estudiantes de los grados de décimo y undécimo grado del Municipio de Caldas, Antioquia, Colombia en 2007, donde se enfocan en determinar la prevalencia del abuso sexual y su relación con depresión, autoestima y consumo de sustancias.

La metodología utilizada fue un estudio descriptivo de corte transversal. Aplicada a 565 estudiantes de los grados décimo y undécimo de colegios públicos y privados del municipio de Caldas. Se solicitó información acerca de la composición familiar, procedencia, edad del menor al momento del abuso sexual, tipo y frecuencia de éste, así como edad, género y relación del abusador con la víctima; también se indagaron datos para analizar autoestima, depresión y consumo de sustancias psicoactivas.

Dentro de los resultados encontraron que el promedio de edad al momento de la encuesta fue de 16 años. El 12 % de los jóvenes indicó que fue víctima de abuso

sexual infantil. Dentro de ese porcentaje, el 76,5 % de las víctimas eran mujeres. La edad promedio encontrada al momento del abuso fue de 10,3 años. La edad del agresor osciló entre 12 y 80 años, con un promedio de 32,18 años. En 92,6 % de los casos el abusador era hombre. Del total de los casos de abuso, el 48,5 % el agresor era de la familia del menor. Las caricias íntimas fueron el tipo de abuso más frecuente.

Los datos obtenidos arrojan que el 52 % de los casos detectados de depresión fueron víctimas de abuso sexual. El 21,1 % de los jóvenes con una mala autoestima fueron abusados sexualmente en su infancia.

El 23 % de los consumidores de marihuana, el 60 % de basuco, el 22 % de cocaína, el 24,3% de inhalables, el 31,6 % de éxtasis y el 21,4 % de hongos fueron víctimas de abuso sexual infantil.

Ante estos datos llegan a algunas conclusiones, identificando que el abuso sexual infantil es frecuente en el municipio de Caldas; las mujeres tienen mayor riesgo de ser abusadas que los varones; los tipos de abuso predominantes incluyen contacto físico (caricias íntimas y penetración vaginal) lo cual configura una mayor severidad de la agresión; en casi la mitad de los casos el agresor es un familiar. También sostienen que hay una relación estadísticamente significativa entre abuso sexual infantil y depresión y hay una asociación entre abuso y consumo de sustancias.

Sostienen que se requieren más estudios en las comunidades, tendientes a la detección y protección de los menores vulnerables y también se necesita brindar apoyo a las víctimas para que puedan crecer y superar los estragos del abuso.

Los abusos sexuales infantiles, la negligencia y la disfunción familiar, son experiencias disruptivas que experimentadas en la niñez son traumáticas y acumulativas. Además, tienen una fuerte relación con el riesgo de iniciación en el uso de drogas en la adolescencia. Así, como también, el uso de drogas ilícitas puede servir como una salida de escape o disociación del dolor emocional inmediato de la angustia y la ansiedad que probablemente acompañe esas experiencias traumáticas.

En sexto lugar se ha considerado el trabajo sobre “Factores de riesgo asociados al consumo de sustancia en mujeres víctimas de maltrato en contexto de pobreza” (2020), publicado por Esther Rivas-Rivero, Enrique Bonilla-Agovia y José Juan Vázquez de la Universidad de Alcalá, España.

En dicho trabajo se analiza la relación entre el padecimiento de sucesos vitales estresantes y el consumo excesivo de alcohol y drogas en 136 mujeres mayores de 18 años, en situación de extrema pobreza que hayan sido víctimas de violencia de género de la ciudad de León- Nicaragua. Los datos se obtuvieron a partir de una entrevista estructurada de una duración de 45 a 80 minutos, firmando un consentimiento informado, que fue diseñada para este fin y que releva los sucesos vitales estresantes padecidos por dichas mujeres a lo largo de toda su vida.

Los resultados muestran que quienes padecieron distintos episodios de violencia en la infancia consumieron alcohol y drogas en exceso. Además, sostienen que el mayor predictor para el consumo de alcohol y drogas se encuentra entre quienes padecieron abuso sexual antes de los 18 años. Por otra parte, cuando el abuso se produjo a edades tempranas se observa un aumento del riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas

Pese a la relevancia para la salud de las víctimas, existen pocos dispositivos especializados en Nicaragua con los que atender a las víctimas de violencia de género hacia procesos de recuperación, sobre todo para quienes han desarrollado estrategias de afrontamiento relacionados con el consumo problemático de sustancias.

En séptimo lugar se tomado en consideración el estudio sobre las Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes de David Cantón-Cortés y María Rosario Cortés (2005), donde indagan las consecuencias a corto y largo plazo del ASI, pretendiendo discernir cuales son las principales variables que determinan los efectos del abuso sobre las víctimas.

La vivencia de una experiencia fuertemente estresante, como es el abuso sexual infantil, conlleva el posible desarrollo de múltiples problemas emocionales, sociales, conductuales y físicos. Aunque sostienen que no todas las víctimas de ASI muestran un daño significativo posterior, existiendo una amplia gama de variabilidad, dependiendo de cómo se perciban, evalúen y procesen los sucesos traumáticos. La naturaleza de dichos problemas dependerá entre otros factores, del momento evolutivo alcanzado, en el que se encuentra la víctima al momento del ASI. Los resultados parecerían ser más graves dependiendo de la frecuencia, la duración en el tiempo, cuando la relación es más próxima entre el agresor y la víctima y si se ha utilizado la fuerza.

Los autores afirman que

Concretamente, las investigaciones realizadas en los últimos años han encontrado que la sustitución de estrategias de afrontamiento de evitación por estrategias de aproximación, la eliminación de las atribuciones de autoinculpación e inculpación a la familia y de los sentimientos relacionados con las cuatro dinámicas traumatogénicas y la promoción de un estilo de apego seguro resultarían beneficiosos a la hora de prevenir futuros problemas causados por la experiencia de abuso. (p.552)

Para la consideración de este tema se torna imprescindible comenzar por definir algunos conceptos.

Según la Organización Mundial de la Salud:

Droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. (OMS, 2004, Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.)

Esta definición es muy amplia y nos interpela sobre todos los usos cotidianos que hacemos de las diferentes drogas a las que no consideramos como tales, como ser los fármacos, el mate, el café, el tabaco, el alcohol, algunas plantas, etc.

El término adicciones, es un concepto cuestionado por las dificultades diagnósticas que presenta así como por las connotaciones negativas que encierra, y actualmente suele ser sustituido por el término dependencia, que refiere a que toda la vida de la persona gira en torno al consumo. Por razones similares, la denominación "consumo abusivo" (que presenta una diversidad de interpretaciones y restricciones) es también sustituida con frecuencia por el de "consumo problemático", más genérico y comprensible. Generalmente, se suele entender que el consumo problemático se presenta cuando la vida cotidiana se ve afectada en una o más áreas.

En "Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013-2025(2012)" se refiere al consumo problemático como:

Es el consumo que empieza a tener consecuencias negativas en la salud y que causa efectos perjudiciales tanto en todos los aspectos de la vida de la persona como en otros aspectos relacionados con los individuos, las familias, los amigos y la sociedad. (p.14)

Según la guía “Contacto” de Silvia Fernández y Agustín Lapetina (2008) existen dos discursos técnicos de concebir la adicción, como una enfermedad o como una conducta aprendida. Estos discursos técnicos son fundamentales a la hora de abordar la temática.

Desde la creación de la Junta Nacional de Drogas y en sus sucesivas Estrategias Nacionales, se ha trabajado en diversas ocasiones desde el paradigma del aprendizaje social donde se pone énfasis en la persona y no en la sustancia, donde las personas no nacen adictas, sino se hacen y por lo tanto ese aprendizaje se puede reaprender o modificar, porque lo que cambia es el vínculo con que me relaciono, con la sustancia. Desde este paradigma no tiene lugar una secuencia inexorable de eventos que lleve a un deterioro progresivo de la persona, aunque no se niega la posibilidad.

## **Consideraciones sobre el contexto histórico mundial**

El uso de diferentes drogas ha estado presente en todas las etapas de la historia de la humanidad. A partir del siglo XX, surge la necesidad de establecer regulaciones y un marco jurídico internacional acorde a la época, que contemple y aborde esta problemática. Dicho marco se ha ido modificando con el tiempo, en función de los cambios en las sociedades y sus contextos.

Las Convenciones Internacionales han sido el espacio donde se establecen las bases normativas que Uruguay ha ratificado y acompañado a lo largo de los diferentes momentos históricos.

## **Principales antecedentes históricos**

Como primer antecedente a nivel mundial, en 1912 se llevó a cabo la Convención Internacional del Opio en La Haya, Países Bajos. En esta, los países firmantes acordaron controlar la producción, venta y distribución de morfina, cocaína y sus derivados.

Posteriormente, en Ginebra, Suiza, se firmaron sucesivos acuerdos en 1925, 1931 y 1936, que establecieron:

- ✓ 1925: Regulación sobre la fabricación, comercio interior y uso del opio preparado.
- ✓ 1931: Limitación y reglamentación de la distribución de estupefacientes.
- ✓ 1936: Convenio para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas.

En 1946, en Lake Success, Nueva York (EE.UU.), se elaboró un protocolo que modificó los acuerdos, convenciones y protocolos previos sobre estupefacientes, incluyendo la Convención de La Haya (1912), los acuerdos de Ginebra (1925 y 1931), el Convenio de Bangkok (1931) y el de Ginebra (1936).

En 1953, también en Nueva York, se firmó el Protocolo del Opio, que estableció limitaciones y regulaciones sobre el cultivo de la adormidera, así como sobre la producción, el comercio internacional, el comercio al por mayor y el uso del opio.

En 1961, se celebró en Nueva York la Convención Única sobre Estupefacientes, que clasificó las drogas en cuatro listas, siendo la Lista I la que incluía las sustancias de mayor riesgo y potencial adictivo. Esta clasificación fue posteriormente enmendada en:

- ✓ El Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas en Viena, Austria (1971).
- ✓ El Protocolo de Ginebra (1972).

En 1988, en Viena, Austria, se llevó a cabo la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, en la que se establecieron nuevas tablas de clasificación y se adoptaron medidas más represivas para combatir la producción, posesión y tráfico ilícito de drogas.

### **El control de las sustancias psicoactivas a nivel mundial**

El control de las sustancias psicoactivas a nivel mundial está determinado por un conjunto de convenciones y organismos de las Naciones Unidas (ONU), los cuales

son responsables de la actualización de las listas de sustancias y de la fiscalización internacional de drogas.

Estas convenciones han sido suscritas por todos los países miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA), consolidando un marco regulador global que sigue evolucionando en función de las nuevas realidades y desafíos en materia de consumo y tráfico de drogas.

### **Consideraciones en relación al contexto histórico en Uruguay**

En Uruguay a partir del año 1941 se encuentran medidas de control policial dirigidas a vagos, mendigos y estados afines, como los alcohólicos, consumidores y prostitutas. Categorías que han sufrido un aluvión de críticas y cuestionamientos por los prejuicios que denotan.

Durante 1936 y con el auge de la medicalización, se estableció la internación como cura modélica de todos males y como único recurso terapéutico, siendo recién derogada con la actual ley de Salud Mental. Este mito es aún en nuestros días imperante en el imaginario social y en el sistema penal uruguayo, a pesar que el discurso prohibicionista fue un fracaso a nivel mundial.

En la década de los '70 ya el presidente Nixon de Estados Unidos había declarado la Guerra a las drogas y comienzan a verse algunas sentencias de esa inspiración en nuestro país. En este período las drogas son demonizadas y la finalidad de los buenos ciudadanos es apartar a nuestros hijos de ese mal.

En Uruguay en cambio el consumo nunca fue considerado un delito. Ya que se privilegia la autodisposición del propio cuerpo.

Desde su creación en 1988, la Junta Nacional de Drogas uruguaya ha afianzado gradualmente la idea que el abordaje de las políticas públicas de drogas requiere un enfoque integral y equilibrado, centrado en las personas y comunidades, con una perspectiva transversal de derechos humanos y género (END, 2016)

El desarrollo de las acciones de la JND, en continuidad con las políticas de drogas implementadas en los últimos períodos de gobierno, se orienta con base en los siguientes principios rectores como ser la integración de principios e instrumentos de Derechos Humanos, la equidad, la democracia, la cooperación, responsabilidad común y equitativamente compartida, la defensa del multilateralismo como patri-

monio del hemisferio y unidad en la diversidad, la integralidad, equilibrio y transversalidad, la participación y la evidencia científica y buenas prácticas (END, 2016).

Se crean los Dispositivos Ciudadela en diferentes puntos del país para dar bajada a estas políticas públicas, siendo pensados como centros de asesoramiento, orientación, diagnóstico, derivación oportuna y tratamiento para personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, como también a sus referentes socio afectivos.

### **Consideraciones en relación a las políticas públicas**

Tomando como referencia el cuadro de políticas sobre drogas de Rodrigo Uprimny, que, a pesar de haber sido desarrollado hace más de 20 años, sigue vigente en la actualidad, el autor presenta un análisis que va desde las políticas más restrictivas hasta las más liberales en materia de drogas.

En el nivel I, se encuentra la política de prohibición estricta o “guerra contra las drogas”, cuyo principal exponente es Estados Unidos.

En este enfoque, la filosofía subyacente se basa en un perfeccionismo moral o en una protección sanitaria impuesta por el Estado, donde el consumo de drogas es considerado un vicio moral, una degradación personal o incluso un delito. El objetivo principal es erradicar o reducir significativamente el consumo de sustancias ilícitas. Desde el derecho penal y punitivo, este nivel representa la máxima expresión represiva en todas las fases de la producción, distribución y consumo de drogas, con escasa utilización de otros instrumentos, los cuales siempre están subordinados a la represión.

En el nivel II, se ubica una política de prohibición más flexible o de “reducción de daños”, implementada en países como Holanda, Suiza y algunas ciudades de Europa. Aquí, el énfasis se centra en la reducción de los daños y abusos asociados al consumo, así como en la atenuación de las políticas de control. En este modelo, el derecho penal tiene un papel mínimo en el consumo y la distribución minorista, mientras que se mantiene el máximo rigor en la producción y distribución mayorista. Los instrumentos utilizados son sólidos y diferenciados en lo que respecta al consumo, aunque siguen siendo mínimos en relación con la oferta.

El nivel III corresponde a una política de despenalización flexible o “reducción del daño generalizada”, también conocida como “modelo de salud pública” o “legalización regulada”, adoptada en algunos países europeos respecto al alcohol. En este enfoque, el objetivo es proteger la salud pública dentro del marco de los derechos humanos, buscando minimizar los daños en todas las etapas de la economía de la droga. Se tolera el consumo, pero se desestimula activamente. En este nivel, el derecho penal tiene un rol mínimo en el consumo, la producción y la distribución, mientras que las estrategias de intervención son fuertes y diferenciadas en toda la cadena.

Por último, el nivel IV representa la política de despenalización estricta o “liberación general”. Este modelo predominó en la regulación del tabaco hasta hace pocos años y se basa en la premisa de libre opción y selección, confiando en el papel regulador del mercado sin instrumentos de control específicos. En este nivel, la prioridad es la protección máxima de la libertad individual, con una intervención estatal mínima. El derecho penal prácticamente desaparece en relación con las drogas.

Al analizar estos niveles, considero que la política actual de nuestro país, según esta clasificación, se sitúa entre los niveles II y III, con una mayor inclinación hacia el nivel III. Se trabaja desde un enfoque de gestión de riesgos y reducción de daños, con una regulación del mercado de cannabis que incluye producción controlada y venta en farmacias adheridas.

## **Mirada social y cultural sobre el consumo de drogas**

Desde una perspectiva cultural, el consumo problemático de sustancias psicoactivas suele vincularse con la delincuencia y la prostitución, bajo la premisa de que estas actividades podrían ser la única manera de financiar dicho consumo. Este estigma contribuye a la criminalización de los consumidores y genera un círculo vicioso difícil de romper.

El estigma funciona como una marca o mancha que desacredita al individuo, exponiéndolo a discriminación y vulneración de derechos.

El uso irresponsable del lenguaje y la perpetuación de estereotipos refuerzan la estigmatización, asignando etiquetas como “pastabaser”, “pastoso” o “drogadicto”, que terminan siendo interiorizadas por las propias personas que consumen. La

identidad y la autopercepción de los individuos se estructuran, en gran medida, a partir de estos términos, lo que refuerza la exclusión social.

Es fundamental prestar atención al lenguaje empleado para referirse a quienes tienen consumos problemáticos, ya que el uso de estos términos no solo refuerza el estigma, sino que también profundiza la brecha social. Este fenómeno suele recaer sobre los sectores ya marginados, en particular jóvenes y personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica (“pichis”, “planchas”, “peludos”, etc.), consolidando una asociación entre consumo de drogas, pobreza y delincuencia.

Según el informe *El problema mundial de la percepción de las drogas* (2017):

“La relación entre el estigma, la discriminación y la criminalización es compleja, ya que la esfera social y política a la que pertenecen el estigma y la discriminación interactúa con el derecho penal y el poder judicial” (p. 28).

En esta misma línea, la Junta Nacional de Drogas, en *Abordajes del uso problemático de drogas en mujeres privadas de libertad*, señala:

“Si bien culturalmente la condición social de mujer adicta la define como representante de un grupo que carga con estereotipos y estigmas sociales, cada una de estas mujeres consumidoras problemáticas de drogas puede tener una particular capacidad de sobrevivir, asumir cierta subjetividad personal y crear una identidad propia” (p. 21).

Es importante enfatizar que el problema no radica en la sustancia en sí, sino en el vínculo que la persona establece con ella. Por lo tanto, el consumidor debe ser reconocido como persona y sujeto de derechos, más allá de su relación con las drogas.

Otro aspecto clave es comprender que la mayoría de la población no tiene un consumo problemático de sustancias. De hecho, todos consumimos sustancias que muchas veces no percibimos como drogas. En los casos en que el consumo se vuelve problemático, esto ocurre en personas que ya presentan una situación de vulnerabilidad previa y que encuentran en las sustancias un modo de afrontamiento.

El gran desafío terapéutico consiste en desarmar ese vínculo problemático, promoviendo alternativas que permitan a la persona reconstruir su autonomía y su bienestar desde un enfoque integral.

## Abuso sexual infantil

Es pertinente profundizar de qué hablamos cuando hablamos de abuso sexual infantil. En archivos de Pediatría para el protocolo a utilizar en la emergencia pediátrica uruguaya, según el Dr. Stephen Ludwig, (2001) lo definen como:

1) el empleo, uso, persuasión, inducción, chantaje o coerción de cualquier niño para que participe en, o ayude a cualquiera otra persona a participar en cualquier conducta sexual explícita, o cualquier simulación de dicha conducta, con el propósito de producir cualquier demostración visual, o 2) violación, o en casos de cuidadores o familiares: violación estatutaria, agresión sexual, prostitución u otra forma de explotación sexual del niño o incesto con niños. (p.45)

El abuso sexual incluye acariciar los genitales del niño/a, coito, incesto, violación, sodomía, exhibicionismo y explotación comercial a través de la prostitución o la producción de materiales pornográficos.

Muchos expertos creen que el abuso sexual es una de las formas de maltrato con mayor subregistro debido al secreto “conspiración para el silencio” que tan frecuentemente rodea estos casos

## Lugar de la vergüenza

En el artículo “El sentimiento de vergüenza de mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil” de Carmen Crempien y Vania Martínez (2010) se hace hincapié en el sentimiento de vergüenza, reforzado por el aprendizaje social y los patrones familiares transgeneracionales. Cada familia tiene reglas de lo que se le permite ver, hablar, sentir, oír como función protectora de temas vergonzosos, de esa forma mantienen un ciclo recursivo de los secretos familiares.

Es complejo y difícil develar un ASI porque surge el miedo a no ser creído, la vergüenza y el miedo a causar problemas a la familia. La víctima de ASI tiene miedo a sentirse inadecuada y defectuosa, entonces por vergüenza se aísla y asume una conducta sumisa que la vuelve a victimizar.

Existen para las autoras dos tipos de develaciones, la accidental que es donde la vergüenza es mayor, cuando ya no soporta ser parte de algo sucio e inapropia-

do. La víctima al ser descubierta puede atribuir su propio silencio a la complicidad o la participación en el ASI, aumentando los sentimientos de vergüenza y culpa. En cambio, la develación intencional es un indicador de mayor capacidad de la víctima de contener la ansiedad asociada a la vergüenza. En ambos develamientos si la respuesta no es de apoyo, el sentimiento de impotencia de la niña es aún mayor. Esta instancia debe ser tomada como un proceso continuo y dinámico que oscila entre la develación y la retractación y viceversa, dada la complejidad de la situación traumática.

El abuso sexual infantil es una experiencia traumática con consecuencias graves en el bienestar emocional de las mujeres afectadas.

### **¿Qué se puede hacer con el sufrimiento asociado a la situación traumática?**

El abuso sexual infantil constituye un problema de gran relevancia en nuestro país, cuya detección ha ido en aumento en los últimos tiempos.

El abuso sexual puede comprometer la autoestima y la imagen personal, derivando en comportamientos autodestructivos, como el consumo de sustancias. La desregulación emocional originada en el trauma puede llevar a las mujeres a recurrir al alcohol y otras drogas como un mecanismo para manejar sus emociones.

### **Elaboración psicológica del trauma**

¿Cómo podemos colaborar en la elaboración psicológica del trauma? ¿Cómo acompañar a las sobrevivientes para que esa cicatriz no condicione sus vidas y puedan encontrar una forma más saludable de convivir con ella?

Una posible perspectiva es la que se desprende de las cuatro *tecnologías del yo* propuestas por Michel Foucault. Según el autor, estas tecnologías rara vez actúan por separado, sino que funcionan en interacción con alguna forma de dominación, lo que él denomina gobernabilidad.

1. Tecnología de producción: permite producir, transformar o manipular objetos y materiales.
2. Tecnología del sistema de signos: posibilita la utilización de símbolos, sentidos y significaciones.

3. Tecnología del poder: determina la conducta de las personas, sometiéndolas a cierto tipo de dominación, con la consecuente objetivación del sujeto.
4. Tecnología del yo: permite a las personas, por sí mismas o con la ayuda de otros, llevar a cabo diversas prácticas sobre su cuerpo, pensamiento y conducta, con el propósito de transformarse y alcanzar cierto grado de felicidad, pureza, bienestar o sabiduría.

Todas estas transformaciones implican cambios de actitud, más allá de la simple adquisición de habilidades o aprendizajes.

Según David Cantón y otros en el libro *Los efectos del abuso sexual infantil*, las víctimas de abusos más graves presentan mayores niveles de autoinculpación, así como una tendencia a culpar a la familia y a emplear estrategias de evitación.

En este sentido, el uso de sustancias suele convertirse en una estrategia de afrontamiento para aliviar el dolor emocional y psicológico derivado del trauma.

### Perspectiva de género

Otro aspecto clave a problematizar es el papel asignado culturalmente a mujeres y varones en la actualidad.

La perspectiva de género es una herramienta analítica que permite examinar los derechos, privilegios y representaciones sociales asignadas de manera diferencial a mujeres y hombres. A través de este análisis sociocultural, es posible identificar, visibilizar y dar voz a las desigualdades, con el propósito de transformar las inequidades y las violencias estructurales sostenidas por el sistema patriarcal.

Al hablar de representaciones sociales, nos referimos a la teoría desarrollada por Serge Moscovici en 1979, quien define la representación social como una guía que:

“...remodela y reconstituye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar” (p. 32).

Además, agrega que opera:

“...como una textura psicológica autónoma y a la vez como propia de nuestra sociedad, de nuestra cultura” (p. 29).

Por otro lado, el patriarcado se define como un sistema de dominación sexual, que constituye la base sobre la que se erigen otras formas de dominación, como las de clase y raza. En palabras de Varela (2008):

“El patriarcado es un sistema de dominación masculina que determina la opresión y subordinación de las mujeres” (p. 85).

### **El rol cultural de la mujer**

Desde el nacimiento —e incluso antes—, se construyen identificaciones de género que reproducen estereotipos sociales. A lo largo de la historia, hemos sido educados bajo una mirada androcéntrica, que ha situado a las mujeres en un lugar de inferioridad en relación con los hombres.

Tradicionalmente, se ha asignado al hombre el rol de producir (en el ámbito público) y a la mujer el de reproducir (en el ámbito privado). No obstante, en las últimas décadas, el empoderamiento femenino ha impulsado un cambio en estas dinámicas, promoviendo una modificación gradual del rol de los varones, quienes han comenzado a involucrarse más activamente en el espacio privado.

En el pasado, el rol de la mujer se construía desde el miedo. Desde pequeñas, muchas mujeres han crecido escuchando frases como “necesitamos un hombre que nos defienda”. Este discurso refuerza la idea de que la protección masculina es necesaria para la seguridad de las mujeres.

Sin embargo, es importante recordar que el miedo también es una forma de violencia.

### **La gestión del placer, ¿debería ser sancionada?**

A lo largo de la historia, el deseo y el placer de las mujeres han sido sancionados, cuestionados y condenados. Entonces, ¿por qué el consumo de sustancias psicoactivas, que en muchas ocasiones se asocia con la recreación, el disfrute y la libertad, habría de ser diferente?

¿Qué es lo que realmente molesta del consumo de ciertas sustancias psicoactivas por parte de las mujeres? ¿Qué estereotipos, prejuicios y mandatos influyen en esta percepción? ¿Y por qué?

Al respecto, Fernández (2001) señala:

“Una perspectiva de género puede entonces ayudarnos a comprender las características específicas que distinguen el consumo de drogas de las mujeres, así como los diferentes significados y valoraciones atribuidas al mismo” (p. 5).

Este es un aspecto clave a considerar: las distintas atribuciones y características que históricamente se han construido y asignado a las mujeres en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, ya sea problemático o no.

Se pueden identificar múltiples atravesamientos que afectan a las mujeres consumidoras de sustancias, especialmente por la inevitable implicación de su cuerpo y su sexualidad, lo que complejiza aún más sus historias de vida.

Desde la estrategia de reducción de riesgos y daños, resulta fundamental posibilitar la gestión del placer y la recreación en los consumos, comprendiendo que forman parte de la historia de la humanidad.

En este sentido, la implementación del paradigma de reducción de riesgos y daños busca:

“La minimización de los riesgos y la maximización de los placeres relacionados con un determinado patrón de consumo” (Parés Franquero, 2013, p. 74).

Esta premisa puede vincularse con la perspectiva de género si, en lugar de negar o minimizar la existencia de los consumos femeninos, se revalorizan y se promueven prácticas de consumo cuidadas, responsables y placenteras. Esto permitiría el desarrollo de estrategias saludables que prevengan la transformación del consumo en una problemática.

## Diferentes estrategias de supervivencia

En una charla TEDx de 2015 en Buenos Aires, titulada “Negociar sexo por vida”, disponible en YouTube, la investigadora Inés Hercovich, pionera en el estudio de la violencia sexual contra las mujeres, se pregunta: ¿por qué la mayoría de las mujeres

que sufren ataques sexuales no lo cuentan? A partir de su vasta experiencia entrevistando a mujeres, comparte algunas reflexiones sobre este fenómeno.

Comienza proporcionando datos estadísticos impactantes: una de cada cuatro mujeres ha sufrido o sufrirá un ataque sexual a lo largo de su vida. Sin embargo, solo el 10 % realiza la denuncia correspondiente, mientras que el 90 % guarda silencio. La mitad de ellas no lo hace porque el agresor suele pertenecer al entorno familiar y la otra mitad, por miedo a no ser creídas. Estos datos evidencian una realidad mucho más amplia y preocupante de lo que suele suponerse.

¿Cómo nos imaginamos a un agresor y a una víctima de violencia sexual? En el imaginario colectivo, el atacante suele representarse como un joven depravado, de clase baja, un delincuente, un monstruo desagradable y agresivo. Difícilmente se lo visualiza como un estudiante, un joven agradable y persuasivo. Por otro lado, la víctima es generalmente concebida como una chica joven, atractiva e insegura, en lugar de una mujer adulta, inteligente, trabajadora y fuerte.

Cuando una mujer nos elige para contar su historia, es natural que surjan preguntas e incertidumbres. Sin embargo, es esencial mantener una actitud empática, respetuosa y cuidadosa. Para ello, es fundamental trabajar nuestra propia historia de vida, a fin de poder acompañar sin juicios ni prejuicios. Debemos aprender a ver más allá de nuestras propias construcciones y del sesgo que nuestra perspectiva de género puede imponer.

## Victimización y culpabilización

Inés Hercovich señala que, paradójicamente, el primer paso en la construcción social del relato de una víctima de violencia sexual es su propia victimización. Para creerles, se les exige un relato de extrema vulnerabilidad, reforzado con expresiones como “temí por mi vida” o “tenía un arma en la guantera”.

Otro mecanismo común es la culpabilización de las víctimas, con frases como “ella se lo buscó”, “mira cómo iba vestida”, o “se fue con un desconocido”. En estos casos, las víctimas son sometidas a un juicio social que termina por convertirse en una sentencia moral.

Para lograr una escucha con perspectiva de género, Hercovich propone subrayar aquellas expresiones que no esperamos oír, como “eres un chico que me gus-

taba”, “no necesitas hacer algo así para conseguir chicas”, o “le hablaba como una hermana mayor”, mientras que, al mismo tiempo, se debe minimizar el énfasis en los relatos que ya esperamos escuchar, como “tuve miedo” o “pensé que podía tener un arma”.

El abordaje terapéutico no debe centrarse únicamente en el rol de víctima, sino en fortalecer a la persona para que pueda reconstruirse desde otro lugar. Se trata de acompañarla en el proceso de transición de víctima a mujer empoderada.

En este proceso, es clave reforzar lo que la persona sí hizo para sobrevivir. Lo primero y más importante: dijo no. Luego, al notar que su negativa era inútil, utilizó estrategias para evitar una mayor violencia, hablando con calma o evitando desafiar directamente al agresor. Estas estrategias, aunque no se perciban como resistencia en un sentido tradicional, representan formas válidas de preservarse a sí misma.

Muchos códigos penales aún exigen la presencia de marcas en el cuerpo de las víctimas para demostrar su resistencia. Esto implica que, si no hay lesiones visibles, el hecho puede no ser reconocido como violación. Esta visión legalista nos interpela y nos obliga a cuestionar nuestras propias creencias sobre la violencia sexual.

En estos escenarios extremos, lo que ocurre no es consentimiento, sino negociación. Cuando el *no* no es suficiente, la persona busca salir de la situación con el menor daño posible. Someterse a una penetración, por ejemplo, puede ser percibido como menos doloroso que recibir golpes o soportar besos y caricias forzadas, que implican una mayor cercanía afectiva.

Abordar estas experiencias desde una perspectiva de género implica analizar qué sucede con las mujeres en estos contextos y cómo los mandatos de género influyen en sus respuestas. Estas cuestiones deben ser examinadas y trabajadas como herramientas de análisis de la realidad.

### **Estrategias de intervención y construcción de nuevas narrativas**

En el trabajo con mujeres sobrevivientes de violencia sexual, la confrontación directa no debería ser utilizada como estrategia de abordaje. Esta técnica tiende a debilitarlas, colocándolas en una posición de subordinación que, en muchos casos, las lleva a abandonar el proceso terapéutico o a guardar silencio.

Por todo lo expuesto, se vuelve fundamental el desarrollo de estrategias basadas en la coeducación, la reeducación y el entendimiento, con el fin de construir masculinidades y feminidades más saludables. Es imprescindible generar espacios donde las mujeres puedan hablar y ser escuchadas, entendiendo que la responsabilidad de su silencio y soledad no recaerá únicamente sobre ellas, sino sobre toda la sociedad.

### **A modo de articulación**

Para articular los tres ejes temáticos abordados, es fundamental considerar a la persona en su totalidad, atendiendo a su singularidad dentro del contexto socio-histórico, cultural, político y económico en el que se inscribe.

Siguiendo a Raquel Cantos (2016), en el contexto del consumo de sustancias, la mujer es percibida como más accesible sexualmente, más fácil de seducir y de “conquistar”, lo que la expone a una mayor vulnerabilidad frente a abusos y agresiones sexuales. La autora señala que, cuando ocurren situaciones de violencia sexual en estos entornos, es frecuente que la gravedad de la agresión sea subestimada y que, en muchos casos, la mujer sea culpabilizada por haber consumido sustancias psicoactivas.

Por su parte, la Junta Nacional de Drogas, en la publicación *Abordajes del uso problemático de drogas en mujeres privadas de libertad* (2011), destaca:

Es de vital importancia que los equipos técnicos que trabajan en tratamientos específicos para mujeres en estos contextos las motiven a “examinar las relaciones anteriores, incluidas las cuestiones de la pérdida, la violencia y el incesto, para validar y construir o reaprender sus habilidades relacionales, así como para reexaminar sus necesidades. Otro de los ejes de las intervenciones específicas se centra en el trabajo de la toma de conciencia de sus problemáticas, mejorar sus habilidades para el manejo de historias de abuso a lo largo de sus vidas y la promoción de mecanismos resilientes” (p. 22).

## El triángulo de la antropología médica

Para comprender mejor la complejidad del consumo problemático, es útil considerar el modelo del triángulo de la antropología médica, en el que se integran tres dimensiones clave:

- ✓ El setting (contexto): el entorno en el que ocurre el consumo.
- ✓ La sustancia elegida: sus efectos, disponibilidad y significado cultural.
- ✓ El set mental (predisposición individual): factores personales, incluyendo la genética y el estado psicológico del momento.

Este enfoque permite un abordaje más integral y contextualizado del consumo de sustancias.

## Una mirada desde la biología y la epigenética

Cada ser humano es único, reflejado en la secuencia de cuatro letras que componen su código genético. La vida transcurre en un equilibrio dinámico, donde la resiliencia y la evolución se manifiestan a través de mecanismos adaptativos mediados por causalidades.

Desde una perspectiva holística basada en la biología del siglo XXI, la epigenética ofrece una nueva visión sobre la relación entre el ambiente y la expresión genética. La epigenética estudia los cambios heredables en la función y expresión de los genes que no pueden explicarse únicamente por la secuencia del ADN. Estos cambios ocurren a través de procesos moleculares que pueden reducir, eliminar o activar completamente la actividad de determinados genes.

El entorno, a su vez, induce y selecciona variables epigenéticas, las cuales afectan y modulan la expresión genética. Esto implica que los factores ambientales pueden modificar la predisposición biológica de un individuo, ofreciendo una oportunidad terapéutica para intervenciones más personalizadas y adaptadas a cada caso.

## El consumo como máscara: una perspectiva subjetiva

Otra mirada posible es comprender el consumo como una máscara que protege del abandono, los abusos, la violencia y otras experiencias dolorosas. Desde esta

perspectiva, la dependencia puede ser interpretada como un mecanismo de supervivencia, una estructura psíquica que permite sostenerse frente a la adversidad.

Dejar el consumo implica despojarse de esa máscara, lo que conlleva enfrentarse a la propia desnudez y vulnerabilidad. Sin embargo, este proceso también ofrece la posibilidad de construir nuevas formas de mirar y transitar la vida.

En este sentido, el respeto por la autonomía personal es fundamental. La autonomía se define como la capacidad de cada individuo para decidir el curso de su vida y ejercer control sobre su propio cuerpo. Un abordaje respetuoso del consumo problemático debe reconocer esta capacidad y acompañar el proceso sin imponer discursos normativos, sino facilitando herramientas para que cada persona pueda redefinir su propio camino.

### **Ética, subjetividad y tecnologías del yo: reflexiones sobre la intervención terapéutica**

Según Michel Foucault (1988), en su libro *Tecnologías del yo y otros textos afines*, plantea que:

El conocimiento de uno mismo nos obliga a renunciar a algo. Porque ese conocimiento de sí es, paradójicamente, la manera de renunciar a uno mismo, convirtiéndose en un objeto y renunciando o rechazando al sujeto en sí. Así, el conocerse a sí mismo se convierte en el objeto de la búsqueda del cuidado de sí, donde hay una vigilancia de las miradas de los otros y un fomento del cuidado de uno mismo.

Este es el punto que, como terapeutas, debemos discernir: ¿qué márgenes de libertad tenemos dentro de los marcos institucionales y clínicos? ¿Cómo nos posicionamos como operadores de salud?

¿Qué concepciones sostienen nuestras prácticas y qué abordajes empleamos cotidianamente?

¿Qué idea de sujeto subyace en cada teoría? ¿Qué tecnologías sustentan nuestras intervenciones?

Las tecnologías del yo no siempre favorecen la liberación del sujeto; en ocasiones, operan como mecanismos de adaptación a la vida social. Por ello, es fundamental esclarecer, durante la consulta, quién es el objeto de la intervención y registrar cuál es su demanda.

La demanda, lejos de ser estática, se construye y modula en función del sistema de expectativas e imaginarios tanto de la persona usuaria como del terapeuta, así como del contexto sociohistórico, cultural, político y económico en el que se inscribe.

A lo largo de la historia, la confesión ha desempeñado un papel central en la construcción de la narrativa personal. Conceptos como el secreto, la decencia y la modestia han influido en la regulación de las conductas y prácticas sexuales, con una carga aún más restrictiva sobre las mujeres. No podemos perder de vista que somos herederos de una tradición secular que prioriza la ley externa sobre la subjetividad individual.

En este sentido, el mandato *“conócete a ti mismo”* difiere del *“cuidado de sí mismo”*. Mientras que el primero se vincula con un ejercicio de introspección, el segundo implica una práctica política y erótica activa, que no solo exige prestar atención a uno mismo, sino también ocuparse de la propia salud y bienestar. Pero, ¿qué es ese *sí mismo* que hay que cuidar? ¿En qué consiste ese cuidado? Estos conceptos construyen y modelan nuestra noción de identidad.

Para establecer un campo de análisis en la consulta, es necesario delimitar el perímetro fenomenológico del problema y disponer de todas las herramientas disponibles. Solo entonces es posible definir un campo de intervención, empleando un pensamiento estratégico y/o táctico.

A partir de aquí, surge otro cuestionamiento: ¿hasta dónde podemos modular la demanda de la persona usuaria? ¿Desde qué lugar nos posicionamos en la intervención? ¿Qué libertad tenemos para delinear y redefinir el problema? ¿Qué estrategias novedosas podrían implementarse para generar movilidad?

Asimismo, se vuelve muy importante preguntarse: ¿con quién nos comprometemos en nuestra intervención? ¿Con la persona usuaria? ¿Con sus referentes socioafectivos? ¿Con la institución derivante? ¿O con la institución a la que pertenecemos?

Todas estas cuestiones nos llevan a una pregunta fundamental: ¿qué entendemos por una intervención exitosa?

¿Existe realmente una intervención exitosa? ¿Cómo se mediría y desde qué parámetros?

¿Quién la evalúa y desde qué perspectiva? ¿Se basa en la funcionalidad del sujeto o en su bienestar y felicidad?

Por último, resulta imprescindible analizar de manera continua nuestra implicación como equipo interdisciplinario, considerando los aspectos contratransferenciales que emergen a lo largo del proceso. A su vez, debemos problematizar la ética de nuestra intervención y revisar críticamente su impacto en la persona y en el contexto en el que se inscribe.

### **Hacia una prevención integral: estrategias colectivas y enfoques personalizados**

Frente a la problemática de las drogas, es fundamental abordar la prevención de manera conjunta, articulando esfuerzos entre el Estado, las organizaciones sociales y las instituciones comunitarias, al tiempo que se fortalecen los recursos existentes. El objetivo es promover proyectos tanto individuales como colectivos, comprendiendo que no existen recetas universales ni enfoques únicos para la prevención. El método perfecto no existe.

La prevención implica brindar herramientas a las personas para afrontar la vida, modificar actitudes asociadas al consumo problemático y fortalecer su capacidad de decir *no*. Es importante reconocer que los roles de cuidado o desprotección influyen en la vida de los sujetos mucho antes de la aparición del consumo de sustancias.

Para favorecer el proceso terapéutico, es necesario adoptar una perspectiva integral e integradora que permita gestionar los riesgos y reducir los daños. La estrategia de tratamiento debe diseñarse considerando la singularidad de cada persona, asegurando que se ajuste a sus necesidades específicas.

Es fundamental que la persona usuaria forme parte activa de esta estrategia de trabajo, pueda establecer sus propias metas y generar sus propias demandas, promoviendo así un proceso terapéutico basado en la autonomía.

Se busca que los equipos multidisciplinarios de los Dispositivos Ciudadela y de los equipos de Atención en Salud trabajen en conjunto con la persona usuaria, elaborando estrategias adaptadas a su realidad y acompañando su proceso de recuperación con el objetivo de fortalecer su autonomía.

Este acompañamiento debe sustentarse en el respeto por los derechos de cada persona, evitando discriminaciones y estigmatizaciones, e incorporando una perspectiva de género y un enfoque amigable. En la actualidad, resulta imprescindible realizar una interpretación dinámica del Derecho desde una mirada *pro persona*.

Las estrategias y metas del tratamiento deben abordar todas las dimensiones de la vida de la persona, incluyendo el consumo, la inserción laboral, la gestión del tiempo libre y el disfrute, la educación, así como su entorno familiar y comunitario.

### Consideraciones finales

Debemos repensar y desarrollar estrategias adaptadas a nuestra realidad, nuestra comunidad y nuestra gente. Este es un compromiso colectivo, ya que, en muchas ocasiones, se responsabiliza al consumidor en lugar de visibilizar las complejidades de las circunstancias sociales que favorecen el consumo problemático de sustancias. No solo debemos centrarnos en la dimensión individual, sino también en los factores sociales, históricos, económicos, políticos y culturales que atraviesan cada contexto.

A su vez, cada persona emplea sus recursos internos para construir espacios de cuidado de sí, en los cuales el placer y el bienestar adquieren significados diferentes según la subjetividad de cada individuo.

Según Mosteiro y Rodríguez (2005), es fundamental:

Organizar un ocio y un tiempo libre en el que participe de forma activa. La mujer adicta suele llegar con carencias en el uso de su tiempo libre. Es necesario motivar en el disfrute de este tiempo con actividades gratificantes que mejoren su autoestima. Conviene que no caiga en una vivencia del ocio con sentimientos de culpa o como “algo improductivo”. Es importante encaminar a la mujer para que conozca los recursos disponibles y sea capaz de planificarse metas en la ocupación del mismo (p. 80).

La consulta terapéutica debería ser un espacio privilegiado para fomentar el uso de tecnologías del yo, problematizando los consumos de drogas y cuestionando los mecanismos subyacentes, ya sea desde una función evitativa o desde una búsqueda de placer.

La prevención no se trata solo de anticiparse, sino de estar presente. Como ha señalado en diversas presentaciones la Lic. Graciela Touzé, se trata de *acompañar* en la construcción de formas de disfrute saludables, entendiendo que no existe un método perfecto.

Es imprescindible considerar el triángulo sujeto-entorno-sustancia como clave para comprender a las personas y desarrollar herramientas efectivas tanto para la prevención como para la intervención y el tratamiento.

Esto implica poner énfasis en el *quién, qué, cómo, cuándo, dónde y para qué*. Lo singular no puede pensarse de manera aislada de lo colectivo. De lo contrario, ¿qué lugar ocuparía la perspectiva de derechos, la participación de las personas y el reconocimiento de sus voces?

Se debería problematizar e incluir en los tratamientos el abordaje del sentimiento de culpa que suele subyacer a experiencias traumáticas tempranas, como el abuso sexual infantil (ASI), entre otros factores.

Asimismo, es fundamental repensar las prácticas terapéuticas desde una evaluación constante de los aspectos contratransferenciales y de manera interdisciplinaria con otros profesionales. Esto permitiría acompañar a las personas con consumo problemático de sustancias para que puedan emplear las tecnologías del yo de forma asertiva, favoreciendo cambios en aquellas conductas que no contribuyen a su bienestar a largo plazo.

Sería necesario que los casos de abuso sexual infantil detectados en Centros de Salud o en cualquier otra institución sean derivados a atención psicológica especializada. Además, se debería incluir el trabajo preventivo en relación con el consumo problemático de sustancias tanto para las víctimas como para sus familias.

Incorporar la perspectiva de género en la prevención del consumo problemático de sustancias implica asumir un posicionamiento ético-político en favor de los Derechos Humanos y de la Salud Pública como pilares fundamentales.

Desde mi rol como psicóloga, considero que un aporte pertinente sería concientizar y desarrollar estrategias de prevención que contemplen las necesidades y características específicas de las mujeres, con especial atención a aquellas que han sufrido abuso sexual infantil.

Según la información relevada, las mujeres que han atravesado situaciones de abuso sexual infantil en etapas tempranas presentan un mayor riesgo de desarrollar un consumo problemático de sustancias psicoactivas. Sin embargo, los estudios consultados aún no son suficientes para establecer una relación causal directa ni para otorgar validez científica concluyente a esta afirmación.

## Referencias bibliográficas

- Abeiro Gau, María Micaela (2022) *Consumo de sustancias psicoactivas: La importancia de la prevención con perspectiva de género*. Monografía, [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/32869/1/tfg\\_micaela\\_abeiro\\_corregido.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/32869/1/tfg_micaela_abeiro_corregido.pdf)
- Berterreche Viquez, María Eugenia (2021). Consumo problemático de sustancias psicoactivas : diálogo entre el paradigma de reducción de riesgos y daños, y la perspectiva de género. Trabajo final de grado, <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/30127>
- Bejarano Orozco, J., & Sáenz Rojas, M. A. (2008). Consumo problemático de alcohol en Costa Rica y su relación con antecedentes de abuso sexual. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 89-95, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79811109>
- Cantón-Cortés D.; Cantón J.; Justicia F. y Cortés M. Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. Universidad de Granada, <https://www.psicothema.com/pdf/3851.pdf>

- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552-561, <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Cantos Vicent, R. (2016). Hombres, Mujeres y Drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Fundación Atenea, <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Comisión Global de Política de Drogas (2017) El problema mundial de la percepción de las drogas, [https://evacursos.psico.edu.uy/pluginfile.php/108475/mod\\_resource/content/2/LECTU RA%202%20-%20DPD2022.pdf](https://evacursos.psico.edu.uy/pluginfile.php/108475/mod_resource/content/2/LECTU RA%202%20-%20DPD2022.pdf)
- Comisión Global de Política de Drogas (2019) La clasificación de las sustancias psicoactivas. Cuando se dejó atrás la ciencia, [https://www.globalcommissionon-drugs.org/wpcontent/uploads/2019/06/2019Report\\_E SP\\_web.pdf](https://www.globalcommissionon-drugs.org/wpcontent/uploads/2019/06/2019Report_E SP_web.pdf)
- Crempien, C., & Martínez, V. (2010). El Sentimiento de Vergüenza en Mujeres Sobrevivientes de Abuso Sexual Infantil: Implicancias clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX(3), 237-246, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798005>
- Dr. Ludwig, S. (2001). Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=51688124920010005000 08&lang=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51688124920010005000 08&lang=es)
- Fernández, S. (2001) Mujeres y uso de drogas. Elementos para la reflexión desde una perspectiva de Género. Programa de Investigación, Capacitación y Asesoramiento Técnico en la Temática del Uso de Drogas. 4. Montevideo: El Abrojo.
- Fernández, S., Lapetina, A. (2008) Contacto. Editorial Frontera, [http://archivo.mides.gub.uy/innovaportal/file/27351/1/guia\\_contacto\\_fernandez\\_lapetina.pdf](http://archivo.mides.gub.uy/innovaportal/file/27351/1/guia_contacto_fernandez_lapetina.pdf)

- Foucault, M. (1988) Tecnologías del yo y otros textos afines. Ediciones Paidós Ibérica, S.A., [https://monoskop.org/images/7/70/Foucault\\_Michel\\_Tecnolog%C3%ADas\\_del\\_yo\\_y\\_otros\\_textos\\_afines\\_1990\\_2008.pdf](https://monoskop.org/images/7/70/Foucault_Michel_Tecnolog%C3%ADas_del_yo_y_otros_textos_afines_1990_2008.pdf)
- Gallego Gómez, C. L., Medina Bernal, M. T., & Montoya Vélez, L. P. (2008). Historia de abuso sexual y su relación con depresión, autoestima y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de media vocacional del municipio de Caldas Antioquia, Colombia. 2007. CES Medicina, 22(1), 17-27. Recuperado a partir de <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/522>
- Hercovich, I. (2015). Negociar sexo por vida | Inés Hercovich [Video]. YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=yvv8BSjBW3U>
- Junta Nacional de Drogas [JND]. (2021). Estrategia Nacional de Drogas 2016-2020, <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/>
- Junta Nacional de Drogas (2011) Abordaje del uso problemático de drogas en mujeres privadas de libertad. Un modelo posible, [https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Abordaje%20del%20uso%20problem%C3%A1tico%20de%20drogas%20en%20mujeres%20privadas%20de%20libertad\\_SND.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Abordaje%20del%20uso%20problem%C3%A1tico%20de%20drogas%20en%20mujeres%20privadas%20de%20libertad_SND.pdf)
- Junta Nacional de Drogas (2013) Desvelando velos...Género y Drogas, <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/desvelando-velosobre-genero-drogas>
- López Pintos Centurión, Guillermo. Mujeres víctimas de violencia en la pareja íntima y consumo abusivo de drogas. Trabajo final de grado 2023, [https://biur.edu.uy/F/LDHS125AGRLUILCDJ2L4VPSMBFQVQEIL6ECQMRLN1NF8XX7SXS25261?func=service&doc\\_library=URE01&doc\\_number=000556189&line\\_number=0001&func\\_code=WEB-BRIEF&service\\_type=MEDIA](https://biur.edu.uy/F/LDHS125AGRLUILCDJ2L4VPSMBFQVQEIL6ECQMRLN1NF8XX7SXS25261?func=service&doc_library=URE01&doc_number=000556189&line_number=0001&func_code=WEB-BRIEF&service_type=MEDIA)

- Meléndez Rodríguez, M. O., Mann, R., Hamilton, H., Erickson, P., Brands, B., Giesbrecht, N., Téllez Castillo, E., Zambrana Gutiérrez, L., Miotto Wright, M. D., Cumsille, F., Sapag, J., & Khenti, A. (2015). Relación entre el abuso sexual en la infancia y el uso de drogas ilícitas en estudiantes de una universidad pública en Nicaragua. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24( ), 80-87, <https://www.scielo.br/j/tce/a/RNfqp-vSKNWyCtfqKxghZFrC/?lang=es>
- Moscovici, S. (1979) *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huelmul S.A., <https://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>
- Mosteiro, C. y Rodríguez, M. (Coord.) (2005) *Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Madrid: Instituto de Adicciones "MADRID SALUD", <https://madridsalud.es/publicacionness/te-apuntas-a-la-sesion-chemsex-sexo-y-drogas/>
- Organización de los Estados Americanos (2012). *Escenarios para el Problema de Drogas en las Américas 2013-2025*, <https://idpc.net/es/publications/2013/05/informe-de-la-oea-escenarios-para-el-problema-de-drogas-en-las-americas-2013-2025>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/neuroscience\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf)
- Parés Franquero, Ó. (2013). La génesis de la reducción de riesgos. En Martínez Oró, D. y Pallarés Gómez, J. *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. (71-88). Lleida: Milenio <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5610833>
- Ramos, Saldívar, Medina, Rojas y Villatoro. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública de México*, <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6080/7105>
- Rivas Rivero, E., Bonilla-Algovia, E., & Vázquez, J. J. (2020). Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias en mujeres víctimas de maltrato en contexto de

pobreza. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 36(1), 173–180, <https://revistas.um.es/analesps/article/view/362541>

Tamayo-Rivas, José Roberto ; Gámez-Medina , Mario Enrique ; Ahumada-Cortez, Jessica Guadalupe ; Valdez-Montero (2021). Maltrato en la infancia y consumo de drogas en adolescentes de preparatoria, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8367260>

Touzé, G. (2015) Cuidado y Prevención Clase 3 - Graciela Touzé [Video].YouTube, <https://youtu.be/aO1pc8kZOug>

Uprimny, Rodrigo. Cuadro políticas, [https://evacursos.psico.edu.uy/pluginfile.php/116992/mod\\_resource/content/1/Cuadro%20Politicax.docx.pdf](https://evacursos.psico.edu.uy/pluginfile.php/116992/mod_resource/content/1/Cuadro%20Politicax.docx.pdf)

Varela, N. (2008). *Feminismo para principiantes*. B.S.A. Barcelona, España, <https://planetafacil.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2019/03/Feminismo-para-principiantes.-Lectura-f%C3%A1cil.pdf>

## Dificultades para el acceso a tratamiento voluntario e involuntario en mujeres con consumo problemático de sustancias en contextos de vulnerabilidad social.

**Autora:** Lic. T.S. Valeria Núñez

**Tutor:** Dr. Juan Fernández Romar

### Fundamentación

El presente documento tiene como objetivo realizar una aproximación a las dificultades que enfrentan las mujeres en contextos de vulnerabilidad social con consumo problemático de sustancias (en adelante, CPS) al momento de acceder a un tratamiento. Para ello, se tendrán en cuenta las diferencias estructurales entre varones y mujeres, la carencia de recursos en las instituciones y el vacío en las políticas públicas que impide dar respuesta a este sector de la población.

El interés por la temática surge a partir de las dificultades que he enfrentado en mi práctica profesional como licenciada en Trabajo Social en un dispositivo de atención ambulatoria. Dichas dificultades se profundizan cuando el acercamiento de las usuarias no se da de manera voluntaria, sino a través de disposiciones judiciales o derivaciones institucionales. En estos casos, la falta de coordinaciones interinstitucionales previas impide un abordaje cuidado e integral, lo que propicia escenarios de exposición y estigmatización. Esto no solo genera efectos contraproducentes, sino que también incrementa la brecha de desatención, ya que la intervención sobre las usuarias queda condicionada por el control social implícito en estos procesos. La ausencia de una red interinstitucional efectiva las coloca en una situación de ambigüedad, carente de recursos, y las convierte en víctimas de un sistema que, en la práctica, resulta disfuncional.

En este sentido, me interpela que tanto la bibliografía revisada en distintos cursos como las propuestas de políticas públicas, guías y protocolos presentan un enfoque genérico, dirigido a una población cuyo acceso al tratamiento es voluntario y se da en condiciones de mayor estabilidad, con redes de sostén y herramientas de afrontamiento. No obstante, este enfoque no contempla a un sector significativo de mujeres que acceden a los dispositivos de tratamiento de manera impuesta, lo que requiere estrategias de abordaje diferenciadas.

Considero que estas condiciones promueven la invisibilización de una parte importante de la población femenina. ¿Qué sucede con aquellas mujeres que concurren a los dispositivos por imposición? ¿En qué lugar queda posicionado el profesional ante este “limbo” entre el ser y el deber ser, cuando debe orientar sus intervenciones conforme a lo instituido?

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, a lo largo del documento intentaré problematizar esta cuestión y realizar un análisis crítico a la luz de los vacíos en las políticas públicas, así como de las carencias y debilidades del sistema de salud y del sistema de atención en salud mental. Para ello, articularé aportes de diversos autores con las dificultades observadas en el ejercicio profesional, evidenciando los factores que condicionan el acceso al tratamiento de mujeres con CPS y contribuyen a la invisibilización de esta problemática.

El abordaje desarrollado integra dos partes organizadas en torno a sus categorías transversales, fundamentadas en diversas fuentes bibliográficas y en la experiencia de trabajo con dicha población en un dispositivo de atención ambulatoria del Departamento de Canelones.

La primera parte está orientada a realizar algunas puntualizaciones respecto al concepto de drogas, las modificaciones implementadas por la OMS en los términos asociados al uso de sustancias psicoactivas, los diversos tipos de sustancias y los usos predominantes entre las mujeres en nuestro país. Además, se abordarán los tipos de vínculos que se establecen en torno a dichas sustancias, acercándonos al concepto de dependencia en relación con la población objetivo del estudio.

La segunda parte consiste en una aproximación a la definición de la categoría género, vinculándola con un análisis crítico sobre las dificultades en el acceso al tratamiento para mujeres con consumo problemático de sustancias (CPS) en contextos de vulnerabilidad social. Dicho análisis se realizará en función de las diferentes condicionantes que atraviesan los procesos de intervención, como la maternidad, la situación de calle, las derivaciones interinstitucionales y las situaciones judiciales.

## Uso de drogas

El uso de sustancias es una práctica ancestral en diversas culturas, donde se empleaban con fines religiosos, recreativos, medicinales y espirituales. Sin embargo, a partir de distintos sucesos históricos, hacia mediados del siglo XIII comenzó a

adjudicarse a este fenómeno una connotación moral, lo que trajo consigo la generación de prejuicios y la estigmatización de quienes consumen dichas sustancias.

Los problemas relacionados con el consumo de sustancias son de carácter multifactorial, ya que en ellos intervienen factores sociales, biológicos, económicos, culturales, políticos, familiares, epistemológicos y químicos. La combinación de estos factores contribuye a la complejidad del fenómeno y genera impactos diferenciados en los usuarios y su entorno inmediato.

Romaní (1999) define a las sustancias psicoactivas como:

“todas las sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con capacidad de modificar varias funciones de este (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan” (p.53).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2004) define la droga como:

“toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”.

En esta categoría se incluyen todas las sustancias psicoactivas, sean estas legales (alcohol, tabaco, fármacos) o consideradas ilegales según convenciones y tratados internacionales.

Como señalan Fernández y Lapetina (2008), para una mejor comprensión de la problemática es importante, desde un enfoque técnico, hablar de “las drogas” en plural, en lugar de considerar “la droga” como un fenómeno unificado. Esto se debe a las diferencias existentes entre las diversas sustancias, lo que permite distinguir sus efectos, riesgos y potenciales beneficios o daños.

Según la Junta Nacional de Drogas (2011), el consumo de sustancias psicoactivas es susceptible de generar dependencia, dado que estas son:

“aquellas drogas cuyo efecto principal se ejerce en el sistema nervioso central, provocando alteraciones del estado de ánimo, conducta, comportamientos, conciencia y percepciones” (p.6).

El efecto inmediato o agudo de una sustancia depende de tres factores principales: el setting (contexto inmediato y contexto general), el set mental (personalidad, historia de vida y características individuales del usuario) y la sustancia en sí misma (tipo y dosis).

En la actualidad, las sustancias psicoactivas se clasifican según los efectos que producen en el sistema nervioso central en tres grandes grupos: estimulantes, depresoras y perturbadoras. Además, según el tipo de vínculo que el usuario establezca con la sustancia, es posible diferenciar entre uso recreativo, ocasional, nocivo, problemático o de dependencia.

Siguiendo las clasificaciones promovidas por la Junta Nacional de Drogas (2011), el uso de drogas se define como:

“un tipo de consumo en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se evidencian consecuencias en el consumidor ni en su entorno” (p.10).

En contraste, el abuso de sustancias se describe como una forma de relación con las drogas en la que, debido a la cantidad, frecuencia y/o situación del usuario, se generan consecuencias negativas tanto para la persona como para su entorno.

En este sentido, la OMS (2004) ha reemplazado el término abuso por el de consumo perjudicial (harmful use), que hace referencia a un patrón de consumo que causa daño a la salud. Asimismo, introdujo la categoría de consumo de riesgo (hazardous use), que se refiere a patrones de consumo que aumentan la probabilidad de sufrir consecuencias adversas. Ambas categorías se centran en los efectos sobre la salud y no en la dimensión social del consumo.

En 1964, la OMS sustituyó los términos adicción y habituación por el de dependencia, entendido como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas hasta el punto en que el consumidor se intoxica periódicamente o de forma continua, desarrolla un deseo compulsivo de consumir, enfrenta dificultades para

interrumpir voluntariamente su consumo y prioriza la obtención de la sustancia sobre otros aspectos de su vida.

La dependencia psíquica se refiere al deterioro del control sobre el consumo de sustancias, mientras que la dependencia física implica el desarrollo de tolerancia y la aparición de síntomas de abstinencia cuando cesa el consumo, debido a la adaptación del organismo a la presencia continuada de la sustancia.

En esta línea, Fernández y Lapetina (2008) definen la dependencia como:

“pauta de comportamiento en la que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere un lugar central en la vida de la persona, es decir, se trata de un uso pautado por una fuerte estructuración de la identidad en torno al consumo de la sustancia” (p.38).

Desde la práctica profesional, se observa que el contexto socioambiental facilita el acceso a las sustancias y condiciona el tipo de vínculo que se establece con ellas, sea este de dependencia o no. En escenarios de vulnerabilidad social, la naturalización del consumo —tanto en la comunidad como en la familia— influye en la percepción que las usuarias tienen sobre su consumo y en la manera en que experimentan sus efectos. A menudo, se presentan dificultades para identificarlo como problemático, ya que suele enmarcarse dentro de una lógica de consumo recreativo. Esta tendencia también se observa en adolescentes, en quienes el consumo puede funcionar como un reflejo y reproducción de lo socialmente aceptado en su entorno familiar y comunitario.

Desde la intervención profesional, es fundamental problematizar y deconstruir esta mirada. Se debe trabajar de manera conjunta con las usuarias para evaluar en qué medida identifican que el consumo afecta su salud física y psíquica, sus vínculos primarios (pareja, amigos, familia) y sus relaciones secundarias (estudio, trabajo). A partir de este análisis, se busca definir conjuntamente un plan de tratamiento.

Asimismo, es necesario abordar las “recaídas” como parte del proceso de tratamiento, evitando que se conviertan en motivo de deserción debido a la culpa, la frustración y la ansiedad que pueden generar. A estas emociones suelen sumarse las presiones y la culpabilización ejercida por el entorno inmediato (fa-

milia, instituciones, comunidad), lo que refuerza la necesidad de estrategias de acompañamiento adecuadas.

### **El rol del técnico en la intervención**

Un aspecto fundamental en la intervención es que el técnico mantenga una actitud empática, contemple y respete los derechos de la usuaria, su mirada subjetiva y su demanda. Al mismo tiempo, debe sostener una postura crítica que considere las atribuciones sociales que recaen sobre las mujeres en relación con el “deber ser”. Si bien estas atribuciones suelen estar implícitas en sus discursos, la estigmatización derivada del “incumplimiento” de los mandatos sociales incide en sus conductas respecto al consumo, especialmente en el caso de quienes son madres.

Una de las principales dificultades identificadas en la práctica profesional es la falta de sensibilización del personal de salud en los centros hospitalarios que atienden a las mujeres en los diferentes niveles de atención. En muchas ocasiones, estas instituciones cuestionan o proponen tratamientos sin contemplar la complejidad de la situación ni la realidad integral de las usuarias, lo que ellas mismas expresan en las consultas dentro del dispositivo de atención.

Por lo anterior, resulta pertinente destacar la singularidad de las intervenciones en función de las particularidades de cada caso y, en este sentido, cuestionar los marcos teóricos, guías y protocolos que orientan el abordaje desde una perspectiva genérica. Estos instrumentos suelen estar dirigidos a una población que desea realizar un tratamiento, reconoce la necesidad del mismo y está dispuesta a generar acuerdos en su marco. Sin embargo, aún no se incorporan adecuadamente los tratamientos involuntarios a los que muchas mujeres-madres son sometidas en el marco de disposiciones judiciales o derivaciones institucionales, donde su deseo no siempre es contemplado y su adherencia al tratamiento es una condición impuesta, lo que aumenta la complejidad de la intervención.

### **Perspectiva de género**

Resulta necesario abordar la categoría “perspectiva de género” de manera transversal a la problemática del consumo problemático de sustancias (CPS). Para ello, se realizará un breve análisis de las diferencias en el acceso a tratamiento entre mujeres y varones, así como de la estigmatización que enfrentan las mujeres, pro-

ducto de la presión familiar, comunitaria e institucional ante el “incumplimiento” de los mandatos culturales, especialmente cuando son madres.

El género es una categoría que refiere a un sistema de organización social que establece lo femenino y lo masculino en base a la dicotomía hombre-mujer. Esta clasificación se vincula con un sistema de poder en el cual las mujeres han sido históricamente colocadas en una posición de inferioridad y subordinación. Tal como plantea Scott (1990):

“El elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (p.18).

A lo largo de la historia, el concepto de género ha sido resignificado en función de la época, el contexto y la cultura (Puleo, 2013). En el mundo anglosajón, a mediados del siglo XX, el término comenzó a utilizarse para diferenciar las actitudes, características y roles esperados de las personas según su sexo biológico. Mientras que el sexo refiere a elementos biológicos, el gender hace referencia a los aspectos adquiridos socialmente.

En 1949, Simone de Beauvoir, en *El segundo sexo*, introdujo la noción de construcción cultural asimilable al concepto de género que se utiliza en la actualidad. En este sentido, Puleo (2013) señala que este planteo dio inicio al debate sobre la relación entre lo biológico y lo cultural en la diferenciación entre los sexos.

La Organización Mundial de la Salud (2018) define el género como:

“Los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias” (p.3).

Asimismo, enfatiza que se trata de una construcción dinámica, sujeta a cambios según la época, cultura y contexto. Además, resalta que el género es un factor determinante de inequidades sanitarias, lo que puede generar estigmatización, exclusión social y discriminación, impactando negativamente en la salud. En este sentido, es relevante mencionar los riesgos fisiológicos a los que se exponen las mujeres en situación de CPS, tales como relaciones no consensuadas, embarazos

no deseados y enfermedades de transmisión sexual. En muchos casos, el efecto de las sustancias afecta la percepción del riesgo, la autoestima y la capacidad de toma de decisiones.

Desde diferentes perspectivas teóricas, diversos autores han aportado al estudio del género. Bourdieu (1998) sostiene que las desigualdades entre varones y mujeres no responden a una diferencia sexual “natural”, sino que han sido construidas culturalmente, sexualizando los cuerpos y estableciendo una hegemonía masculina que subordina a las mujeres.

Pujal y Amigot (2010), desde una perspectiva foucaultiana, conceptualizan el género como un dispositivo compuesto por discursos, instituciones, regulaciones, leyes y normas que producen y regulan las identidades sexuadas, perpetuando la subordinación de las mujeres.

Por su parte, Fausto-Sterling (2006) señala que las feministas de la segunda ola en los años 70 argumentaban que las instituciones sociales reproducían y reforzaban las diferencias entre varones y mujeres, lo que perpetuaba la desigualdad de género.

En esta línea, Quezada (1996) plantea que analizar el género implica no solo comprender los procesos sociales que definen lo femenino y lo masculino, sino también identificar las características culturales que los configuran como opuestos y simétricos (p.21). Butler (2007) agrega que el género como categoría analítica requiere conciencia sobre las relaciones de poder y las prácticas sociales naturalizadas.

## Género y consumo de drogas

Históricamente, el consumo problemático de sustancias ha sido concebido como una conducta predominantemente masculina, debido a la asignación tradicional de la mujer a las tareas del hogar y el cuidado. Bourdieu (2000) explica que, en la división social, las actividades productivas y vinculadas al capital se asocian a los hombres, mientras que las mujeres quedan relegadas a la esfera doméstica.

Si bien esta visión ha cambiado con la incorporación de las mujeres al sistema productivo y la esfera pública, el consumo de sustancias en mujeres sigue generando estigma y rechazo social, especialmente cuando involucra drogas no reguladas. Romo (2005) sostiene que el uso diferencial de sustancias no responde tanto a la

droga en sí, sino a las diferencias de género que la sociedad establece entre varones y mujeres.

En la práctica profesional, se observa que la demanda voluntaria de tratamiento es significativamente mayor en varones que en mujeres. Esto se debe a múltiples factores, entre ellos, que las mujeres suelen priorizar aspectos relacionados con la familia y los cuidados por sobre su propia salud. Además, enfrentan sentimientos de vergüenza, estigmatización y culpa al no cumplir con los mandatos sociales asignados a su rol de madres.

El acceso a tratamiento se ve condicionado por la falta de redes de apoyo, la presión institucional y la violencia simbólica que refuerza la desigualdad de género. Bourdieu (1999) describe este fenómeno como una forma de violencia simbólica, en la que los grupos oprimidos carecen de las herramientas conceptuales necesarias para analizar su propia opresión (p.223).

Olivera (2013) señala que, a medida que se ha investigado más sobre el consumo de sustancias en mujeres, en lugar de facilitarse el acceso a tratamiento, la situación se ha complejizado debido al miedo de las mujeres a ser estigmatizadas por asumir un rol transgresor.

En la práctica, muchas mujeres acceden a tratamiento únicamente a través de derivaciones institucionales o por presión familiar, lo que condiciona su adherencia al proceso. Esto genera que el tratamiento sea percibido como una obligación externa, lo que impacta negativamente en su continuidad.

Además, la carencia de recursos específicos para mujeres con CPS es una de las principales limitaciones en la agenda pública. Existen escasos centros de tratamiento exclusivos para mujeres y la falta de cupos en centros mixtos genera listas de espera prolongadas, lo que dificulta el acceso oportuno.

Como señalan Cardeillac, Pitetta e Idiarte (2013), la literatura y la experiencia clínica evidencian que las mujeres presentan particularidades en sus consumos y requieren abordajes diferenciados. La falta de un acompañamiento específico suele derivar en un alto abandono del tratamiento (p.66).

## Maternidad y consumo problemático de sustancias

Históricamente, se ha asignado a la mujer el amor maternal y el cuidado como condiciones innatas, vinculadas directamente a su biología y parte esencial de su identidad. No obstante, como señala Cigarroa (2011),

“se trata de una construcción cultural, que corresponde a diversas circunstancias históricas, sociales y económicas” (p.17).

Desde la práctica profesional, se observa que muchas mujeres con CPS que son madres suelen encontrarse en situaciones de crianza en solitario. En estos casos, el rol materno tiende a priorizarse sobre la atención en salud, lo que genera sentimientos de culpa y estigmatización frente al cuestionamiento institucional, familiar y social sobre su capacidad de materner. Son señaladas por “traicionar” a sus hijos o por prácticas de crianza que no se ajustan a las expectativas sociales.

Las redes de apoyo y contención tienden a limitarse debido a la transgresión de estos mandatos, y muchas veces la red familiar asume el cuidado de los hijos, lo que transforma a la familia en un espacio de control y juicio más que de protección. En este contexto, los niños y niñas pueden quedar en una situación de “rehén” de la problemática. Como señala Taylor (1991):

“No sólo son sancionadas por la ley, sino que la presencia de niños se transforma en un método de control para mujeres consumidoras de drogas” (p.259).

Otro sentimiento recurrente en estas mujeres es el miedo, vinculado a la estigmatización como “malas madres”, la suspensión de la lactancia, la pérdida de la tenencia de sus hijos y el temor a que sean separados de ellas. Como lo expresa la Junta Nacional de Drogas (2016), sin percibirlo, estas mujeres entran en un “círculo de ansiedades y miedos” (p.11).

Un desafío frecuente en la práctica profesional es el abordaje de mujeres derivadas de centros de salud tras haber sido madres recientemente, debido a un CPS mantenido hasta el momento del parto. En algunos casos, sus hijos recién nacidos permanecen internados en espera de una resolución judicial. Esta situación genera una enorme presión sobre las madres, en un contexto de extrema fragilidad: el puer-

perio, la abstinencia, sus propias condiciones de vida y la falta de apoyo familiar. En estas circunstancias, el inicio de un tratamiento resulta particularmente complejo.

Además, estas mujeres suelen ser derivadas al dispositivo de atención ambulatoria por profesionales de la salud (pediatras, ginecólogos, psicólogos, trabajadores sociales, médicos de familia) inmediatamente después del parto o incluso antes del alta del bebé. En consecuencia, enfrentan una doble presión: la exigencia institucional y el temor a perder la tenencia de su hijo/a, sumado a la vulnerabilidad emocional del puerperio y la abstinencia. Como señala la Junta Nacional de Drogas (2016),

“deben lidiar con las exigencias del sistema de salud que las interpela en cuanto a sus formas de ser madres, pero ofrece limitadas oportunidades de apoyo y contención hacia estas mujeres en particular” (p.21).

Desde el rol profesional, si bien se comparte el objetivo de cuidado y prevención, muchas de las estrategias implementadas por el sistema de salud no contemplan a la usuaria como sujeto de derechos. Como resultado, estas mujeres transitan el puerperio con altos niveles de culpa e inestabilidad emocional, lo que las coloca en escenarios de mayor vulnerabilidad y riesgo.

Un aspecto clave en este contexto es la falta de protocolos de detección temprana del CPS durante el embarazo, así como la ausencia de un seguimiento socio-sanitario sostenido. Esto resulta fundamental, ya que la afectación en el feto depende de múltiples factores: el tipo de sustancia, los patrones de consumo, el tiempo de remisión y el consumo en las primeras semanas previas a la detección del embarazo.

En este marco, las mujeres se encuentran limitadas para tomar decisiones respecto a su consumo, la salud de su bebé y las demandas institucionales. Muchas veces, en la búsqueda de respuestas rápidas ante el temor de abandono o negligencia en el cuidado del niño/a, las instituciones priorizan la supervisión del recién nacido y desatienden la autonomía de la madre. En ocasiones, incluso, contactan redes familiares que la mujer no reconoce como soporte, con quienes no mantiene un vínculo estrecho.

Se percibe que la falta de formación específica del personal de salud y las presiones del sistema judicial pueden propiciar episodios de riesgo que, con un abordaje más integral y cuidadoso, podrían generar mejores resultados. En este sentido, estas intervenciones omiten lo dispuesto en el Artículo 3/A de la Ley 19.529, que establece:

“Reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular” (IMPO, 2017).

### Situaciones judiciales

Desde la práctica profesional, se observa que muchas mujeres acceden al tratamiento a partir de una disposición judicial que impone su inicio y supervisión. Sin embargo, esta modalidad genera una fuerte presión sobre ellas. Como plantea Foucault (1990), se trata de un ejercicio de *poder disciplinario*, cuyo objetivo es “enderizar conductas”. Asimismo, en línea con lo que el autor denomina *técnicas de biopoder* (1986), estas estrategias disciplinarias no solo controlan los cuerpos individuales (*anatopolítica*), sino que regulan la población en su conjunto (*biopolítica*).

En la intervención profesional, si bien se busca generar un encuadre de trabajo adecuado, que contemple las particularidades de cada caso y que permita identificar fortalezas y factores de riesgo, la presión institucional suele dificultar la construcción de una demanda genuina. En este sentido, el número de mujeres que logran adherir y sostener los tratamientos o acceder a propuestas de inclusión social en el marco de la política pública es significativamente menor que el de los varones.

Foucault (1990) introduce el concepto de *tecnologías del yo*, refiriéndose a prácticas mediante las cuales los individuos trabajan sobre sí mismos con el objetivo de transformar su identidad. Sin embargo, en estos casos, el tratamiento no surge de una decisión propia, sino de una imposición, lo que dificulta su efectividad:

“permiten a los individuos efectuar por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación

de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad” (p.48).

En la práctica, se observa que muchas mujeres presentan una mayor resistencia a iniciar el tratamiento en comparación con los varones. En la mayoría de los casos, los condicionamientos están asociados a situaciones judiciales en las que hay hijos menores de edad involucrados. En este contexto, la imposibilidad de “cumplir” con las exigencias impuestas genera elevados niveles de frustración, ansiedad y angustia, lo que, en muchos casos, potencia el consumo en lugar de reducirlo. Como señala Romo (2005),

“las situaciones de tensión por no poder superar las dificultades y problemas o la pérdida de confianza en sí mismas y la insatisfacción” (p.78).

En este sentido, Foucault (1989) en *El ojo del poder*, retoma la noción de panóptico de Bentham, para explicar cómo el poder se ejerce de manera sutil y omnipresente en la sociedad. La vigilancia y el control social generan un estado de autocensura y subordinación, aspecto que puede observarse en la manera en que las mujeres en situación de CPS son monitoreadas y condicionadas por múltiples instituciones:

“El modo de ejercer el poder de todos a través de todos, todos vigilados por todos, todos ante un aparato de completa desconfianza, poder disciplinario y manejado por mecanismos sutiles” (p.26).

Desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños, la intervención profesional en un dispositivo voluntario de atención a personas con CPS entra en contradicción con la imposición de medidas punitivas. En este sentido, Foucault (1992) advierte que el poder solo puede ejercerse sobre sujetos libres, quienes tienen la capacidad de actuar según su voluntad. No obstante, en este tipo de intervenciones, se genera una confrontación entre poder y libertad, donde la primera excluye la segunda.

Este debate se enmarca en el pasaje que plantea Foucault entre biopolítica y *gubernamentalidad*, es decir, la regulación de sujetos libres, donde uno intenta condicionar la conducta del otro. En este escenario, las mujeres en situación de CPS

enfrentan una compleja red de control institucional que, lejos de facilitar el acceso al tratamiento, tiende a reforzar la estigmatización y la desigualdad.

### **Mujeres en situación de calle con consumo problemático de sustancias**

En las intervenciones con mujeres que permanecen en situación de calle crónica con CPS se juegan otros factores socio-ambientales que complejizan la situación y potencian los factores de riesgo, principalmente como producto de los niveles de exposición en el que permanecen expuestas durante todo el día, diversas vías de acceso a la sustancia que generalmente se aproximan a la prostitución, venta, explotación sexual, actividades informales de trabajo, donde las condiciones básicas de cuidado no son las apropiadas para llevar adelante y sostener tratamientos, principalmente cuando necesitan iniciar un tratamiento medicamentoso que generalmente requieren, dada la cronicidad del consumo y/o patologías asociadas al mismo. Tal como expresa Seidmann, Azzollini, Di Iorio, & Thomé, (2009) la calle constituye un espacio de vivencia y supervivencia en un continuo proceso de posesión/desposesión material y simbólica.

La falta de un ámbito de protección ya sea habitacional, familiar o de condiciones básicas de vida minimiza la posibilidad de que las usuarias visualicen la pertinencia de iniciar un tratamiento y generalmente cuando lo hacen es por disposiciones externas o por presión de referentes familiares con los cuales el vínculo se encuentra debilitado y oficia de “condicionante” para la reconstrucción de este el acercamiento a los hijos, o la búsqueda de una solución a la situación habitacional. En la práctica profesional he identificado que en el caso de las mujeres muchas veces concurren al dispositivo a “acompañar” a otros (generalmente varones) que consultan derivados por ejemplo de una emergencia, situación judicial, tras un proceso de desintoxicación, descompensaciones, etc. sin visualizar que ellas se encuentran en las mismas condiciones de CPS y también tienen derecho de acceso a tratamiento. En estos casos, al identificar las situaciones en la sala de espera se promueve mediante una entrevista motivacional el acceso a una consulta de orientación desde el marco de la reducción de riesgos y daños mediante intervenciones breves, brindando información respecto a la modalidad de funcionamiento del dispositivo, promoviendo el acceso a las consultas, pero respetando su voluntad.

Otro aspecto que he logrado identificar, son las repercusiones que genera en la sala de espera (compartida con otros consultorios), cuando se presentan usuarias

en situación de consumo y calle crónica, frente a la representación social que se tiene del "otro" en estas condiciones, deslegitimando su presencia, patologizando, moralizando, propiciando espacios de estigmatización producto de la concepción que prevalece sobre este perfil de la población y se asocia directamente con situaciones delictivas y de peligro hacia el entorno inmediato, propiciando juicios de valor y categorizando los mismos. Tal como expresa Mora (2002) "lo insólito o lo desconocido son amenazantes cuando no se tiene una categoría para clasificarlos" (p.7). Respecto a las mujeres se suma el prejuicio vinculado al incumplimiento de los mandatos socialmente adjudicados por el mero hecho de ser mujer.

Otro aspecto a señalar es nivel de exposición y discriminación que manifiestan sentir las usuarias en el marco de las consultas cuando asisten a policlínicas externas al dispositivo ya sea para la realización de paraclínicas, retiro de medicación o atención con especialistas donde muchas veces la falta de sensibilidad, empatía y formación específica del personal de la salud, posicionándose desde el cuestionamiento no solo por prejuicio, sino también por la forma de ser y estar en el marco de las consultas, por la falta de higiene o de documentación. En este aspecto considero apropiado tomar como referencia lo planteado por Foucault (1978) en cuanto a la vinculación entre poder, saber y cuerpo, donde el lugar de poder en el cual se encuentra posicionado el profesional de la salud a través del saber que despliega sobre los cuerpos, convierte los mismos en objetos de control para la búsqueda de la normalización y el adiestramiento.

Con respecto a las mujeres que se encuentran en situación de calle y concurren al dispositivo derivadas de centros nocturnos ya sea de la Intendencia o de Mides, generalmente las consultas se encuentran en el marco de un proceso de intervención de dichos centros y con acompañamiento del equipo técnico, con un trabajo previo que da lugar a que desde la primer instancia de entrevista, se vislumbre el deseo y la intencionalidad de tomar ese primer contacto, de problematizar su situación y generar acuerdos iniciales, habilitando a los técnicos la posibilidad de proyectar de manera conjunta un proceso de tratamiento. Considero que estas diferencias surgen de que más allá de que se trate de una derivación, la asistencia no se realiza desde la obligatoriedad (cuando no es requisito para la permanencia en el centro la asistencia al mismo), las intervenciones profesionales previas a la primer instancia de consulta ofician de facilitador en el marco de la estrategia de intervención, los técnicos referentes del centro ofician de sostén y contención y cuentan con

un acompañamiento y organización del tratamiento medicamentoso en caso que sea indicado. Tal como expresa Pawlowicz (2011), son dispositivos que “se implementan para una cierta población e implican la utilización de diferentes formas de encuadre de trabajo, requisitos y normas de funcionamiento, horarios, formas de contener, de escuchar y de orientar”(p.117).

A pesar de ello en el caso de usuarias que frente a la carencia de dispositivos diurnos en el territorio deben permanecer durante el día en situación de calle frecuentando ámbitos de consumo con los pares en condiciones similares, la inestabilidad que genera dicha situación a nivel subjetivo obstaculiza la posibilidad de mantener un proceso de intervención sostenido. En estos casos independientemente de la disposición para sostener el tratamiento el mismo no se concreta por factores externos a su voluntad, que no pueden ser modificados por ella ni por las instituciones intervinientes. Esto muestra otra falencia por parte de las políticas públicas que en la búsqueda de paliar la situación de calle en nuestro país disponen propuestas que no contemplan estas particularidades y si bien ofrecen centros nocturnos para pernoctar y dispositivos de atención ambulatoria para el CPS no contemplan el gran vacío que desune ambos Programas.

Tal como lo expresa Nuria Romo (2005) “distintos elementos del contexto que forman la construcción de género, del «ser mujer» en nuestra sociedad, influyan en la forma en que las mujeres usan drogas ilegales y así no sean equivalentes los modos de iniciarse y continuar en el consumo de las diferentes sustancias, la posible susceptibilidad a los daños, el contexto social en el que consumen o las formas, en las que acceden al tratamiento”(p.79).

### **Intervenciones interinstitucionales**

Desde la experiencia profesional he percibido que las mujeres que concurren al dispositivo derivadas por instituciones como; centros de salud, instituciones educativas, INAU, OT/Mides, programas socio-educativos o socio-laborales, donde la misma ya se encuentra llevando a cabo un proceso, es un facilitador el trabajo previo, un insumo significativo el informe de derivación donde se explicita el proceso de trabajo y la motivación (o no) de las mismas para el inicio de tratamiento. En estos casos las mayores dificultades se encuentran en el marco del seguimiento, dado que en muchas oportunidades los referentes institucionales se posicionan desde el lugar del cuestionamiento principalmente en las dificultades de sostén de

las usuarias, las “recaídas”, ante el desconocimiento de los procesos o el imaginario de que los mismos deberían ser lineales, principalmente cuando se trata de centros de salud o instituciones educativas en el caso de las usuarias que cuentan con hijos a cargo, prevalece la consulta de los motivos por los cuales “no se interna”. Estas condiciones generan frustraciones y un sentimiento de control que las usuarias no siempre cuentan con herramientas para afrontar y sobrellevar, debiendo reformular permanentemente de forma interinstitucional las estrategias de intervención planificadas en el marco de los objetivos propios de cada institución. Me interpela en este aspecto en qué medida el deseo del “otro”, desde el lugar de poder profesional coloca a las usuarias en un lugar de desigualdad, subordinación y “objeto de control” que atenta con su voluntad, deseo y libertad.

Respecto a las usuarias que acceden al dispositivo mediante derivación de profesionales del área de la salud ya sea después de una internación o atención en puerta de emergencia, generalmente lo hacen directamente (con pase en mano). La falta de comunicación y/o coordinaciones previas por parte de los profesionales con los técnicos que trabajan en el dispositivo ambulatorio y reciben la situación ha sido un factor que complejiza significativamente el abordaje, principalmente cuando los técnicos del dispositivo no tienen acceso a la historia clínica de ASSE. Esta falencia ha sido recurrente en el dispositivo y oportunamente explicitada por el equipo en diferentes ámbitos de coordinación dado que obstaculiza el abordaje profesional dejando en evidencia los vacíos que se hacen presentes en la red institucional y muestra una clara omisión a lo estipulado en el artículo 3/F de la Ley 15.929 (IMPO, 2017) “a la calidad integral del proceso asistencial con enfoque interdisciplinario que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud”.

En este sentido, considero que cuando el rol profesional se desempeña en el marco de una unidad ejecutora de políticas públicas llevar a cabo intervenciones de esta índole genera un desdibujamiento del rol en un limbo entre el “ser” y “deber ser”, mediado por el poder que se ejerce hacia el “otro”, que es un sujeto de derechos que en ese escenario queda reducido al “deber ser” institucional e inmerso en una relación desequilibrada a partir de la cual debe afrontarse el vínculo terapéutico. Tal como propone Foucault (1992b) el poder “consiste en guiar la posibilidad de la conducta y poner en orden sus efectos posibles” (p.15) y no se encuentra localizado

en algún punto específico de la estructura social, sino que se ejerce a partir de infinidad de puntos y en el juego de relaciones no igualitarias.

### **Tratamientos en modalidad residencial**

Teniendo en cuenta los múltiples factores que obstaculizan el acceso al tratamiento de las mujeres mencionados anteriormente, cuando las mismas logran adherir y sostener el tratamiento y en el marco de la estrategia de intervención se valora de forma conjunta con ellas dar continuidad al mismo en modalidad residencial, la principal dificultad es no contar con la posibilidad de ingreso inmediato a un centro al momento que se logra plantear la demanda. En la actualidad, el acceso a este tipo de tratamientos depende de tiempos institucionales que enlentecen y muchas veces desmotivan, generan ansiedad y frustración en el proceso de espera, lo cual desde el equipo únicamente con la consulta es muy complejo acompañar y contener cuando no hay redes familiares o institucionales que oficien de sostén y contención en el proceso de espera. Dichas dificultades generalmente son producto de la falta de cupos y listas de espera, coordinación de fecha para la realización de las paraclínicas y contar con la desintoxicación que se requiere ya que generalmente es difícil de acceder en los centros de salud de referencia y en la órbita familiar es complejo concretar dadas las particularidades de las familias muchas veces disfuncionales, hogares monoparentales, vínculos socio-afectivos desgastados falta de apoyo y contención.

Cabe señalar que en el marco de la experiencia profesional el abordaje de las mujeres que son derivadas al dispositivo y cuentan con patología dual independientemente de las condiciones particulares de la misma en cuanto a su situación socio-económica, el abordaje se torna más complejo, así como los pronósticos teniendo en cuenta la carencia de centros residenciales para mujeres con patologías dual (solo hay para hombres). En los casos que son derivados desde la órbita judicial los factores estresores externos potencian los riesgos

### **Algunas conclusiones**

Las diferencias estructurales entre varones y mujeres con consumo problemático de sustancias, no radican únicamente en el tipo de sustancia, frecuencia y patrones de consumo, sino también en las dificultades para el acceso a tratamientos ya sea de forma voluntaria o por exigencias externas. Las mismas generalmente

quedan relegadas al ámbito de lo privado y al cumplimiento de los mandatos sociales por lo cual generalmente no acceden a tratamientos o no logran sostener los mismos. El consumo de este perfil de la población queda invisibilizado y la mirada androcentrista brinda una visión reducida de la situación actual de las mujeres con CPS.

En el marco de las políticas públicas queda en evidencia la carencia de recursos destinados a generar cambios que promuevan el acceso de las mujeres a tratamientos. Actualmente en Uruguay no hay centros de tratamiento públicos exclusivos para mujeres ni para mujeres con patología dual (a diferencia de los varones), ni para madres con niños, debiendo ingresar en centros mixtos donde los cupos para mujeres son reducidos y prevalece la población masculina.

Desde mi mirada profesional considero que no se ha realizado un diagnóstico exhaustivo de la situación actual del CPS en mujeres que problematice sus particularidades y posibilidades “reales” de acceso a los tratamientos en relación a los recursos existentes, las diferencias estructurales que deben tener las propuestas y las particularidades de los diversos contextos. En la actualidad tanto las fuentes bibliográficas, como los protocolos y guías más allá de contar con un carácter inclusivo y con perspectiva de género, sus propuestas están orientadas a una población objetivo que cuenta con disposición, fortalezas, herramientas, redes y posibilidades de acceder y sostener los tratamientos, dejando “por fuera” a quienes concurren a los dispositivos para iniciar tratamientos de manera involuntaria ya sea por derivaciones institucionales o desde la órbita judicial, donde las dificultades para la adhesión y sostén de los tratamientos son mayores, así como también el abordaje profesional desde el orden de lo instituido.

## Referencias bibliográficas

- Bourdieu, P. (1998). La dominación masculina. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (1999). Meditaciones pascalianas. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1995). Respuestas. Por una antropología reflexiva. Barcelona: Grijalbo.
- Butler, J. (2007). El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós.
- Cardeillac, V., Pitetta, A., & Idiarte Borda, C. (2013). Programa de Género: Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas "Portal Amarillo". En Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas (Ed.), Desvelando velos... sobre Género y Drogas (pp. 66-67).
- COPOLAD. (2024). Guía de tratamiento: Abordaje del uso problemático de drogas en privación de libertad. [https://copolad.eu/wp-content/uploads/2024/07/Guia-UPD-PPL-digital\\_utilma\\_14\\_junio\\_0.pdf](https://copolad.eu/wp-content/uploads/2024/07/Guia-UPD-PPL-digital_utilma_14_junio_0.pdf)
- Fausto, A. & Sterling (2006). Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad. Barcelona: Melusina.
- Fernández, F., & Lapetina, A. (2008). Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el Primer Nivel de Atención en Salud y otros contextos clínicos y comunitarios. Disponible en: [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/27351/1/guia\\_contacto\\_fernandez\\_lapetina.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/27351/1/guia_contacto_fernandez_lapetina.pdf).
- Fernández, S., & Lapetina, A. (2008). Contacto. Programa Alter Acciones El Abrojo. Disponible en: [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/27351/1/guia\\_contacto\\_fernandez\\_la\\_petina.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/27351/1/guia_contacto_fernandez_la_petina.pdf).
- Foucault, M. (1976). Vigilar y castigar. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1989). El ojo del poder. En J. Bentham, El Panóptico. Madrid: La Piqueta.

Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Foucault, M. (1991). *Espacios de poder*. Madrid: La Piqueta.

Foucault, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.

Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.

Foucault, M. (1993). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.

Ley N° 19.529: Ley de Salud Mental. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Disponible en: <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n2.55>

Olivera, G. (2013). Una mirada sobre los consumos de droga desde la perspectiva de Género. En Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. (Ed.), *Desvelando velos...sobre Género y Drogas* (pp. 24-37). Montevideo: Uruguay. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas.

Organización Mundial de la Salud (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42865>.

Organización Mundial de la Salud (2018). Género y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>.

Puleo, A. (2013). El concepto de género como hermenéutica de la sospecha: de la biología a la filosofía moral y política. Disponible en: <https://doi.org/10.3989/abor.2013.763n5007>.

- Rekalde A & Vilches C. (2013) Drogas de ocio y perspectiva de género. Disponible en:[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_ovd\\_inf\\_txosten\\_a/eu\\_9033/adjuntos/informe\\_txostena16.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txosten_a/eu_9033/adjuntos/informe_txostena16.pdf).
- Romaní, O. (1999). Las Drogas. Sueños y Razones. Barcelona: Ariel.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. Salud Colectiva. 4(3):301-318. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet- PoliticasDeDrogas-2782009.pdf.
- Romaní, O. & Sepúlveda, M. (2013). Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo. En Martínez Oró, D. y Pallares Gómez, J. De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas. (89-102). Lleida: Milenio.
- Romo, N. (2005) Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres, (pp, 65-86). Granada: Humanitas.
- Seidmann, S., Azzollini, S, Di Iorio, J. & Thome, S. (2009). Jóvenes en situación de calle: Prácticas y saberes que organizan la vida cotidiana. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/17344>.
- Suárez, H. & Ramírez, J. (2014) Los Desposeídos en: Fisuras - Dos estudios sobre pasta base de cocaína en Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (pp. 23-50).Uruguay: UNTEC.

## Cosas de mujeres... Un análisis en torno al mayor involucramiento de las mujeres–madres, en el acompañamiento de personas con uso problemático de drogas.

**Autora:** Lic. T. S. María Florencia Amado Pereira

**Tutora:** Mag. Leticia Aszkinas

### Introducción

El presente trabajo se enmarca en la experiencia laboral desarrollada en el Dispositivo Ciudadela Salto, específicamente en el abordaje con *Referentes Socio-Afectivos* desde el año 2014. Su objetivo principal es el de reflexionar sobre la presencia predominante de mujeres, en particular madres, como referentes socioafectivas de personas con *uso problemático de drogas* en los tratamientos, y constituirse así en un aporte a la temática desde una *perspectiva de género*.

A diferencia de otros estudios, este trabajo no se centra en el análisis del consumo problemático de drogas en mujeres, sino en el rol que desempeñan quienes funcionan *referentes socioafectivos* de personas en tratamiento.

Para abordar esta problemática, se considerarán categorías analíticas fundamentales, tales como *familia*, *género* —con especial énfasis en los roles asignados históricamente y la corresponsabilidad en los cuidados—y *consumo de sustancias*, desde una perspectiva integral de derechos. La realidad social es concebida como una construcción *sociohistórica*, dinámica y en constante transformación, por lo que los conceptos y sus características dependen del contexto cultural y temporal en el que se inscriben.

En primer lugar, se definen los objetivos del estudio, la relevancia de la temática y las razones que motivaron su elección. Luego, en el apartado de *Desarrollo*, se presentan tres capítulos:

- 1. Primer capítulo:** Recorrido sobre las conceptualizaciones de *familia*, sus transformaciones y características a lo largo de la historia.

**2. Segundo capítulo:** Análisis del *género* y los roles asignados históricamente, enfatizando la dicotomía entre lo público y lo privado, y el rol de cuidado de las mujeres.

**3. Tercer capítulo:** Relación entre *género y consumo de sustancias*, desde una perspectiva analítica.

Para cumplir con estos objetivos, se realizó una *revisión bibliográfica*, empleando la selección y análisis de documentos relevantes para la descripción y estudio del tema. Esto implicó la búsqueda, selección y procesamiento de fundamentos teóricos que permiten abordar la temática de manera rigurosa (Ruiz, 1999).

## Objetivos

### Objetivo general

- ✓ Reflexionar sobre la predominancia de mujeres, en particular madres, como referentes socioafectivas de personas con uso problemático de drogas en los tratamientos en Uruguay.

### Objetivos específicos

- ✓ Realizar un recorrido histórico sobre las conceptualizaciones de *familia*, *género* y *roles asignados*, y su vinculación con la temática seleccionada.
- ✓ Aportar conocimiento sobre el tema y su abordaje a partir de las intervenciones cotidianas con *Referentes Socio-Afectivos*, desde una perspectiva de género.

## Fundamentación

La elección de la temática *familia, género y drogas* responde, a su relevancia dentro del campo de especialización de su autora y, a su pertinencia en la práctica profesional cotidiana.

La experiencia de trabajo con *referentes socioafectivos* ha permitido observar una predominancia significativa de mujeres-madres o mujeres que asumen dicho rol (como abuelas a carga de nietos), quienes acompañan a las personas con *uso pro-*

*blemático de drogas* en sus procesos de tratamiento. Esto, hace necesario analizar las dinámicas familiares y las relaciones entre sus miembros, considerando a estas cuestiones de gran relevancia en la sociedad uruguaya actual.

El consumo de sustancias está atravesado por la *perspectiva de género*, con diferencias notorias en diversos aspectos. A nivel nacional, la *VII Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general* (JND, 2019) señala que las mujeres consumen menos que los hombres y, además, solicitan menos tratamientos.

En la ciudad de Salto, los datos del sistema *Tratamiento Registra (RENADRO, 2023)* confirman esta tendencia: en el período enero-octubre de 2023, el 76% de las personas que consultaron por primera vez o retomaron tratamiento fueron hombres, mientras que solo el 24% fueron mujeres. Sin embargo, la diferencia de género no solo se observa en el consumo de sustancias, sino también en los *referentes socioafectivos* que acompañan estos procesos.

Según los mismos registros, en el período enero-octubre de 2023, el 78% de los *referentes socioafectivos* a nivel nacional fueron mujeres, frente a un 22% de hombres. Esta tendencia se mantiene desde el año anterior. A nivel departamental, la proporción de mujeres como *referentes socioafectivas* es del 59%.

En cuanto a los vínculos entre referentes y usuarios, los datos reflejan que:

- ✓ A nivel nacional:
  - ✓ 54% Madres
  - ✓ 13% Padres
  - ✓ 11% Parejas
  - ✓ 2% Amigos
  - ✓ 20% Otros familiares
- ✓ En Salto:
  - ✓ 45% Madres
  - ✓ 13% Padres

- ✓ 13% Parejas
- ✓ 20% Otros familiares
- ✓ 9% Amigos

Estos datos refuerzan la necesidad de abordar la temática, ya que, aunque existe una vasta producción académica sobre *drogas y género*, la mayoría de los estudios se han centrado en el consumo de sustancias en mujeres. En cambio, no se han identificado investigaciones sobre *género y referentes socioafectivos*, lo que supone un vacío en la literatura.

Existen diversas tesis de grado y posgrado sobre la temática género y consumo de drogas, entre ellas:

- ✓ Los tratamientos por uso problemático de sustancias psicoactivas para mujeres en el Uruguay: una mirada desde una perspectiva de género y cuidado (Horvath Ramela, 2016).
- ✓ Mujeres, madres con consumo problemático de drogas: el pasaje por dispositivos de atención en Montevideo (Totorica, 2016).
- ✓ Mujeres-madres usuarias de pasta base de cocaína: la maternidad en cuestión (Estévez, 2015).

Asimismo, se destaca el documento *Desvelando velos... sobre género y drogas* (JND, 2012), que recopila artículos de diversos autores sobre la producción de conocimiento y reflexiones en torno a la temática.

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, no se han encontrado tesis de grado, posgrado ni documentos institucionales que aborden la relación entre *consumo de sustancias, referentes socioafectivos y género*.

Este trabajo pretende aportar a la producción de conocimiento y contribuir al abordaje de la temática, entendiendo que la problemática del consumo de sustancias no se presenta de forma aislada. Cualquier análisis riguroso debe considerar el contexto en el que está inserta y los fenómenos que la atraviesan.

## Capítulo I: Familia

La familia, como construcción sociohistórica y como institución fundamental para el desarrollo del individuo y la sociedad, ha adoptado diversas formas y significados a lo largo del tiempo. Se la concibe como:

“...construcción social, históricamente situada. No como algo estático, sino como resultado de múltiples determinaciones políticas, económicas, sociales y culturales” (García, 2000, p. 2).

En este sentido, su conceptualización no se restringe únicamente al ámbito biológico, sino que abarca también dimensiones *antropológicas, sociológicas y psicológicas*, entre otras (Carril, 2003). Así, la familia se entiende como:

“...organización social básica de la reproducción de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es también un espacio complejo y contradictorio donde se entrecruzan historias singulares que, a su vez, son producto de un contexto económico, sociopolítico y cultural determinado” (De Jong, 2001, p. 11).

Por su parte, Mito (1997) define a la familia como:

“...un núcleo de personas que conviven en determinado lugar, durante un lapso de tiempo más o menos largo y que se encuentran unidas (o no) por lazos consanguíneos. Tiene como tarea primordial el cuidado y protección de sus miembros, y se encuentra dialécticamente articulada con la estructura social en la que está inserta” (p. 120).

### Conceptualización histórica de la familia.

La definición de *familia* y sus características han variado a lo largo del tiempo. Engels (1981) menciona que el primer intento de estudiar la familia como fenómeno histórico se debe al jurista y antropólogo suizo Johann Jakob Bachofen, quien en 1861 realizó una exhaustiva revisión de la literatura clásica antigua. Posteriormente, el antropólogo británico John Ferguson MacLennan fue considerado como el “fundador de la historia de la familia y como la primera autoridad en la materia” (Engels,

1981, p. 211). Antes de estos estudios, la familia patriarcal era vista como la única forma familiar existente, sin considerar su evolución histórica.

Engels (1981) sostiene que los primeros estudios sobre la familia identifican diferentes fases en su desarrollo. La primera se caracteriza por una *promiscuidad sexual primitiva*, en la que existían matrimonios grupales dentro de las tribus. Posteriormente, la prohibición del incesto marcó el inicio de la cultura, restringiendo progresivamente los vínculos conyugales. Lévi-Strauss (1969) señala que esta prohibición marcó el paso de la sociedad primitiva a una estructura cultural más organizada, consolidando la familia monogámica como modelo predominante. Engels (1981) ubica el triunfo de este modelo en la transición entre la *barbarie* y la *civilización emergente*, donde la familia se cimentó en el matrimonio conyugal, el poder del hombre y la procreación de hijos con paternidad indiscutible para garantizar la herencia.

Durante la *Edad Media*, la Iglesia Católica tuvo una influencia determinante en la concepción de la familia, la cual se vinculaba con la organización religiosa, política y económica. Su función principal era la reproducción biológica, la supervivencia, la educación y el cuidado de sus miembros. En este período, la familia, junto con la Iglesia y la medicina, era el principal agente de formación de los individuos, imponiendo creencias y valores a través de la convivencia cotidiana (Barrán, 2004).

Con el advenimiento de la *modernidad*, primero en Europa y luego en Uruguay, este modelo comenzó a transformarse. La influencia de la Iglesia en la construcción de significados sociales se redujo, mientras que la migración del campo a la ciudad, producto de la industrialización, trajo consigo una mayor movilidad poblacional, impactando en las estructuras familiares y redefiniendo los roles de sus integrantes (Barrán, 2004). La familia pasó a ser vista como una *unidad de consumo*, basada en la unión voluntaria y afectiva entre los cónyuges. Se consolidó así el modelo de familia *nuclear*, considerado la base de la sociedad y funcional al sistema capitalista:

“...el modelo más eficaz para la realización y supervivencia de la economía capitalista... reproductora de prácticas sociales y al mismo tiempo reproductora de subjetividades” (Etcheverry, 2004, p. 76).

Según Parsons (1970), este tipo de familia se caracteriza por la cohabitación de los miembros bajo un mismo techo, con el matrimonio como eje central y un sistema de apoyo económico compartido.

### **Transformaciones en la familia contemporánea**

Como se ha señalado, la familia no es una estructura estática. A lo largo del siglo XX, las transformaciones económicas, políticas y culturales dieron lugar a nuevos arreglos familiares. Según Lasch (1991),

“la familia contemporánea es producto de la acción humana y no de fuerzas abstractas” (p. 20).

En la década de 1960, en América Latina y particularmente en Uruguay, surgieron críticas al *ideal de familia*, que pasó a ser vista como una institución reproductora de mecanismos de dominación social, económica y política. No obstante, con la instauración de las dictaduras cívico-militares en los años 70, se promovió un discurso de restauración de los “valores familiares”, aunque paradójicamente muchas familias fueron violentadas por el mismo Estado que los defendía.

Pese a estos intentos de restauración conservadora, las transformaciones en la estructura y el funcionamiento de la familia fueron irreversibles. Durante la segunda *transición demográfica*, se observarán fenómenos como:

- ✓ Reducción del número de matrimonios y aumento de uniones libres.
- ✓ Mayor tasa de divorcios.
- ✓ Descenso en los niveles de fecundidad.
- ✓ Retraso en la edad de maternidad y paternidad.
- ✓ Aumento de la esperanza de vida (Carballeda, 2001).

Estos cambios impulsaron la diversificación de los modelos familiares. Se produjo un incremento de familias *monoparentales* —con una alta prevalencia de mu-

jeros a cargo-, familias *ensambladas*, parejas sin hijos y hogares conformados por parejas del mismo sexo, entre otros.

Actualmente, la familia se caracteriza por tener menos miembros, con una distribución más equitativa de roles de género y una mayor inestabilidad en las relaciones de pareja. Se ha registrado un aumento en la jefatura femenina del hogar y un cambio en la concepción del papel de la mujer, quien asume con mayor frecuencia la función de proveedora (Fassler, 2007).

A pesar de la diversidad de modelos familiares, muchos ajustes aún enfrentan resistencias en términos de reconocimiento social. En Uruguay, la *Ley de Concubinato N° 18.246* (2007) y la *Ley de Matrimonio Igualitario N° 19.075* (2013) han sido hitos en el reconocimiento de nuevas formas familiares, consolidando al país como pionero en América Latina en materia de derechos de las diversidades familiares.

Hoy en día, en Uruguay conviven tanto estructuras familiares tradicionales como nuevas configuraciones. Para su análisis es necesario adoptar una mirada compleja que considere su evolución histórica y los factores que la atraviesan. Como señala Fassler (2007):

“...pedirle a la familia que se mantiene igual, como un reducto intocable, en una sociedad que cambia, es—por lo menos—además de un poco ingenuo, demasiado exigente” (p. 304).

## Capítulo II: Género y roles asignados históricamente

Cada época construye *actitudes, conductas, prohibiciones y concepciones* en torno a lo “normal” y lo “anormal”, ya que el *marco valorativo* de cada sociedad determina lo que se espera del individuo, los roles que debe desempeñar y, en consecuencia, su posible desviación (Bohoslavsky, 1971).

Desde esta perspectiva, Engels plantea que los roles dentro de la familia no son meros títulos, sino que cumplen funciones dentro de la estructura social y responden a los valores predominantes en cada momento histórico:

“Los apelativos padres, madre, hermano, hermana, hijo, no son simples títulos, sino que, por el contrario, traen consigo serios deberes recíprocos perfectamente definidos y cuyo conjunto forma una parte esencial del régimen social” (Engels, 1981, p. 223).

Este capítulo abordará los roles de mujeres y hombres desde la categoría de *género*, entendido como el conjunto de tareas, responsabilidades y funciones asignadas diferencialmente en función del contexto sociohistórico. Estas asignaciones han sido parte constitutiva de las tradiciones familiares y sociales.

### **Construcción histórica de los roles de género**

A lo largo de la historia, se han naturalizado y consensuado las funciones del hombre y la mujer en la sociedad y la familia. Se ha construido socialmente el significado de *ser varón* y *ser mujer*, transmitido a través de la educación, la represión, los juegos diferenciados y el control de la sexualidad, entre otros mecanismos. Como señala Fernández (1993):

“Nos han dicho cómo somos, cómo debemos ser, cómo sentirnos” (p. 113).

Esta diferenciación llevó a la consolidación de la dicotomía *público-privado*, en la que el hombre es concebido como un ser político encargado de lo público, mientras que la mujer está relegada al ámbito doméstico y familiar, su espacio de participación por excelencia:

“En todas las sociedades que iniciaron su vida asociada a los varios tipos de comunidades, la familia representaba la única, dentro de estas, de la cual la mujer participaba de forma directa” (Heller, 1998, p. 8).

En este sentido, Heller (1998) también explica que:

“Todo aquello que se verificaba fuera del ámbito familiar, discusiones políticas, comercio y guerra, eran actividades reservadas a los hombres... en segundo lugar, los cuidados con la salud de la familia eran de competencia exclusiva de la mujer. Correspondía a las mujeres ocuparse de los enfermos, los ancianos, los heridos y los moribundos” (p. 8).

De acuerdo con Fernández (1993), la razón por la cual las mujeres fueron relegadas al ámbito doméstico radica en su relación con la sexualidad. Históricamente, se ha considerado *normal* que los hombres mantuvieran relaciones sexuales fuera del matrimonio, pero los hijos debían ser concebidos con la esposa legítima para asegurar la descendencia y la herencia. Para garantizar esta filiación biológica, se restringió la circulación de las mujeres y se las confinó al hogar.

Por su parte, Bourdieu (1998) sostiene que las sociedades han estado atravesadas por la *dominación masculina*, institucionalizada a través del patriarcado, el cual define el orden social y distribuye de hombre.

“...sistema cultural donde lo masculino se coloca como figura referente de autoridad y poder para la organización social, en el cual la figura masculina toma una posición hegemónica para tutelar y dominar a quienes son definidos como subalternos, en base a atributos materiales y simbólicos que garantizan la distribución desigual del poder entre hombres y mujeres” (Pérez y Quesada, 2016, p. 10).

En este contexto, el padre o abuelo de la familia ejerce el control sobre los destinos individuales de sus miembros, ya que:

“El ejercicio histórico de poder ha creado una profunda convicción en la mayoría de los varones, que los coloca automáticamente en una posición de mando” (Fernández, 1993, p. 112).

Según Bourdieu (1998), esta dominación masculina ha sido tan internalizada que no requiere justificación. Aun con los cambios ocurridos en las últimas décadas, continúa reproduciéndose en el lenguaje, las prácticas cotidianas y la socialización de niños y niñas, quienes la aceptan y perpetúan.

### **Roles de género y educación en la historia**

En los siglos XVII y XIX, primero en Europa y luego en Uruguay, las mujeres eran educadas exclusivamente para el matrimonio o la vida religiosa, sin otras opciones de desarrollo personal o profesional. Como explica Donzelot (1986):

“Los conventos, bajo el impulso de la Contrarreforma, absorbieron a las mujeres solteras para destinarlas a finos misioneros, asistenciales y educativos” (p. 25).

Asimismo, a las mujeres de clases populares se les incentivaba a buscar trabajos remunerados que fueran una extensión de sus responsabilidades domésticas, como la limpieza, el cuidado de enfermos o el trabajo en servicio doméstico (Donzelot, 1986).

Las propias madres desempeñaban un papel clave en la transmisión de estos valores, inculcando a sus hijas el ideal de la *buena esposa* y mediante actividades cotidianas y juegos diferenciados (muñecas, cocinas de juguete, entre otros). Barrán (1998) ilustra este punto con un ejemplo de la época:

“Rodolfo ofreció a su novia un costurero de regalo, lo hizo para hacerle amar más aún el hogar y sus delicias” (p. 134).

Este tipo de educación reforzaba la honra femenina, basada en la virginidad antes del matrimonio, la fidelidad al esposo y la reputación moral, en contraposición con la honra masculina, asociada a la valentía, la honradez mercantil y el reconocimiento público (Barrán, 1998).

## Transformaciones en los roles de género

A lo largo del siglo XX, los roles de género comenzaron a transformarse debido a múltiples factores:

- ✓ **Las guerras mundiales**, que propiciaron la incorporación de las mujeres al mercado laboral.
- ✓ **El desarrollo de los movimientos feministas**, que lucharon por el reconocimiento de la ciudadanía y los derechos sexuales de las mujeres.
- ✓ **La revolución sexual**, que permitió la separación entre sexualidad y reproducción a través del acceso a anticonceptivos y la legalización del aborto (Heller, 1989).

Estos cambios impactaron directamente en la familia, ya que la mujer comenzó a participar en el ámbito público y laboral. Giddens (1998) señala que:

“Las mujeres viven y trabajan en lugares públicos mucho más frecuentes que antes, y las divisiones que aislaban a los sexos prácticamente han desaparecido” (p. 76).

No obstante, a pesar de estos avances, las mujeres siguen enfrentando desigualdades estructurales, ya que muchas deben asumir simultáneamente el trabajo remunerado y las responsabilidades domésticas, generando una *doble jornada laboral*. Fassler (2007) explica que:

“El aporte económico de las mujeres es fundamental en el funcionamiento de la familia, pero a su vez, deben continuar con funciones históricamente asignadas, porque el cuidado de los hijos y los quehaceres del hogar siguen recayendo en ellas” (p. 76).

Esta tensión evidencia la persistencia de la dicotomía *público-privado*, en la que el *ser mujer* sigue asociado al ámbito doméstico y al cuidado de los demás, mientras que el *ser varón* se vincula al poder y la autonomía.

### **El género como construcción social**

El concepto de *género* surgió en la década de 1970 dentro del feminismo anglosajón, con el propósito de diferenciar las construcciones sociales y culturales de los determinismos biológicos. Como define a Lamas (1995):

“El género es el orden simbólico con que una cultura elabora la diferencia sexual... a través del cual construye las ideas de ‘ser mujer’ y ‘ser varón’, que se expresarán en prácticas, discursos, etc.” (pág. 332).

Desde esta perspectiva, el cuidado centrado en las mujeres es una manifestación de desigualdad de género que persiste hasta la actualidad, influyendo incluso en el acompañamiento de personas con *uso problemático de drogas*, un rol que sigue siendo asumido mayoritariamente por las madres.

### Capítulo III: Consumo: “cosa de hombres”

La perspectiva de género, como categoría analítica de las relaciones sociales y sexuales, estuvo ausente de las teorías del siglo XVIII y XIX, y no fue hasta finales del siglo XX que comenzó a incorporarse al análisis del consumo de drogas. Silvana Fernández (2001) plantea que este proceso de incorporación ha sido heterogéneo y complejo, ya que el género no aparece en estado “puro”, sino que se entrelaza con otras dimensiones de análisis como la clase social, la edad, el nivel educativo y la raza. En este sentido, Sánchez (2008) advierte que desconocer estas intersecciones puede profundizar aún más la desigualdad:

“Un error muy habitual a la hora de hacer frente a los riesgos y problemas que suponen los consumos de drogas es el de considerar a la población como un conjunto homogéneo, en el que domina la perspectiva masculina, ofreciendo las mismas respuestas a hombres y mujeres. El resultado de todo ello es que la respuesta social al consumo de drogas por parte de las mujeres es totalmente inadecuada” (Sánchez, 2008, p. 9).

La incorporación de la perspectiva de género en las políticas de drogas y, especialmente, en las prácticas cotidianas de abordaje, permite desarrollar un análisis crítico del consumo y su uso problemático. Como señala Fernández (2001):

“Una perspectiva de género puede entonces ayudarnos a comprender las características específicas que distinguen el consumo de drogas de las mujeres, así como los diferentes significados y valores atribuidos al mismo” (p. 5).

La forma en que se percibe el consumo de sustancias está fuertemente atravesada por los estereotipos de género, que asocian el abuso de drogas en las mujeres con un comportamiento transgresor en relación con su rol tradicional dentro de la familia y la sociedad. Como se expuso en el capítulo anterior, estos estereotipos determinan las expectativas de género y generan desigualdades en la intervención y el acceso a tratamiento. En este marco, abordar la temática desde una perspectiva de género supone:

“Tener presente las diferencias y peculiaridades de género, es decir, los factores de tipo físico, psicológico y social que condicionan las motivaciones para consumir drogas, los distintos patrones de uso y los diferentes efectos y consecuencias, contemplando los riesgos y las variables de género” (Sánchez, 2008, p. 11).

Es crucial entender que los roles de género influyen en la percepción del consumo y en la forma en que las personas acceden al tratamiento. Mientras que el consumo de drogas en los hombres es visto como parte del mundo público y socialmente aceptado, en las mujeres se considera una reducción de su rol tradicional de cuidadoras. Como menciona Silvana Fernández (2001):

“Una mujer que abusa de las drogas viola mucho, sino todos, los ideales acariciados de lo que significa ser mujer en la sociedad de hoy” (p. 11).

En este sentido, la autora enfatiza irónicamente que las mujeres no pueden ni necesitan consumir drogas porque:

Desde el momento en que las mujeres son vistas como ‘expertas’ a nivel emocional, el abuso de sustancias entendido como cierta dificultad afectiva para hacer frente a las distintas circunstancias de la vida es visto como un fracaso más grave en ellas” (Fernández, 2001, p. 11).

### **Patrones de consumo y desigualdades en el acceso a tratamiento**

Según la VII Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general (JND, 2019), el consumo de sustancias en Uruguay sigue un patrón diferencial por género:

“Para todas las drogas, excepto psicofármacos, el consumo de los varones es mayor al de las mujeres, tanto en la magnitud de consumo como en su intensidad. Las brechas menores se encuentran en el alcohol y tabaco, en tanto las mayores diferencias están en sustancias como la cocaína o pasta base” (JND, 2019, p. 13).

En el Dispositivo Ciudadela Salto , se mantiene esta tendencia: el 76% de las personas que consultaron entre enero y octubre de 2023 fueron hombres , mientras que solo el 24% fueron mujeres . Además, los varones no solo consumen más, sino que también son quienes mayormente acceden a tratamientos ambulatorios e internaciones:

“En Uruguay, al igual que en el resto de occidente, sabemos que las usuarias de drogas problemáticas casi no llegan a los dispositivos públicos y privados de tratamientos y cuando logran superar las barreras culturales para acceder, en general, tienen una baja adhesión a los mismos” (Dell Acqua et al., 2012, p. 35).

A pesar de su menor presencia en los centros de tratamiento, las mujeres usuarias de drogas enfrentan mayores niveles de vulnerabilidad, exclusión y estigmatización. Como señala Romo (2005):

“Las mujeres con consumos problemáticos de drogas perciben con más frecuencia e intensidad que los hombres que han fracasado a nivel personal, familiar y social, incapaces de desempeñar satisfactoriamente el papel que les ha sido asignado” (p. 11).

### **Barreras para el acceso al tratamiento en mujeres**

Uno de los principales obstáculos para el acceso de las mujeres a los tratamientos es la falta de centros especializados que consideren sus necesidades específicas . En Uruguay, no existen centros de rehabilitación-internación para mujeres con hijos , ni espacios adaptados para que puedan llevar a sus niños a los centros ambulatorios.

La maternidad, como rol históricamente asignado a las mujeres, se convierte en una barrera estructural para el acceso a los tratamientos , ya que muchas de ellas no tienen con quién dejar a sus hijos o temen perder su custodia si ingresan a un centro de internación:

“Por el estilo de vida que tienen, no cuentan con las redes de apoyo suficientes para dejar al cuidado de otros a los niños que ya tienen o sienten temor

de perder la custodia de los hijos que ya poseen o del que están esperando” (Romero y Gómez, 1997, p. 9).

Asimismo, las mujeres que consumen drogas y sus madres se enfrentan a una doble estigmatización, no solo son juzgadas por su consumo, sino también por no cumplir con el *ideal materno* de cuidado y protección. Como señala Palomar y Suárez (2007):

“Contradican la supuesta naturaleza de todas las mujeres, la de desear ser madres y, además, la de saber hacerlo bien, entendiéndolo por esto el querer, poder y saber hacerse responsables de sus críticos, amarlos y cuidarlos hasta que puedan valerse por sí mismos” (p. 314).

Esta percepción genera sentimientos de culpa y vergüenza, lo que lleva a muchas mujeres a ocultar su consumo o a optar por sustancias “legales” como los psicofármacos, que pueden ser consumidos en el ámbito privado sin generar estigmatización social. Como explica Fernández (2001), los psicofármacos permiten a las mujeres evitar verse a sí mismas como dependientes de una sustancia y no son percibidos como una conducta desviada.

“Los psicofármacos protegen a las mujeres de verse a sí mismas como dependientes de una sustancia, y no generan demasiada estigmatización social” (Fernández, 2001, p. 11).

## Análisis

### Acompañamiento: “cosa de mujeres”

La revisión bibliográfica realizada, ha permitido profundizar en conceptos como familia, género, roles de género y consumo de drogas, así como en las construcciones históricas y sociales en torno a estas categorías. Dichas construcciones se han configurado tanto de manera explícita como implícita, reflejándose en discursos, imaginarios colectivos y marcos valorativos que determinan la noción de familia ideal y los roles esperados para mujeres y varones.

En este contexto, resulta ineludible la referencia a la *normalidad* como categoría de análisis, la cual permite cuestionar aquello que se considera “dado” en una sociedad. Lo que una cultura define como “normal” está intrínsecamente ligado a sus valores y estructuras, estableciendo modelos ideales de familia, masculinidad y feminidad. Como plantea Bohoslavsky (1971), lo que se entiende como “normal” está directamente vinculado con lo socialmente esperado.

Desde la práctica profesional, se observa que, aunque las representaciones sobre género han ido evolucionando con el tiempo, persisten estructuras tradicionales que influyen en la percepción y reproducción de roles. Las personas interiorizan valores, normas y concepciones sobre la familia y el género a lo largo de su vida, determinando sus comportamientos y decisiones en torno a estas categorías. Friedler (2007) sostiene que:

“El sistema de creencias, valores, actitudes, formas de actuar y maneras de ver el mundo, se naturalizan continuamente, es decir, se presentan como una realidad dada, normal y natural” (p. 275).

Si bien a nivel social se ha problematizado el rol de género y se han impulsado cambios significativos, a nivel subjetivo los ideales históricos siguen ejerciendo una fuerte influencia en las dinámicas familiares y de la manera en que hombres y mujeres asumen (o no) el acompañamiento de personas con consumo problemático de sustancias.

Desde esta concepción, la preponderancia de las mujeres como referentes socioafectivas en el acompañamiento de personas con consumo problemático de drogas y la escasa participación de los varones se percibe como un fenómeno “natural”. Se considera esperable que sean ellas quienes asisten a entrevistas, se expongan ante profesionales, expresen preocupación y asuman la responsabilidad del cuidado. Como se ha señalado a lo largo del trabajo, el rol de cuidado ha sido históricamente asignado a las mujeres, configurándose como un eje central para el análisis de esta problemática.

En este sentido, Dornell, Sande y Aguirre (2014) sostienen que:

“El cuidar es un verbo polisémico, etimológicamente, la palabra cuidar deriva del latín *cogitare*, que significa pensar, término que se transformó luego

en ‘prestar atención’, para asociarse más adelante con el concepto de ‘asistir’ o ‘poner solicitud en algo o alguien’. (...) El ejercicio del cuidado, como tal, es una acción compleja que requiere la articulación de distintos elementos fundamentales. Los elementos constitutivos del cuidado son: compasión, competencia, confianza, seguridad y conciencia” (p. 162).

Que el cuidado y el acompañamiento sean considerados “tareas femeninas” no solo se sustenta en un análisis histórico y teórico, sino que también se ve reflejado en datos estadísticos a nivel nacional y departamental. Las cifras evidencian una escasa participación de los hombres en el acompañamiento de personas con consumo problemático de sustancias.

Durante el período enero-octubre de 2023 , los datos del Dispositivo Ciudadela en Salto reflejan que el 78% de las personas que acompañan a usuarios/as en tratamientos son mujeres, mientras que solo el 22% son hombres . A nivel departamental, esta cifra disminuye levemente, pero sigue siendo mayoritariamente femenina (59% mujeres y 41% hombres). Entre las mujeres acompañantes, el 45% son madres , en su mayoría entre 40 y 60 años , provenientes de contextos socioeconómicos vulnerables y, en muchos casos, jefas de hogar .

Estas mujeres suelen presentar un tipo de vinculación caracterizada por la sobreprotección, la falta de límites claros y la internalización de una culpa intensa respecto al consumo de sus hijos/as . Este sentimiento de culpa se relaciona directamente con el incumplimiento del rol de “buena madre” , construido socialmente en torno a la responsabilidad de criar, educar y brindar amor a los hijos/as. Como señala Mónica de Martino (2011):

“Son ellas las encargadas de la temática salud, de tomar decisiones al respecto, de cuidar a los enfermos y encaminar las consultas médicas. Pero en la mayoría de los casos son las últimas en acudir a consultas o cuidar su propio cuerpo, excepto en situaciones de enfermedades crónicas y/o laborales” (p. 244).

### **Políticas públicas y corresponsabilidad en los cuidados**

En las últimas décadas, se han impulsado en Uruguay una serie de políticas de corresponsabilidad en los cuidados con el fin de redistribuir estas tareas entre

hombres y mujeres. Ejemplo de ello es la Ley 19.161 , que establece 14 semanas de licencia por maternidad, 10 días de licencia por paternidad y medio horario hasta los 6 meses del niño o niña para cualquiera de los progenitores.

En 2015 , se creó el Sistema Nacional de Cuidados a través de la Ley 19.353 , el cual promueve la universalización del acceso a cuidados y la equidad de género en su distribución:

“Las acciones que las personas dependientes deben recibir para garantizar su derecho a la atención de las actividades y necesidades básicas de la vida diaria por carecer de autonomía para realizarlas por sí mismas. Es tanto un derecho como una función social que implica la promoción del desarrollo de la autonomía personal, atención y asistencia a las personas dependientes” (Uruguay, 2015, diciembre, 8).

Sin embargo, pese a estos avances normativos, la realidad evidencia que los cuidados siguen recayendo mayoritariamente sobre las mujeres. Como sostiene el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES, 2014) :

“El cambio cultural implica deconstruir el paradigma de ‘hombre proveedor-mujer cuidadora’ e imaginarse un mundo donde las personas comparten los cuidados y no los asumen en forma desigual en función del mandato social que se transmite a través de las generaciones” (p. 18).

Si bien se ha problematizado la paternidad distante y se ha fomentado la participación masculina en la crianza, los datos reflejan que el cuidado sigue siendo una responsabilidad predominantemente femenina. En el Dispositivo Ciudadela Salto, por ejemplo, de siete participantes en un grupo de apoyo, seis son mujeres y el único varón presente es pareja de una de ellas .

### **Masculinidad hegemónica y paternidad distante**

Esto responde a que los hombres también han sido —y siguen siendo— rehenes de los estereotipos de género. La construcción social de los roles de género ha atravesado tanto sus prácticas como sus subjetividades. Históricamente, han sido relegados en la expresión de sus emociones, mientras que la paternidad ha sido

concebida como un rol que puede ejercerse a “distancia”, sobre todo desde la perspectiva del hombre proveedor , prácticamente excluyéndolo del cuidado afectivo, del juego, del arrullo y de la participación activa en la educación de sus hijos e hijas (Pérez de la Sierra y Quesada, 2016).

Ante esto, se considera pertinente hacer referencia a la masculinidad hegemónica como una categoría clave para la reflexión, definida como:

“...modelo que se impone y reproduce y, por lo tanto, naturaliza como práctica e identidad de género obligatoria para todos los hombres... las mujeres, las feminidades y las masculinidades no hegemónicas —o no dominantes— aprenden a reconocer y avalar como tal este modelo hegemónico como válido.” (Connell, 1995 citado por Pérez de la Sierra y Quesada, 2016, p. 14)

Dentro de esta masculinidad hegemónica, y pese a los cuestionamientos actuales, sigue vigente el ideal del hombre racional, fuerte y proveedor , tal como ocurriría en el Uruguay del 900 descrito por Barrán (1998). En este modelo, la expresión de afecto y debilidad sigue siendo limitada: “los hombres no lloran” , se espera que proyecten fortaleza, valentía y dominio , además de ejercer su sexualidad desde el rendimiento y el deseo. Asimismo, la paternidad se concibe como un ejercicio distante, basado en la autoridad y la imposición de límites. En este sentido, la frase “vas a ver ahora cuando venga tu padre” refleja la concepción tradicional de la figura paterna como instancia disciplinadora, en contraposición al rol materno asociado al cuidado y la ternura (Pérez de la Sierra y Quesada, 2016).

No obstante, Montesinos (2004) señala que actualmente se cuestiona esta postura y se evidencia un cambio progresivo en las prácticas de crianza y en el ejercicio de la paternidad. De acuerdo con este autor, se observa una transformación en la concepción de los roles, con una mayor participación de los varones en el cuidado de sus hijos e hijas, “dejando de atribuirse facultades y habilidades que la sociedad tradicional consideraba inherentes a la naturaleza masculina” (Montesinos, 2004, p. 214). Desde las políticas públicas, por ejemplo, se ha promovido la corresponsabilidad en los cuidados y se han impulsado estrategias para el involucramiento del referente masculino. En particular, en el ámbito de la Primera Infancia , se destaca la importancia de la participación activa del padre o referente masculino en la crianza,

dado que este período es trascendental en la construcción de los nacimientos para la vida adulta.

Sin embargo, desde la práctica profesional en Primera Infancia, en el rol de Trabajadora Social en dos CAIF de la ciudad de Salto —una política social históricamente feminizada—, se observa que, a pesar de las iniciativas que promueven la corresponsabilidad, los equipos de trabajo continúan reproduciendo roles de género a través de mensajes y prácticas cotidianas. Un ejemplo de ello es la dinámica en los grupos de redes sociales (como WhatsApp), donde aproximadamente el 90% de los integrantes son madres. Además, la comunicación sobre eventos o episodios relevantes se dirige mayoritariamente a ellas o a otras mujeres a cargo de los niños y niñas (por ejemplo, abuelas o tías). Esto ejemplifica que, ya sea en el ámbito de la Primera Infancia o en el trabajo con personas con consumo problemático de drogas, las instituciones, los centros y los equipos siguen reforzando —de manera explícita o implícita— los roles de género tradicionalmente asignados a hombres y mujeres.

Además de lo planteado, el escaso involucramiento de los hombres en el cuidado de sus hijos e hijas y, en particular, como referentes socioafectivos de quienes atraviesan tratamientos por consumo problemático de drogas, pone en evidencia una situación compleja. En algunos casos, son las propias madres quienes no ceden el rol de cuidadoras principales, a pesar de que expresan reiteradas quejas sobre la falta de participación de los padres. En estas situaciones, suelen justificarse con frases como “yo lo conozco más, yo sé lo que le pasa”, “el padre no le tiene paciencia” o “prefiero hacerlo yo”. Esto deja en evidencia la necesidad de trabajar con ellas desde el abordaje cotidiano, promoviendo una deconstrucción de roles y favoreciendo cambios en las prácticas que permitan una mayor corresponsabilidad en los cuidados.

### **Maternidad y proyectos de vida.**

La maternidad, como construcción social, es una dimensión central para analizar el acompañamiento en la problemática del consumo de sustancias. En algunos contextos, esto se presenta como el único proyecto de vida para muchas mujeres, en función de los mandatos culturales que las han condicionado. Sartre (1960) se refiere al proyecto de vida como:

“Fuga y salto adelante, negativa y realización, mantiene y muestra una realidad superada” (p. 77).

Este concepto aplicado a la maternidad pone en evidencia que, para muchas mujeres, el ser madre no es únicamente una elección personal, sino que está firmado por modelos preestablecidos: la maternidad como una condición natural, instintiva y abnegada, que implica estar disponible en todo momento y ser capaz de proporcionar todo lo que sus hijos e hijas necesitan.

Si bien Sartre (1960) plantea que el proyecto de vida implica decisión y elección, cabe preguntarse si estas mujeres realmente encuentran las condiciones materiales, sociales y simbólicas para decidir y elegir sobre su vida. En este sentido, se observa una dicotomía entre lo que este autor denomina “campo de las voluntades” y “campo de lo posible”. Mientras el primero hace referencia a los deseos e ideales de una persona, el segundo está condicionado por la realidad sociohistórica en la que se encuentra inmersa.

El campo de lo posible en el caso de estas mujeres está restringido por factores estructurales que incluyen no solo los roles de género, sino también variables como edad, nivel educativo, vulnerabilidad socioeconómica y etnia, entre otras. Es decir, aquello que estas mujeres contemplan como ideal dentro de su proyecto de vida está limitado por los valores, normas y estructuras que han internalizado a lo largo de su trayectoria. Heller (1970) plantea que la vida cotidiana de cada persona es única e irrepetible, determinada por los marcos valorativos que han sido internalizados desde la infancia.

Desde esta perspectiva, para muchas de estas mujeres, que constituyen el 80% de los referentes socioafectivos de personas con consumo problemático de drogas, la maternidad se configura como el único horizonte posible, lo que les dificulta ceder espacio a referentes masculinos.

Cabe preguntarse, entonces: ¿qué margen tienen estas mujeres para decidir que sus proyectos de vida vayan más allá de la maternidad? Bohoslavsky (1971) señala que:

“No hay una sociedad afuera rodeando al individuo, hay una sociedad ‘adentro’ del individuo, conformándolo y haciendo de él, lo que en definitiva sea” (p. 86).

Esta afirmación cuestiona fuertemente la relación entre el individuo y su contexto, desafiando la noción de determinismo social. Sin embargo, en el análisis de la práctica profesional y en el recorrido histórico realizado, es evidente la fuerte influencia que los marcos valorativos y los mandatos de género han tenido y continúan teniendo en las madres referentes socioafectivas. No obstante, es fundamental trabajar en la construcción de otros proyectos de vida posibles, considerando la realidad y potencialidad de cada mujer dentro de los diferentes espacios que transita. Esto implica un proceso de empoderamiento personal, basado en la autonomía, la toma de decisiones y el bienestar individual, que trascienda la situación de consumo de sus hijos.

Si bien este proceso es complejo y no lineal, su éxito depende de un trabajo coordinado con otros programas y recursos comunitarios. Como expresa una participante de un grupo de apoyo:

“Ahora vengo por mí, porque me hace bien, porque es mi espacio, donde cuento lo que me pasa, lloro, pero sobre todo, donde me río. Donde empecé a pensar en mí y cuidar de mí” (Palabras de una participante del grupo, octubre, 1).

## Síntesis

Esta reflexión crítica, asumida en los objetivos del trabajo, se ha desarrollado a partir de la observación de una marcada presencia de mujeres-madres como referentes socioafectivos de personas con consumo problemático de drogas. Para ello, se han abordado recorridos históricos y conceptualizaciones en torno a la familia y el género, analizando su relación con los roles asignados a mujeres y hombres, así como con la temática del consumo de sustancias.

A modo de síntesis, se destaca en primer lugar que las distintas sociedades, en toda su complejidad y dimensiones, han sostenido posturas diversas respecto a la familia, sus tipos y características, el género y los roles asignados a hombres y

mujeres. Estas construcciones impactan de la manera en que se comprende el consumo de sustancias y, sobre todo, en el acompañamiento de quienes las consumen. Es importante señalar que este trabajo no se centra en la definición de drogas, sus tipos o sus patrones de consumo, sino en el análisis del fenómeno desde una perspectiva de género. En este sentido, los tres capítulos han sido fundamentales para contextualizar el análisis y enriquecer la discusión.

A partir de la bibliografía revisada y de los datos estadísticos analizados, se evidencian diferencias significativas en la relación entre género y consumo de drogas. Mientras que el consumo de sustancias parece estar socialmente asociado a los hombres, el acompañamiento de quienes las consumen parece ser una tarea asignada a las mujeres. Es decir, los hombres son mayoría tanto en el consumo como en el acceso a tratamientos, pero son las mujeres quienes, en general asumieron el rol de acompañantes. No es posible analizar esta problemática sin considerar el imaginario social que percibe el consumo femenino como un comportamiento inadecuado dentro de los estereotipos de género, pero que, a su vez, normaliza que sean ellas quienes acompañan los procesos de tratamiento. Tal como se ha observado, esta naturalización del acompañamiento responde a los roles de cuidado que históricamente han tenido las mujeres y que, a pesar de los cambios en las políticas y en el discurso público sobre la corresponsabilidad en los cuidados, siguen vigentes en la práctica cotidiana.

Los datos estadísticos y la observación en terreno evidencian que la carga del acompañamiento sigue recayendo de manera desproporcionada en las mujeres, y en particular, en las madres. Para muchas de ellas, especialmente aquellas que provienen de sectores socioeconómicos vulnerables, la maternidad aparece como su único proyecto de vida. En este rol de cuidado, relegan sus propios deseos y necesidades, porque han interiorizado el mandato social que las define como responsables del bienestar de los demás. Como señala Bourdieu y Passeron (1979):

“Los sujetos de clases desfavorecidas tienen las mejores posibilidades de dejarse quebrar por la fuerza del destino social. Pueden también, como excepción, encontrar en el exceso de desventaja el estímulo para superarla” (p. 43).

Tal como se planteó en el análisis, es necesario reiterar la pregunta sobre qué margen real tienen estas mujeres para explorar y decidir otros proyectos de vida, y qué posibilidades efectivas tienen de compartir el rol de cuidado para atenderse a sí mismas. Enfrentan no solo los mandatos que les imponen la renuncia a sus propios deseos como sinónimo de ser una “buena madre”, sino también múltiples vulnerabilidades que afectan su vida cotidiana y sus experiencias.

El grupo de referentes socioafectivos del que se ha hablado previamente es un ejemplo de ello: lo conforman seis mujeres cuyas historias de vida están atravesadas por el abandono, la violencia, el abuso, la maternidad adolescente y la precariedad económica. Son apenas una muestra de las muchas mujeres que transitan por el Dispositivo, donde en ocasiones el consumo problemático de sus hijos es solo una de las múltiples dificultades a las que deben hacer frente. A lo largo de su vida, han sido moldeadas por una historia que les ha enseñado cómo deben ser, cómo deben comportarse, cómo deben sentir y qué significa ser una “buena madre”. También han internalizado el estigma y la vergüenza que implica no cumplir con ese modelo:

“El rígido papel que se asigna a las mujeres y los valores implícitos en él determinante que, cuando la mujer se desvía del rol impuesto, la familia, la escuela, en fin, todos los mecanismos de control informal actúen para forzar la adaptación a ese papel” (Larrandart, 2000, p. 90).

La historia y la vida les han hecho creer que son ellas las culpables, que han fallado como madres, que no supieron criar a sus hijos. La sociedad normaliza que sean quienes acompañan, quienes buscan ayuda, quienes lloran, quienes esperan despertarse por la noche, quienes justifican y buscan soluciones, quienes exigen responsabilidad a sus hijos e hijas, pero también quienes los sobreprotegen y les impiden crecer. Se les ha enseñado que deben soportar el sufrimiento en silencio, muchas veces recurriendo al consumo de psicofármacos para sobrellevar la carga, relegando su propia vida por el bienestar de los demás.

Ante este escenario, se hace imprescindible profundizar los cambios y problematizar lo expuesto no solo desde los espacios de decisión política, sino también desde las prácticas cotidianas. Es necesario cuestionar las herramientas con las que se aborda esta realidad y buscar nuevas formas de intervención que permitan generar transformaciones reales. Como señala Errandonea, citado por Cano (2010):

“Creemos que toda actitud reformista debe partir de una toma de conciencia muy clara sobre la profundidad de la transformación que debe acometerse” (p. 7).

Estas transformaciones deben atravesar tanto el marco teórico y las políticas públicas como, principalmente, la práctica diaria. Las desigualdades de género no se limitan al ámbito político, económico o cultural, sino que también se expresan en el hogar, en la escuela, en los centros de primera infancia, en los dispositivos de tratamiento, en el trabajo y en la vida cotidiana. Por ello, es fundamental que las instituciones y los equipos de trabajo cuestionen el papel que juegan en la reproducción de los roles de género a través de sus prácticas e intervenciones diarias. Se trata de asumir una postura crítica y de promover un trabajo conjunto con los propios actores involucrados, incluyéndolos en el proceso de transformación. Como señala Lamamoto (1999):

“...desarrollar la capacidad de descifrar la realidad y construir propuestas de trabajo creativas y capaces de preservar y efectivizar derechos, a partir de demandas emergentes en lo cotidiano, en fin ser un profesional propositivo y no solo ejecutivo” (p. 20, 27).

Finalmente, este trabajo pretende aportar a la discusión de una temática profundamente arraigada en el imaginario social y en las prácticas cotidianas de familias, mujeres, hombres, instituciones y equipos de trabajo. A pesar de los avances y cambios ocurridos en los últimos años, la desigualdad de género sigue teniendo un impacto significativo en la vida de las personas y, como se ha observado, muchas veces las condiciones y las determina.

Si bien los temas de familia, género y drogas han sido ampliamente estudiados y discutidos, existe escasa bibliografía sobre el papel de los referentes socioafectivos. Desde esta humilde posición, este trabajo busca ser un aporte teórico, pero fuertemente impregnado de la práctica y del sentimiento cotidiano en el trabajo con quienes lo acompañan. Es desde esa práctica donde surge el interés por continuar con la reflexión, la intervención y el “acompañamiento a quienes acompañan”.

Como expresa una persona cercana:

“Es muy fácil hablar y discutir de género en la universidad, en los colectivos, en los partidos políticos, en la cultura, en los equipos técnicos, porque son lugares obvios de discusión de estos temas... hay que ir a los barrios, a los asentamientos, a las chacras, ahí donde no hay tiempo ni recursos para pensar en la deconstrucción, porque muchas veces se piensa solamente en sobrevivir” (comunicación personal, 2023, noviembre, 1)

## Referencias bibliográficas

- Barrán, J.P. (1998) Historia de la vida privada en el Uruguay. Entre la honra y el desorden 1780-1870. Uruguay.
- Barrán, J.P. (2004). Historia de la sensibilidad del Uruguay. Tomo II: El disciplinamiento (1860-1920). Montevideo.
- Bohoslavsky, R. (1971). Reflexiones sobre salud y enfermedad. Revista Argentina de Psicología. Argentina.
- Bourdieu, P. (1998) La Dominación masculina. París.
- Bourdieu, P.; Passeron, J.C. (1979) La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Barcelona.
- Burín, M. (1990) Mujeres y psicofármacos. La búsqueda de nuevos caminos. Cap. 9. En El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires.
- Burín, M. y Meler, I. (2000) Varones. Género y subjetividad masculina. Buenos Aires.
- Butler, J. (1999) El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. México.

- Cano, A. (2010) Tres preguntas para la renovación de la enseñanza. En: Revista En Diálogo. Extensión Universitaria. UDELAR. Montevideo.
- Carballeda, A. (2001). Las políticas sociales y la esfera de la familia: crisis de legitimidad y representación. Reflexiones interdisciplinarias un aporte al Trabajo Social. Argentina.
- Carril, E. (2003) Masculinidad, sexualidad y violencia. En: primer encuentro universitario Salud, género, derechos sexuales y reproductivos. UDELAR. Montevideo.
- MIDES. (2014) Cuidados como Sistema. Propuesta para un modelo solidario y responsable de cuidados en Uruguay. *Sistema de Cuidados - GUB.UY* ([www.gub.uy](http://www.gub.uy))
- Montesinos, R. (2004) La nueva paternidad: expresión de la transformación masculina. Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial.
- De Beauvoir, S. (2000). El segundo sexo. Primera parte. Río de Janeiro.
- De Barbieri, T. (1993). Sobre la categoría género: una introducción teórica- metodológica. Revista Debates en sociología N° 18. México.
- De Jong, E. (2001) La Familia en los albores del nuevo milenio. Reflexiones interdisciplinarias: un aporte al Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social. Buenos Aires.
- Dell'Acqua, C et al (2012). La gestión de riesgos: Un camino hacia el abordaje de la problemática de drogas. Junta Nacional de Drogas. Montevideo. Uruguay
- De Martino, M. (2005). Con relación al concepto género. Documento de trabajo N° 27. DTS. FCS. Montevideo.
- De Martino, M (2011). Prácticas Profesionales en el Campo Socio-Jurídico. Notas sobre una institución burocratizada. CSIC. Montevideo.
- Donzelot, J. (1986) La policía de las familias. Río de Janeiro.

Dornell, T., Sandre, S. y Aguirre, M. (2014) El Cuidado Humano como Autonomía en la Vejez y el Envejecimiento. En: Carmen Inés Lera (compiladora) Debates y propuestas de Trabajo Social en el marco del Bicentenario. Universidad Nacional de Entre Ríos. UNER. Facultad de Trabajo Social 1ª ed. Argentina.

Engels, F (1981) El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Moscú.

Fassler, C; Cabella, W; Peroni, G. (2007) La familia y sus transformaciones, desafíos para el sistema educativo. En: Educación sexual, su incorporación al sistema educativo. ANEP. Montevideo.

Fernández, A. (1993) La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires.

Fernández, S. (2001) Mujeres y uso de drogas. Uruguay.

Friedler, R (2007) Hacia una nueva corporalidad. Montevideo.

Foucault, M. (1996). El sujeto y el poder. En: Revista de Ciencias Sociales. Dpto. de Sociología. FCS. Fundación de Cultura Universitaria, Revista N° 12. Montevideo.

García, S; Raggio, C; Stagno, A. Familia y Redes (2000) Ficha realizada por el Centro de Formación y Estudios de INAU y el equipo docente del Dpto. de Trabajo Social, FCS, UDELAR. Montevideo.

Giddens, A. (1989) La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Madrid.

Heller, A. (1998) A concepção da família no estado de bem-estar social. Em: Revista de serviço social e sociedade. N° 45. Madrid.

Heller, A. (1970) Historia y Vida Cotidiana. Madrid.

Iamamoto, M. (1999) Renovación y conservadurismo. La metodología en el Servicio Social: lineamiento para el debate. Brasil.

- Junta Nacional de Drogas (2019) VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas. [https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII\\_ENCUESTA\\_NACIONAL\\_DROGAS\\_POBLACION\\_GENERAL\\_2019.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII_ENCUESTA_NACIONAL_DROGAS_POBLACION_GENERAL_2019.pdf)
- Lamas, M. (1995) Algunas dificultades en el uso de la categoría género. La Ventana. Revista de estudios de Género. Guadalajara.
- Larrandart, L. (2000). El paradigma de género. De la cuestión criminal a la cuestión humana. En: control social de Derecho Penal y Género. Argentina.
- Lasch, C. (1991) Refugio en un mundo sin corazón. La familia: ¿santuario o institución sitiada? Río de Janeiro.
- Levi-Strauss, C. (1969) Las estructuras elementales del parentesco. Buenos Aires.
- Lipovetsky, G. (1999) La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino. Barcelona.
- Mioto, R. (1997) Familia y Servicio Social. Contribuciones para el debate. En: Servicio Social y Sociedad. Año XVII N° 55. San Pablo.
- Palomar, V. y Suárez, G. (2007) Los entretelones de la maternidad a la luz de las mujeres filicidas. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.
- Parsons, T. (1970) La Estructura Social de la familia. Barcelona
- Pérez de Sierra, I., Quesada, S. (2016) Género y masculinidades. Miradas y herramientas para la intervención. INMUJERES-MIDES. Montevideo.
- RENADRO (2023) Programa tratamiento registra. [https://tratamiento-registra.presidencia.gub.uy/tratamiento\\_registra/servlet/login](https://tratamiento-registra.presidencia.gub.uy/tratamiento_registra/servlet/login)

- Rodríguez, S (2006) La metamorfosis de las familias. Maestría en Derechos de infancia y políticas públicas. UNICEF. Montevideo.
- Romero, M. y Gómez, C. (1997) La mujer embarazada con problemas de adicciones: consideraciones de género, investigación y tratamiento. Perinatología y Reproducción Humana. Argentina.
- Romo, N. (2005) Género y uso de Drogas: la invisibilidad de las mujeres. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Granada.
- Ruiz, J.I. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. Capítulo 3: Diseños y estrategias metodológicas en los estudios cualitativos. España.
- Sánchez, L (2008). Género y drogas. Guía informativa, plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia. Galicia.
- Sartre, J.P. (1960) Crítica de la razón dialéctica. Losada. Buenos Aires.
- Uruguay (2015, diciembre, 8). Ley 19.353. Creación del sistema nacional integrado de cuidados (SNIC). <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

# III. Espiritualidad y religiosidad en el tratamiento de los consumos

## Espiritualidad y religiosidad en los abordajes de los consumos problemáticos de sustancias

**Autora:** Lic. Psic. Vanessa Silva

**Tutor:** Dr. Marcelo Rossal

### Introducción

En el presente trabajo, me propongo realizar una revisión bibliográfica sobre el impacto de las creencias religiosas y la espiritualidad en aquellas personas que intentan cesar el consumo de sustancias. El interés en la temática surge a partir del trabajo en Dispositivo Ciudadela Ciudad del Plata, dado que gran parte de los usuarios que asisten al mismo, están vinculados a alguna institución religiosa o a prácticas espirituales. Sin embargo, predomina la vinculación a lo religioso. En este sentido, el recorte realizado serán las Iglesias Neopentecostales desde lo religioso y los Programas de Doce Pasos desde lo espiritual.

Resulta interesante poder diferenciar espiritualidad de religiosidad, siendo la espiritualidad más abarcativa, dado que en la religiosidad aparecen necesariamente aspectos espirituales, pero surge de forma necesaria la relación inversa. La religiosidad refiere principalmente a aspectos institucionales, la moralidad, el seguimiento de determinadas reglas, en cambio la espiritualidad refiere principalmente a la conexión con aspectos trascendentales.

En el presente trabajo se realizará un recorrido por diferente bibliografía que da cuenta de la importancia de los aspectos espirituales y religiosos como parte de los tratamientos de los consumos problemáticos de sustancias, así como los riesgos

que implican, debido a las lógicas de poder que se juegan en los mismos, principalmente cuando quienes se acercan a dichos espacios, presentan altos niveles de vulneración y vulnerabilidad.

## Fundamentación y antecedentes

En las entrevistas realizadas en el dispositivo mencionado, una gran parte de los 124 usuarios con problemáticas relacionadas al consumo de sustancias que se atendieron en el período marzo de 2022 - marzo de 2023, 37 estaban vinculados a alguna religión o expresan aspectos espirituales. Considerando que no es un aspecto que se releve en las entrevistas, quizás el número de los que asisten a alguna iglesia o han ingresado a centros religiosos como forma de cesar el consumo (comunidades religiosas de tipo neopentecostal) puede ser mayor, haciendo eco del discurso de dichas instituciones.

En principio me interesaba pensar en la espiritualidad como parte de los tratamientos de los consumos problemáticos de sustancias. Actualmente asistimos a la recuperación de las medicinas tradicionales, que hoy en día son consideradas medicinas complementarias o alternativas (Dubbini, et al. 2020) y desde el ámbito científico, cada vez más, se consideran los aspectos espirituales y religiosos como potencialmente terapéuticos. Pero considerando las diferencias entre espiritualidad y religiosidad, y teniendo en cuenta que la población con la que trabajo está relacionada en su mayoría a la religiosidad, consideré pertinente dar mayor atención a los aspectos religiosos.

A su vez, en Uruguay existen diferentes prácticas de religiosidad, por lo cual me enfocaré en las Iglesias Neopentecostales. En cuanto a espiritualidad, la investigación estará enfocada en los abordajes de los grupos de autoayuda con la metodología de los Doce Pasos, siendo éstos, los dispositivos con mirada espiritual a los que asisten los usuarios del servicio.

Realizando la búsqueda de antecedentes, encontré trabajos enfocados a las iglesias Neopentecostales (Milsev, 2022). En este sentido, puede trasladarse a nuestro país lo que plantea Negrón Velázquez (2007), en relación a que los tratamientos de índole religioso, entran en los barrios y llenan los vacíos del Estado (p. 27). Rossal (2017), también plantea en referencia a nuestro país, que aquellos dispositivos con menor exigencia para el acceso, son a su vez, los que presentan mayores exigencias

en relación a las moralidades, a la abstinencia absoluta y a la adopción del rótulo e identidad de adicto, haciendo referencia principalmente a los dispositivos de índole religioso y los dispositivos de autoayuda.

A diferencia de lo que podía esperarse en relación a la Iglesia Católica y su historia de trabajo con la marginalidad, en el territorio donde me desempeñé no hay una fuerte presencia de la misma.

En cuanto a las diferencias entre religiosidad y espiritualidad, en la bibliografía consultada, se menciona que no existe un acuerdo establecido en relación a lo que abarcan estos términos. En este sentido, se ha pensado a la espiritualidad como una parte necesaria de la religiosidad, la misma se desarrolla a partir de aspectos espirituales. Por otro lado, también se ha considerado a la religiosidad vinculada con lo institucional, lo moral, coercitivo, con las prácticas religiosas y en cambio, a la espiritualidad, se la vincula con aspectos liberadores, individualistas, de conexión con el universo, la trascendencia y la búsqueda de sentido y propósito de la vida. Es decir que, lo religioso está más vinculado con la institucionalidad, lo tradicional, mientras que la espiritualidad no está referida a esto necesariamente. La religiosidad cuenta con elementos espirituales, en cambio la espiritualidad no implica necesariamente lo sagrado-religioso, implicaría una visión más amplia del vínculo del ser con Dios, el Universo o aspectos trascendentales (Urchaga-Litago, et al. 2019; Villarreal-Mata, et al. 2020).

Por otro lado, en la espiritualidad también existen prácticas vinculadas con aspectos religiosos, Dubbini et al. (2020), plantean que existe relación entre la Medicina Tradicional Amazónica y el cristianismo, considerando que Jesús se presentó como mesías, hijo de Dios y sanador. En los rituales de ayahuasca y otras prácticas curativas en América Latina, los curanderos rezan y realizan cánticos invocando a los espíritus de las plantas curativas y muchas veces ruegan a Jesucristo y la Virgen María (p. 46).

Teniendo en consideración lo planteado por los autores, pienso en algo habitual que se escucha al preguntar acerca de creencias (pensando en charlas generales, no necesariamente en contexto de tratamiento), personas que plantean que creen en algo, una energía, incluso en Dios pero que no creen en las Iglesias. Como todo pensamiento es producto de la época histórica en la que vivimos, estas expre-

siones serían propias al individualismo contemporáneo, produciendo un auge de prácticas de espiritualidad (Riccó, 2020).

En cuanto a la bibliografía de la región consultada, algunos estudios han encontrado una asociación inversa entre dependencia de sustancias y espiritualidad (Bonelli y Koenig, 2013, citados por Dubbini, et al. 2020). En el estudio realizado a practicantes de Medicina Tradicional Amazónica, del Centro Takiwasi (comunidad terapéutica peruana fundada en 1992, centro de medicina integrativa), se menciona la relación entre la adicción y la búsqueda de significado espiritual o de llenar un vacío existencial.

Dubbini, et al. (2020), plantean que desde esta concepción, se considera que la curación debe contemplar la integración del inconsciente individual y colectivo a la conciencia de la persona, lo cual se realizaría a través de un proceso psicoterapéutico. Pero por otro lado, el exorcismo de los espíritus malignos (p. 45). En cada ritual, se realiza un encuentro con estos espíritus (buenos y malos), siendo los espíritus buenos, aliados en el proceso de curación, considerados entidades de protección personal (p 46).

Villarreal-Mata (2020), realiza un estudio acerca de cómo aspectos como la inteligencia emocional y la espiritualidad correlacionan de forma positiva con el apego a los tratamientos en usuarios de alcohol y otras drogas. Dicho estudio se realiza en hombres adultos que se encuentran en tratamiento residencial en México. En cuanto a lo que considera como apego a los tratamientos, toma la definición de la OMS (2004), referida al cumplimiento por parte de los usuarios de las recomendaciones que realiza el prestador de salud. En este sentido, se consideran aspectos relacionados con el tratamiento, aspectos socioeconómicos y los relacionados con el paciente (Becoña, 2002; Ferrer et al., 2013; Grau-López et al., 2012; citados por Villarreal-Mata, et al. 2020, p. 104). Haciendo énfasis en los aspectos relacionados con los pacientes, se habla de la espiritualidad y la inteligencia emocional. Diferentes estudios señalan que la espiritualidad o las prácticas espirituales, se correlacionan con el menor uso de alcohol u otras drogas de forma sostenida en el tiempo (Gómez et al., 2016; Haber et al., 2011; Jankowski et al., 2013; Lyons et al., 2011; Miller y Bogenschutz, 2007, citados por Villarreal-Mata, et al. 2020, p. 105). La espiritualidad funcionaría como factor protector para el consumo de alcohol y otras sustancias (Alaei et al., 2017; Galanter, 2007; Kadam et al., 2017; Medlock et al., 2017; Robinson et al., 2011, citados por Villarreal-Mata, et al. 2020, p. 105).

En dicho estudio, Villarreal-Mata (2020), refiere que la espiritualidad se relaciona con creencias que condicionan las prácticas y conductas, principalmente por el sentido a la vida encontrado a través de la espiritualidad. En cuanto a la espiritualidad relacionada con aspectos religiosos, se menciona al sentimiento de culpa como posible determinante en la reducción de las conductas de consumo de sustancias.

Algunos estudios encuentran una relación positiva entre religiosidad y salud en términos generales, lo cual muchas veces está relacionado al apoyo y los vínculos sociales que se encuentran en las comunidades religiosas (Lim y Putnam, 2010, citado por Sarrazin, 2021).

Los autores plantean que la religiosidad brinda, contención, apoyo, identidad, autoestima, así como una nueva red vincular (Richard et al., 2000; Hodge et al., 2001; Dalgalarondo et al., 2004; Sánchez et al., 2004; Sánchez y Nappo, 2008; Silva et al., 2014 citados por Güelman, 2018, p.

166). Estos aspectos generalmente están dañados en las personas con consumos problemáticos de sustancias. A su vez, desde estas perspectivas, la curación se genera a partir de la conversión religiosa, la cual implica un cambio en la biografía del sujeto, en relación a la concepción y resignificación de sí mismo y del mundo, lo cual implica la modificación de conductas y la adhesión religiosa (Güelman y Ramírez, 2020; Güelman, 2018; Di Leo, 2019; Grippaldi, 2015; Camarotti, et. al. 2018). “En un contexto en el que el relativismo y el pluralismo desplazan a las certezas tradicionales, la creencia religiosa podría devolver un sentido de totalidad y confianza y una fuente de verdades que da por tierra con las angustias existenciales”. (Güelman, 2018, p. 167).

Los autores Urchaga-Litago, et al. (2019), plantean que:

...es difícil dudar de que las religiones, en general, y en particular las cristianas, favorezcan la Justicia, el Valor, la Humanidad y el Amor, la Templanza, y otras fortalezas de la Trascendencia, tales como la esperanza, la gratitud o el perdón. (p.313)

Dichos autores hacen énfasis en que las religiones, facilitan el poder encontrar el sentido a situaciones vitales que generan dolor, sufrimiento, brindan la capacidad de afrontamiento, regulan hábitos que resultan perjudiciales, entre ellos el consu-

mo de sustancias, establecen pautas morales de regulación interpersonal e intrapersonal, brindan apoyo emocional y social (Urchaga- Litago, et al, 2019; Algranti y Mosqueira, 2018; Di Leo, 2019).

En este sentido, viene a mi mente el relato de algunos usuarios, que plantean que necesitan cierta estructura que los oriente para llevar una vida diferente, realizar un cambio de vida, y esto lo han encontrado en la religión.

León Zarate y Caudillo Ortega (2021), realizan un estudio con el objetivo de conocer la relación entre la recuperación de las adicciones y la espiritualidad, en hombres y mujeres que asisten a programas de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos en México, dando como resultado que la asistencia a los grupos funciona como factor protector a través del desarrollo espiritual.

En lo que respecta a los grupos de los Doce Pasos, el programa considera a las adicciones como enfermedad del espíritu, es decir que ya en la base de su concepción, es determinante la espiritualidad, por lo tanto desde allí se van a ubicar para desplegar sus estrategias de tratamiento. Aquí entran en juego las diferencias en las concepciones de lo que son las adicciones o los consumos problemáticos de sustancias para entender las formas de abordaje.

En este sentido, la problemática debe ser considerada desde sus aspectos de condicionamiento socio-histórico-cultural, ya que, lo que en la actualidad se considera problemático, no lo fue en otro momento, no debemos olvidar que el consumo de sustancias estuvo presente desde los inicios de la humanidad.

Desde esta perspectiva, sitúo el tratamiento de las adicciones dentro del ámbito de la biopolítica como gobierno y gestión de la salud de la población a nivel macro (Foucault 2008), enmarcado en el proceso de medicalización de los problemas sociales (Foucault 1977, Conrad 2004), la creciente biologización -a partir de los años 1970- de los diagnósticos psiquiátricos anudada al criterio diagnóstico del DSM-IV (Russo y Venancio 2003), aunada al crecimiento exponencial de la industria farmacéutica y la administración de psicofármacos como respuesta a determinadas problemáticas ligadas al control social y el manejo de las desviaciones (Conrad 1992). (Lorenzo, 2012, Introducción, párr. 2).

Siguiendo a la autora y considerando la investigación que realizó en un Centro de día en Buenos Aires, donde el tratamiento se basa en el modelo de los Doce Pasos, así como el estudio de Camarotti et. Al (2018) también en programas basados en los Doce Pasos; plantean que este modelo responde a las concepciones antes mencionadas, dado que se plantea que la adicción (pensada en singular, como algo único e igual para todos), es una enfermedad crónica, física, psicológica, espiritual, de la voluntad, relacionada directamente con la moralidad, por lo tanto el tratamiento es de por vida. Desde este modelo, la persona adquiere el rótulo de adicto, el cual lo define durante toda su vida, se consideran los pares sucio-limpio, agregando en la rotulación el estar en recuperación, cuando se está limpio, siendo la abstinencia el único objetivo. La identidad de la persona se conforma en relación a ser un enfermo, tener la mente enferma, a identificarse.

Considerando estos aspectos, puede relacionarse con el planteo que hace Goffman (1963/2006) acerca de los estigmatizados, ya que si bien los grupos son anónimos, llevan la marca de adicto o adicto en recuperación, apropiándose de los discursos de otros, que indican qué debe pensar la persona de sí misma, por tanto de su propia identidad. Se les dice qué deben hacer y dejar de hacer, con el respaldo de que se hace en su propio beneficio.

Desde esta concepción de enfermedad crónica, el usuario no puede curarse, sino que se encuentra en estado de recuperación, mientras no vuelva a tomar contacto con las drogas (Camarotti, et. Al, 2018).

La adicción es una enfermedad física, mental y espiritual que afecta a todos los aspectos de nuestra vida. El aspecto físico de nuestra enfermedad es el consumo compulsivo de drogas: la incapacidad de parar de consumir una vez que hemos empezado. El aspecto mental es la obsesión o el deseo abrumador de consumir aunque estemos destrozando nuestra vida. La parte espiritual es nuestro egocentrismo total. Se trata de una enfermedad progresiva, incurable y mortal" (Narcóticos Anónimos 1991:17). (Lorenzo, 2012, La concepción de enfermedad, párr. 1).

Grippaldi (2015), realiza un estudio en una comunidad terapéutica y en un grupo de narcóticos anónimos, donde busca demostrar que estas organizaciones, intentan dar sentido a las vidas de quienes allí ingresan, como parte del tratamiento

para cesar el consumo de sustancias, principalmente desde preceptos que indican lo que moralmente se debe hacer y la transformación de las creencias. En este sentido, resulta fundamental la palabra de *el otro*, un par, un igual, quien recibe al recién llegado y transmite lo vivido y las normas de las instituciones, reproduciendo así las bases de las organizaciones. En este sentido puede relacionarse con el estigma propuesto por Goffman (1963/2006), especialmente cuando menciona la concepción de que el verdadero grupo del individuo estigmatizado, es aquel conformado por los “compañeros de infortunio” (p.134). Este mismo grupo que apoya, sostiene, debido a las características comunes compartidas que generan la identificación mutua, el ser susceptibles de padecer los mismos sufrimientos y carencias, es a su vez, el grupo que puede funcionar como descrédito (p. 134).

En el estudio realizado por Camarotti, et al. (2018), a instituciones de índole espiritual (NA), como religiosas (Iglesia católica y evangélica), los referentes de las mismas, también conceptualizan a los consumos problemáticos directamente relacionado con la pérdida del sentido a la vida y de los valores como la sencillez, el trabajo, la familia, en las sociedades contemporáneas. El consumidor sería la expresión exacerbada de la sociedad, que vive fuera de Dios, siendo la sustancia, el elemento que intenta llenar el vacío existencial.

Güelman y Azparren (2017), también realizan un estudio acerca de los tratamientos religiosos de los consumos de sustancias en Buenos Aires y los referentes de dichas instituciones consideran a los abusos de sustancias como enfermedades del espíritu, como síntoma de la pérdida de sentido de la vida, relacionado con los valores imperantes de la modernidad, siendo los valores tradicionales de sencillez, trabajo y oración, recuperados a través de la vida en comunidad.

En relación a la bibliografía encontrada en nuestro país, Milsev (2022b), realiza un estudio sobre la iglesia Neopentecostal Misión Vida para las Naciones, su anclaje en el territorio desde Argentina, iglesia que es encargada de llevar adelante los Hogares Beraca, en los cuales han ingresado usuarios del dispositivo donde trabajo.

El arribo al país se remonta a los años ochenta y se ha visualizado el auge de la misma y su mayor presencia, en particular en los sectores populares, brindando apoyo social y referentes carismáticos, allí donde el Estado está ausente (p. 81).

Los orígenes de la Iglesia Pentecostal, se remontan a las inmigraciones desde Rusia y Ucrania a fines de los años veinte del siglo pasado. Estas iglesias tenían la

característica de ser étnicas. En los años 40, arriban misiones con grandes campañas de sanación. Es a fines de los ochenta que se instalan las mega-iglesias, Dios es Amor y la Iglesia Universal del Reino de Dios, desde Brasil; y Ministerio Ondas de Amor y Paz desde Argentina: "...la iglesia comenzó a llevar adelante una fuerte actividad de evangelización acompañada de servicios de asistencia entre los sectores más desfavorecidos...". (Milsev, 2022b, p. 85). En los años noventa, entra en crisis la iglesia madre en Buenos Aires, y el matrimonio de pastores representantes que se encontraban en Uruguay (pastor Márquez), deciden crear una nueva iglesia como forma de separarse del escándalo por el cual se estaba pasando (líder de la iglesia en Bs. As. acusado de adulterio con mujeres de la comunidad). En este momento surge Iglesia Misión Vida para las Naciones (IMVN).

Algunas de las características que cuenta la iglesia para ser considerada Neopentecostal, se resumen en:

De tal caracterización, la IMVN presenta algunos de sus puntos: tiene como líderes a figuras carismáticas, "atrae a las capas sociales menos favorecidas", se opone fuertemente a las manifestaciones religiosas y espirituales no cristianas, estimula intensivamente las expresiones emotivas, propone soluciones espirituales para problemas del campo social, emplea intensamente los medios de comunicación -pero especialmente las redes sociales- y "se estructura empresarialmente con una amplia circulación de dinero". (Oro 1992, en Frigerio 1994, citado por Milsev, 2022b, p. 86).

La iglesia se organiza de forma vertical, siendo Márquez el apóstol, dicho título concedido por Dios, por debajo se encuentran los pastores, por debajo de estos, la familia simbólica, conformada por el matrimonio de pastores que encarnan a las figuras paterna y materna en los Hogares Beraca y por debajo las reuniones horizontales de fieles, que cuentan con líderes.

Las comunidades Beraca, surgen en el año 2002, en el marco de la crisis económica que atravesaba el país, recibiendo a población en situación de vulnerabilidad y marginación, en el caso de varones, generalmente en situación de consumo problemático (Milsev, 2022b; Milsev, 2022a). Desde ese momento y hasta la actualidad, estos Hogares a veces funcionan como única alternativa para ciertos sectores de la sociedad a quienes las políticas estatales no alcanzan y que luego del ingreso

allí, no son visualizados ni garantizados sus derechos. Estos Hogares no están reglamentados ni regulados dentro de las instituciones que brindan tratamiento para los consumos problemáticos, ya que no se definen de esta forma, pero a su vez, en la práctica, trabajan con estas poblaciones, bajo sus propios criterios.

Estos hogares funcionan como una familia, donde los internos deben guiarse por las pautas establecidas por el matrimonio de pastores y a su vez, en la jerarquía, existe la figura de hermano mayor o líder, la cual es ocupada por aquellos que ya asistieron al proceso de conversión. Cabe destacar que en esta estructura de poder, existe la posibilidad de acceder a determinados lugares de poder sin la necesidad de tener una instrucción académica, por lo tanto, este proceso resulta atractivo para personas de sectores populares que no podrían tener prestigio ni acceder a beneficios materiales de otra forma (Milsev, 2022b).

La autora también realiza una investigación etnográfica en Hogares Beraca para mujeres que presentaban consumo problemático de sustancias. En la misma, a través de los relatos de las propias protagonistas, se da cuenta de las experiencias previas al ingreso y la posterior conversión religiosa que se genera en la permanencia en estos hogares (Milsev, 2022a).

Estas prácticas de tutelaje someten a la obediencia y el adoptar prácticas, formas de ser y estar asimiladas a lo que estos grupos consideran la normalidad. Como plantea Rossal (2017), el tutelar, ha servido para encerrar al diferente, para domesticarlo, sin considerar la perspectiva de derechos humanos. Cabe considerar, que en relación a prácticas de tutelaje, no nos reducimos únicamente a comunidades religiosas, sino que desde el modelo biologicista, el encierro ha sido una práctica habitual, particularmente en lo que refiere a salud mental. A su vez, considerando que estas concepciones parten de la propia sociedad y no pueden separarse de ella, es lo que muchas veces los propios usuarios reclaman y se terminan naturalizando prácticas de sometimiento siendo consideradas necesarias para encaminar al desviado. "Esto es necesariamente así puesto que para la cura es imprescindible la adherencia, para la adherencia es necesario el sometimiento y para la salud es necesario asumir la enfermedad, la adicción, y por tanto su discurso". (Rosal, 2017, p. 82).

En este sentido, puede relacionarse también con los dispositivos de encierro estudiados por Foucault (1975/2002) y los cambios en relación a las penas, en la antigüedad, los castigos se reducían a la pena física, al sufrimiento en el cuerpo, en

la actualidad, estos castigos han sufrido la transformación hacia la suspensión de derechos. En cuanto a estos aspectos, observamos nuevamente a la persona con consumo problemático, considerada desde los aspectos médicos y jurídicos, como enferma y a su vez como culpable:

Y finalmente lo que se trata de reconstituir en esta técnica de corrección, no es tanto el sujeto de derecho, que se encuentra prendido de los intereses fundamentales del pacto social; es el sujeto obediente, el individuo sometido a hábitos, a reglas, a órdenes, a una autoridad que se ejerce continuamente en torno suyo y sobre él, y que debe dejar funcionar automáticamente en él. (Foucault,1975/2002, p. 121)

En estos espacios, las características que se repiten en los usuarios es la fragilización, precarización, exclusión de las personas que llegan a estos dispositivos, donde permanecen durante años y son olvidados por las políticas de Estado y por la sociedad. En este contexto, resulta de mayor facilidad que quienes ingresan a estos centros, tomen lo que se les brinda, dado que cuentan con pocas o ninguna oportunidad, debido a las pérdidas por las que han atravesado en sus biografías.

Otro aspecto a destacar, como ya fue planteado anteriormente, es la cercanía entre los referentes de estos centros y las personas que ingresan, perteneciendo generalmente a los mismos sectores sociales y a su vez, atravesando las mismas problemáticas, muchas veces los líderes son personas que tuvieron consumo problemático de sustancias.

En lo que refiere a la conversión, poco tiempo después del ingreso a estas instituciones, el relato de quienes allí se encuentran, pasan a estar signados por la referencia a Dios, atribuyéndole el poder de llevar adelante determinados comportamientos, recuperación de vínculos, el resistirse al consumo, entre otros (Milsev, 2022a).

## **Marco conceptual**

En lo que refiere a los tratamientos por consumo de sustancias, debemos considerar que a lo largo de la historia, han cambiado las concepciones en relación a lo que son las adicciones, los consumos problemáticos y los tratamientos a realizar.

En nuestras sociedades conviven las diferentes concepciones o modelos desde los que se intenta comprender la problemática, y han tenido una fuerte impronta el modelo jurídico, vinculado al prohibicionismo, la guerra contra las drogas, el adicto como delincuente; y por otro lado, el modelo médico, que considera a las adicciones como una enfermedad.

El binomio salud-enfermedad, no da cuenta de la interrelación entre estos factores, sino que uno de ellos, el valorado y legitimado, es jerarquizado y por tanto desplaza al otro. Desde esta oposición, toda forma de consumo ha sido calificada como categoría de enfermedad (Eira, 2013, p. 25). El autor plantea que en lugar de intentar comprender la relación entre estos componentes opuestos en apariencia, la droga ha sido colocada en un lugar de poder, de omnipotencia, generando por sí sola determinados efectos, se impone y toma el control de la vida de los sujetos. Es decir que la persona no tendría protagonismo ni responsabilidad al respecto, es algo que proviene del afuera y por tanto, *la curación*, también debería provenir del exterior. A su vez, reflexiona al respecto, cuestionando que si la adicción es una enfermedad, por qué se descalifica moralmente al individuo que padece una adicción. Conceptualizado desde este punto de vista, sería una enfermedad causada por ciertas predisposiciones y que el sujeto no elige, sino que *le toca*, relacionado a cierto destino. Considerar además, los sentimientos de culpabilidad que presentan los usuarios por estas mismas razones, lo cual es contradictorio, dado que si es una enfermedad, ¿cómo es posible ser culpable por eso?

Todo intento de explicación de los fenómenos, está multideterminado por factores socio-histórico-culturales que le otorgan sentido. Luego, podrán ser discutidos por teorías en la búsqueda de una explicación más cabal. Aquí nos enfrentamos al tema de la verdad y lo fluctuante del conocimiento, ya que lo que hoy es visto de determinada manera, mañana puede ser refutado.

Foucault (2004/2007), nos dice:

Creo que lo que tiene una importancia política actual es determinar con claridad cuál es el régimen de veridicción que se instauró en un momento dado: justamente aquel a partir del cual podemos reconocer ahora, por ejemplo, que los médicos del siglo XIX dijeron muchas necedades sobre el sexo. Recordar que los médicos del siglo XIX dijeron muchas necedades sobre el sexo no tiene ninguna importancia desde un punto de vista político.

Solo tiene importancia la determinación del régimen de veridicción que les permitió decir y afirmar como verdaderas una serie de cosas que, según lo que acertamos a saber hoy, quizás no lo fueran tanto. (p. 55).

En este sentido, resulta interesante considerar la evolución de las opciones de tratamientos para usuarios problemáticos de sustancias en nuestro país. Musto (2021), plantea que han existido dos generaciones de políticas de drogas, por un lado las generadas desde abajo, haciendo referencia al impulso desde la sociedad civil; y por otro lado, las generadas desde arriba, que se atribuye al impulso desde el Estado. Haciendo un poco de historia, la autora plantea que el primer impulso fue entre los años 1990 y 2005, cuando los mercados de sustancias psicoactivas comienzan su expansión, posterior a la apertura democrática. Las sustancias consumidas en forma predominante en esa época fueron alcohol, cocaína e inhalantes.

En cuanto a los tratamientos en la órbita pública, eran prácticamente escasos, limitándose a internación psiquiátrica en la capital del país (el llamado en ese momento Centro hospitalario de toxicología en Hospital Maciel y el Hospital Vilardebó).

Frente a este panorama, cobra importancia el empuje de la sociedad civil en la década de los noventa y se instalan tres tipos de abordajes diferentes: “los abstencionistas de base profesional, los abstencionistas de base religiosa y la reducción de riesgos y daños”. (Musto, 2021, p. 258). Es en esta década que se instalan en el país Narcóticos Anónimos, Fundación Dianova, Fundación Manantiales, Centro Izcalí, ONG Delta, ONG El Abrojo. En cuanto a las instituciones de base religiosa, se instalan Remar en 1993 y Beraca en 2002.

Este primer período de políticas de drogas impulsadas desde la sociedad civil, tiene su punto de desviación en el año 2001-2002, cuando el país pasa por una de las mayores crisis económicas y posteriormente aparece el problema de la pasta base de cocaína (PBC) (Musto, 2021; Rossal, 2017).

Es a partir del año 2005 que comienzan a impulsarse, con mayor dinamismo e inversión, las políticas desde el Estado, en primer lugar con las prestaciones mínimas del Sistema Nacional Integrado de Salud y posteriormente se estableció la Red Nacional de Atención en Drogas, con el liderazgo de la Secretaría Nacional de Drogas y en el año 2013, se firma un fideicomiso entre la Junta Nacional de Drogas,

el Ministerio de Salud Pública, el Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay, la Administración de Salud del Estado y la Corporación Nacional para el Desarrollo, para el financiamiento de dicha red (Musto, 2021, p. 261).

En la actualidad, se considera a la problemática de consumo de modo multifactorial, sin poder ser explicada únicamente desde una única perspectiva, en este sentido, también comienzan a considerarse los aspectos espirituales, desde una perspectiva que busca ser holística:

El modelo bio-sico-social-espiritual propone que el dolor y el sufrimiento causado por las adicciones son indicadores de que existe un elemento espiritual importante para el tratamiento de éstas. Por lo tanto, las necesidades espirituales deben ser exploradas y reconocidas, aún en personas que no pertenecen a ninguna religión, pues éstas pueden ser esenciales para alcanzar un estado de salud física y mental pleno. Si viéramos la espiritualidad como la búsqueda que realiza cada individuo para encontrarle significado y propósito a su vida (Coleman y Holzemer, 1999), el componente espiritual del modelo bio- psico-social debe dirigirse a facilitar el desarrollo de visiones de vida que hagan sentido para el participante y que promuevan una salud integral. (Negrón Velázquez, 2007, p. 31).

Como seres humanos, nacemos en condición de vulnerabilidad, respecto a otras especies, pero además, a lo largo de la biografía, atravesamos diferentes situaciones de vulnerabilidad que están signadas por características individuales, vinculares y a nivel macro, las condiciones institucionales y estructurales. El análisis de las trayectorias vitales, su carácter dinámico, es lo que nos permite poder comprender los procesos de las personas que presentan consumo problemático de sustancias, sin categorizar de forma estigmatizante, siendo capaces de reconocer la fragilización subjetiva, social e institucional de algunos sectores. (Di Leo, 2019).

En relación a las características principales de las personas que presentan consumo problemático de PBC, Musto (2021) plantea:

La reseña de los indicadores sociales asociados al consumo problemático de PBC en el país muestran que esta es una población altamente vulnerable desde el punto de vista socio económico: adulta, predominantemente

masculina, con bajos logros educativos formales, alta precariedad laboral y residencial. (p. 259).

Cabe destacar que si bien el consumo de PBC no es estadísticamente significativo en el país, -en la última Encuesta a Hogares realizada por el Observatorio Uruguayo de Drogas en el año 2018, el resultado fue que 1,4% de personas, declaran haber consumido PBC alguna vez en la vida (p.106)-, es de predominancia si consideramos quienes se acercan a solicitar tratamiento por consumo de sustancias. Considerar también, que dado el marco muestral del estudio en relación a los perfiles de quienes consumen este tipo de sustancias, quizás no aparezca representado, por lo cual estos datos deben ser manejados de forma cautelosa. Además, la mayor relevancia, debería estar puesta en las demás condiciones asociadas que aumentan la fragilidad y marginación de esta población.

Goffman (1963/2006) habla del estigma haciendo referencia a que la sociedad organiza a las personas en determinadas categorías con atributos propios, dando cuenta de lo esperable y lo no esperable para cada una de estas categorías. Se hace énfasis particularmente en aquellos atributos que desacreditan a cierto poseedor, pero que a su vez, en una relación de oposición, establece y confirma la normalidad de la otra categoría. Goffman habla de los desacreditados, que son aquellos que poseen un atributo diferente que puede ser percibido a simple vista; y los desacreditables, aquellos que pueden pasar desapercibidos, pero los atributos que desacreditan, pueden ser conocidos posteriormente y pasar a la otra categoría.

Considerando al autor, puede pensarse que la categoría de las personas consumidoras de PBC, principalmente pueden ser considerados desacreditados, dado que su aspecto físico y su comportamiento, da cuenta de su problemática, generando la distancia necesaria con aquellos considerados normales. Siendo los mismos usuarios de sustancias quienes hacen eco de ese autoestigma, planteando en muchas ocasiones, el querer llevar una vida *normal*.

## Reflexiones finales

La idea principal de esta revisión bibliográfica fue poder realizar un análisis reflexivo que permita comprender la importancia de la religiosidad y la espiritualidad en personas que deciden cesar el consumo de sustancias. En primer lugar, resulta fundamental el poder considerar las diferentes visiones que se han tenido a lo largo

de la historia acerca de aquellas personas que consumen sustancias, cómo han sido catalogadas, qué se considera consumo problemático y por ende, cómo se interviene a la hora de pensar en un cambio de dicha situación.

Nos encontramos con diferentes modelos que se han encargado de estigmatizar y decidir qué se hace con estas personas, colocándolas en un nivel de inferioridad y sin dar lugar a la voz de quienes están implicados, muchas veces, sin consideración de los derechos humanos. Estos modelos surgen a partir de la propia sociedad, donde todos estamos implicados y tenemos nuestra cuota de responsabilidad, dado que son modelos que aún se encuentran vigentes y conviviendo con aquellos que intentan dar protagonismo a las personas con estas problemáticas. En la actualidad asistimos a modelos que consideran al consumo problemático de sustancias como fenómeno complejo y multideterminado, por lo cual, es necesario la implicación de diferentes sectores de la sociedad para dar respuestas adecuadas a las necesidades de las personas. Pero este modelo, convive con aquellos punitivistas y disciplinarios.

Al plantearme realizar este trabajo, mi interés estaba centrado particularmente en los aspectos espirituales, pero dado mi ámbito de desempeño y la realidad del lugar, acoté mi estudio a los Programas de Doce Pasos, desde lo espiritual y a las Iglesias Neopentecostales desde lo religioso, dado la fuerte presencia en la vida de las personas que asisten al Dispositivo Ciudadela Ciudad del Plata.

En los estudios encontrados, aparece una relación positiva entre la espiritualidad y la religiosidad, y el apego a los tratamientos, así como al menor consumo de sustancias. A partir de las voces de los implicados, se ha constatado que el encontrar un sentido a la vida aparece como el mayor motivador, así como el apoyo y los vínculos sociales, el poder dar sentido al dolor y sufrimiento humano, la regulación de hábitos y conductas, la moralidad y el sentimiento de culpabilidad cuando se alejan de los ideales que proclaman.

En relación a lo estrictamente religioso, se habla de la conversión religiosa, es decir una reconfiguración en relación a la visión que se tiene de sí mismo y del mundo, generando una nueva identidad de la persona.

Podemos ver que algunas características se repiten en la concepción del Programa de Doce Pasos y las comunidades religiosas, por ejemplo lo que refiere a la conversión, el adicto debe convertirse a los preceptos morales y espirituales de los Doce Pasos, se interviene sobre los comportamientos; y en las Iglesias, el adicto

debe convertirse a la religión (Grippaldi, 2015; Güelman y Ramírez, 2020). Por otro lado, tanto estas instituciones de base religiosa como espiritual, basan la recuperación de las adicciones en la incorporación de los principios de practicar la religiosidad, una rutina de trabajo y la vida en comunidad (Camarotii, et. al. 2018). Este accionar para la modificación de las conductas, los pensamientos, las creencias, puede vincularse a lo que plantea Foucault (1975/2002) en relación a los castigos y cómo en las sociedades disciplinarias, el castigo ya no es sobre el cuerpo (o no lo es de forma exclusiva), sino sobre las almas: "Puesto que ya no es el cuerpo, es el alma. A la expiación que causa estragos en el cuerpo debe suceder un castigo que actúe en profundidad sobre el corazón, el pensamiento, la voluntad, las disposiciones". (p. 18). A través de estos mecanismos, se incorporan estas concepciones, se introyectan sin cuestionamientos, encontrándose deseosos de cumplir con estas normalidades, sometidos al control y solicitando el mismo. Según el autor, estos mecanismos disciplinarios crean cuerpos dóciles, sometidos, que aumentan las fuerzas del cuerpo, en el sentido de utilidad económica y por otra parte, disminuyen las fuerzas en un sentido político, vinculado a la obediencia (Foucault, 1975/2002).

Por último, considerando los puntos de convergencia entre estas modalidades de intervención, desde los Doce Pasos, se considera que son los adictos quienes pueden ayudar a otros adictos y a su vez, tienen la obligación moral de hacerlo, por lo cual deben transmitir el mensaje a otros que estén sufriendo de adicción (Grippaldi, 2015). En este sentido puede vincularse a la evangelización de las Iglesias, en cuanto a transmitir la palabra y congregar a los fieles.

Por tanto, los aspectos espirituales y religiosos funcionarían como factores protectores para el consumo problemático de sustancias, así como generan apoyo y sostén para el cese del consumo. Sin embargo, no podemos ser ingenuos en relación a la vulneración de derechos y a las presiones que se ejercen en algunas de estas instituciones, principalmente aquellas vinculadas con el poder.

Resulta fundamental poder escuchar las voces de quienes están implicados, conocer sus experiencias para considerar y problematizar las intervenciones, pudiendo significar la religiosidad y espiritualidad, un recurso más al momento de abordar la problemática desde la complejidad que la caracteriza.

## Referencias bibliográficas

- Algranti, J., Mosqueira, M. (2018). Sociogénesis de los dispositivos evangélicos de “rehabilitación” de usuarios de drogas en Argentina. *Salud Colectiva*.14 (2). 305-322. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1521>
- Camarotti, A; Güelman, M; Azparren, A. (2018) ¿Enfermedad, exclusión o pérdida del sentido de la vida?: Las causas que llevan a consumir drogas según referentes de programas religiosos y espirituales. *Socio Debate*; (7) 27-56. <http://hdl.handle.net/11336/177130>
- Di Leo, P. F., (2019). Construcción narrativa del yo y agencia en personas en tratamiento por consumo de drogas en organizaciones religiosas y espirituales. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (80), 8-26. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=495960725001>
- Dubbini, A., Mabit, J., y Politi, M. (2020). Potencial terapéutico de la espiritualidad y las experiencias místicas en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias. *Cultura Y Droga*, 25(29), 41–62. <https://doi.org/10.17151/culdr.2020.25.29.3>
- Eira, G. (2013). Los procesos de significación en las prácticas relacionadas con el consumo de pasta base. *Cuentos de “Gárgolas” y “Latas”*. *Athenea Digital*. 13 (3). 23-37. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v13n3.891>
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. En A. Garzón del Camino (trad) *Nueva Criminología y derecho*. Siglo veintiuno editores Argentina s.a. (Trabajo original publicado en 1975).
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France 1978-1979*. En H. Pons (trad) *Obras de Sociología*. Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 2004).
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1963).

- Grippaldi, E. (2015). Narrativas del yo y religiosidad en contexto de tratamiento por consumo problemático de drogas. *Culturas Psi* (4), 53-86. <https://www.researchgate.net/publication/360369904>
- Güelman, M. (2018). La rehabilitación del consumo de drogas como conversión. Un análisis de los programas de tratamiento de dos comunidades terapéuticas religiosas de redes internacionales. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Jujuy*. (54). 163-189. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6964219>
- Güelman, M.; Azparren Almeida, A. (2017) El anclaje territorial en los abordajes religiosos para el consumo de drogas en Buenos Aires, Argentina. *Revista Española de Drogodependencias* 42 (2) 43-55. <http://hdl.handle.net/11336/77915>
- Güelman, M.; Ramírez, R. (2020). Las cuatro "C": calle-cárcel-cementerio o conversión. Narrativas de transformación identitaria de residentes y ex residentes de comunidades terapéuticas religiosas en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Religião e Sociedade* 40(2) 171-194. <https://doi.org/10.1590/0100-85872020v40n2cap08>
- Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas. (2019). VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General Informe de Investigación.
- León Zarate, L, Caudillo Ortega, L. (2021). Espiritualidad en función de la recuperación de personas con programa de 12 pasos de alcohólicos anónimos. *Nure Investigación*. 18(113), 1-7. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8101175>
- Lorenzo, G. (2012). La adicción es una enfermedad física, mental y espiritual. Concepción de enfermedad y tratamiento de sujetos bajo consumo problemático de cocaína. *Gazeta de Antropología*, 28(2). <http://hdl.handle.net/10481/22925>
- Milsev Santana, M. (2022a). El abordaje pentecostal al consumo problemático de drogas. Fragmentos de una experiencia etnográfica en Montevideo. *Encuentros Latinoamericanos (segunda época)*, 6(1), 32-56. <https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/enclat/article/view/169>

- Milsev Santana, M. (2022b). Sobre la proyección del neopentecostalismo argentino en Uruguay: creencias, intervención social y activismo político en la iglesia Misión Vida para las Naciones. *Publicar*. (32). 79-101. <https://publicar.cganthropologia.org.ar/index.php/revista/article/view/16>
- Musto, C. (2021). Políticas de atención a usuarios problemáticos de sustancias psicoactivas : el caso uruguayo. En Pires, R. y Santos, M. (comp) *Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América latina: desafios e possibilidades de ação pública*. (pp. 255-285) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10782>
- Negrón Velázquez, G. (2007). Convergencias entre la perspectiva de fortalezas y la espiritualidad: Una perspectiva alterna para el tratamiento de las adicciones en Puerto Rico. *Análisis*, 8(1), 23–44. <https://doi.org/10.54114/revanlisis.v8i1.13436>
- Riccò, I. (2020). El auge de las medicinas alternativas y terapias New Age como respuesta a “la nueva crisis de la presencia”. *Quaderns De l’Institut Català d’Antropologia*, 36(1), 67–79. <https://publicacions.antropologia.cat/quaderns/article/view/241>
- Rossal, M. (2017). Tutelar a los pobres. Entre el paternalismo y la gubernamentalidad del liberalismo avanzado en la atención y tratamiento a personas que usan pasta base de cocaína en Montevideo. [Tesis de doctorado, Universidad de la República]. Academia. [https://www.academia.edu/105979927/Tutelar\\_a\\_los\\_pobres\\_Entre\\_el\\_paternalismo\\_y\\_la\\_gubernamentalidad\\_del\\_liberalismo\\_avanzado\\_en\\_la\\_atenci%C3%B3n\\_y\\_tratamiento\\_a\\_personas\\_que\\_usan\\_pasta\\_base\\_de\\_coca%C3%ADna\\_en\\_Montevideo](https://www.academia.edu/105979927/Tutelar_a_los_pobres_Entre_el_paternalismo_y_la_gubernamentalidad_del_liberalismo_avanzado_en_la_atenci%C3%B3n_y_tratamiento_a_personas_que_usan_pasta_base_de_coca%C3%ADna_en_Montevideo)
- Sarrazin, J. P. (2021). La relación entre religión, espiritualidad y salud. Una revisión crítica desde las ciencias sociales. *Hallazgos*, 18(36), 409-442. <https://doi.org/10.15332/2422409X.5232>

Urchaga-Litago, J. D., Morán-Astorga, C., y Fínez-Silva, M. J. (2019). La religiosidad como fortaleza humana. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*,1(1), 309–316. <http://hdl.handle.net/10662/10130>

Villarreal-Mata, J. L., Sánchez-Gómez, M., Navarro Oliva, E. I. P., Bresó Estavez, E., & Pérez Rodríguez, E. (2020). Inteligencia emocional y espiritualidad en el apego al tratamiento de adultos con adicciones al alcohol y drogas. *Know and Share Psychology*,1(4), 103-111. <https://doi.org/10.25115/kasp.v1i4.4345>

## IV. Terapias asistidas con psicodélicos

### Terapias asistidas con psicodélicos. Recorrido histórico y diseño actual

Autora: Lic. Psic. María Eugenia Oromí

Tutor: Dr. Ismael Apud

#### Introducción

“Si las puertas de la percepción quedaran depuradas, todo se habría de mostrar al hombre tal cual es: infinito.”

William Blake

El psiquiatra Humphry Osmond en la década de 1950 propone el término psicodélico, que proviene del griego *psyche* que significa mente y *delein* que significa develar, para referirse a sustancias que permiten “develar” o manifestar aspectos de la mente usualmente de difícil acceso (Osmond, 1957). Son sustancias que facilitan estados alterados de conciencia y según Apud et al. (2021) pueden ser clasificados en tres categorías:

1. *Psicodélicos clásicos*: también se los denomina psicodélicos serotoninérgicos, ya que actúan sobre los receptores 5HT<sub>2A</sub>. Dentro de este grupo se encuentran el LSD, la psilocibina y la mescalina. Los efectos que provocan son la alteración de las vías de percepción, creando efectos visuales y auditivos, pudiendo generar también efectos sinestésicos.
2. *Psicodélicos empatógenos*: también se los denomina entactógenos, o potenciadores de sentimientos, con distintos mecanismos de acción farmacológica. Dentro de este grupo se encuentran el MDA y MDMA. Estas sustancias

no generan alteraciones en la percepción como los psicodélicos clásicos, sino que aumentan el acceso a lo emocional, propiciando empatía, comunicación y contacto.

- 3. *Psicodélicos oneirogénicos*:** también denominados generadores de sueños o potenciadores de fantasías. Dentro de este grupo se encuentran la ibogaína y la ayahuasca. Estas sustancias producen visiones que, en su mayoría, no están relacionadas a alteraciones visuales, sino que se parecen más a imágenes que se evocan en sueños. Estas visiones pueden estar acompañadas de experiencias sensoriales a nivel corporal.

La palabra psicodélico comienza, en los años 1960, a asociarse a la música, arte y cultura popular de esa década, principalmente a través de movimientos contraculturales como el movimiento hippie. Es por esto que Ruck y su equipo (Ruck et al., 1979), consideraron necesario crear el neologismo “enteógeno” para distanciarse del movimiento psicodélico. Este neologismo, derivado de una palabra griega, significa “divinidad generada dentro”, y busca recuperar la dimensión más espiritual de estas sustancias que alteran estados de conciencia. Los enteógenos fueron usados para la búsqueda existencial de la humanidad desde el paleolítico, y aún hoy continúan relacionados a esta búsqueda en distintos rituales y religiones, como por ejemplo la medicina andina.

Sean llamadas psicodélicos o enteógenos, el uso de las sustancias que facilitan estados de conciencia alterados tiene probablemente miles de años, y forman parte de la historia de la humanidad. Se han utilizado de forma ritual, medicinal y recreativa en diversas culturas en todo el mundo. Hoy en día, distintos grupos indígenas utilizan “plantas maestras” que contienen psicodélicos en sus ceremonias y farmacopeas. En sus usos religiosos y/o espirituales, estas sustancias son vistas como sagradas, permitiendo un vínculo directo con lo divino y con el mundo espiritual (Apud, 2020). Sus usos originarios comenzaron en contextos rituales tradicionales, donde lo espiritual y lo médico se solapaba, es a partir de la ciencia moderna donde se retoma su uso e investigación con fines terapéuticos (Méndez, 2013).

La ciencia comienza a interesarse en el potencial clínico de las sustancias psicodélicas, observando los efectos psicológicos que generan, sobre todo desde el descubrimiento del LSD por Hoffman en 1943. Se da inicio a la investigación de estas

sustancias con el fin de demostrar su potencial en el tratamiento de alcoholismo, depresión y ansiedad (Méndez, 2013).

Como veremos a continuación, hubo una primera ola de investigaciones científicas con psicodélicos entre los años 1950 y 1970. Pero, en la década de 1970, las sustancias psicodélicas fueron incluidas en la lista 1 de la Convención de Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas, y esto implicó que fueran clasificadas como peligrosas, con gran capacidad adictiva y sin potencial terapéutico. Dada esta situación, hubo un descenso en las investigaciones durante las siguientes dos décadas, retomando fuerza en el llamado renacimiento de las investigaciones con psicodélicos a partir de 1990 (Méndez, 2013). Las investigaciones científicas con psicodélicos presentaron tres modelos que serán descritos a continuación: el modelo psicomimético, el psicolítico y el psicodélico.

### **Modelo psicomimético (Siglo XIX-mediados de siglo XX)**

Este modelo está relacionado a los primeros estudios sobre los efectos psicológicos propiciados por psicodélicos. La palabra “psicomimético” proviene de griego, *psicoto*, psicosis, y *mimesis*, imitación. En este modelo se entendía a ciertas sustancias como inductoras de estados de psicosis temporal y reversible. Las sustancias eran comprendidas como una forma de acceder al mundo fenomenológico del paciente para de esta manera poder comprenderlo mejor.

Primeramente, se experimentó con hachís, como lo hacía el psiquiatra Moreau de Tours en su *club des hashischins* en 1835. La idea era que el hachís era un inductor de una especie de “locura reversible”, y que el psiquiatra, pero también el artista, podían utilizarlo para entender mejor a la misma. Si bien el hachís no es un psicodélico, prontamente el modelo será trasladado a un psicodélico en particular, la mescalina.

A finales del siglo XIX Louis Lewin publicó su estudio sobre el peyote. Más tarde, Arthur Heffter identificó y aisló el principal componente activo del cactus peyote, la mescalina. De este modo, la mescalina fue el primer alucinógeno clásico en ser estudiado en profundidad por la ciencia (Méndez, 2013). Es en este momento, y bajo la influencia del modelo psicomimético, que se propondrá a la mescalina como un inductor de psicosis reversible. Dentro de los autores que estudiaron la mescalina en esta época, podemos mencionar a Louis Lewin, Havelock Ellis y Kurt Behringer (Apud et al., 2021).

En esos primeros momentos algunos investigadores sostenían que las enfermedades mentales podrían estar causadas por la acción de una sustancia alucinógena endógena. Se realizaron entonces una amplia cantidad de investigaciones clínicas al respecto, no siendo posible corroborar esta hipótesis; de esta forma el modelo psicotomimético fue gradualmente perdiendo fuerza (Méndez, 2013).

### Primera ola de investigaciones con psicodélicos (1950-1970)

Fue Albert Hofmann quien en la década de 1940 descubrió el LSD (Dietilamida del Ácido lisérgico) a partir del hongo que parasita el centeno, llamado cornezuelo. A partir de este descubrimiento es que se inaugura en la década de 1950 un creciente interés por el LSD, seguido posteriormente de otras sustancias como la psilocibina. Los hongos psicocíbicos cobraron notoriedad cuando en 1957 Wasson publica en la revista *Life* su experiencia con éstos en México. Luego de que Wasson le enviara muestras de hongos psicocíbicos a Hofmann, este logró sintetizar psilocina y psilocibina en el laboratorio (Méndez, 2013). Siguiendo a Porley (2022), “la compañía para la cual trabajaba, la farmacéutica Sandoz, encapsuló y distribuyó la psilocibina con fines científicos, tal como lo había hecho 10 años antes con el LSD” (p.7). Además de aislar y sintetizar los compuestos psicoactivos de plantas alucinógenas, se sintetizaron en laboratorios otras sustancias de origen artificial con efectos sobre la conciencia humana y con potencial terapéutico como el MDMA y la ketamina (Méndez, 2013).

En 1950 la corriente de mayor influencia en la psiquiatría era el psicoanálisis. Distintos psicoanalistas encontraron en el uso de sustancias psicodélicas en dosis bajas, una vía de acceso rápido al inconsciente y un modo de profundizar y acelerar el análisis (Apud et al., 2021), de esta forma se comienza a investigar el uso de LSD y la psilocibina como coadyuvantes terapéuticos. Se identificó que algunas personas podían expresar elementos reprimidos de su historia bajo los efectos de LSD. Esto llevó a la administración controlada de dosis bajas de LSD en sesiones de terapia psicoanalítica (Méndez, 2013). A nivel nacional en esas décadas Rey, Duarte, Bayley, Berta, Silvera, Gaspar y Severino realizan estudios con LSD y psilocibina, replicando y retomando lo que sucedía en la escena internacional de la época (Apud et al., 2021). Esto se enmarca en el llamado modelo psicolítico.

El tercer modelo fue el psicodélico, y se caracterizó por usar dosis altas para provocar experiencias “trascendentales”, que modificaran en el paciente la visión

de sí mismo y del mundo (Apud et al., 2021). Los primeros en utilizar este modelo fueron Humphry Osmond y Abram Hoffer en Canadá. Estos psiquiatras usaban LSD en dosis altas para tratar el alcoholismo (Pere et al., 2020). Al comienzo buscaron reproducir un estado similar al delirium tremens para propiciar un punto de inflexión en el tratamiento del uso problemático de alcohol, concluyendo posteriormente que eran las experiencias místicas las que generaban un mayor cambio terapéutico (Apud, 2017).

Yensen (1998) plantea que la diferencia entre el modelo psicolítico y el modelo psicodélico radica en dónde ponen el acento de la experiencia:

El acento del enfoque psicodélico está en que las experiencias cumbre o de tipo místico, son potencialmente curativas y psicoterapéuticas, lo cual es muy distinto del paradigma del coadyuvante psicoterapéutico psicolítico, donde el énfasis principal está en la facilitación de la psicoterapia (p. 49).

En esta primera ola de investigaciones con psicodélicos, en la Universidad de Harvard, existió un proyecto llevado adelante por Leary y Alpert, en cuya primera experimentación trabajaron con 175 personas a las que se les administró psilocibina, obteniendo como resultado que más de la mitad de estas personas coincidieron en considerar a la experiencia como enriquecedora. En 1961, investigaron si la experiencia con psicodélicos podía relacionarse con la no reincidencia de 35 personas presas en la prisión de Concord con quienes trabajaron. Obtuvieron resultados prometedores con esta investigación, pero fue muy criticada a nivel metodológico (Porley, 2022). Si bien las investigaciones de Leary fueron importantes en la época, fue el mismo Leary quien introdujo el LSD en los movimientos contraculturales de la época, llevando a que los mismos formaran parte de una “revolución cultural” que el gobierno de Estados Unidos consideró peligrosa, y que culminó en la prohibición de los psicodélicos a nivel internacional.

### **Prohibicionismo y psicodélicos (1970-1990)**

Después de esta primera ola de investigaciones sobre psicodélicos a nivel mundial, que tuvo lugar entre 1950 y 1970, la actividad se vio interrumpida por barreras político-legales. Un momento clave en este proceso fue la declaración de guerra a las drogas de Nixon. Es en los 70 que los psicodélicos fueron clasificados en la

lista 1 de sustancias prohibidas, sin tener en cuenta investigaciones que mostraban el potencial medicinal de los mismos (Apud et al., 2021), generando que las investigaciones en esta área disminuyeran.

Uruguay ratificó las convenciones que clasifican a los psicodélicos en la lista 1 de sustancias prohibidas, por lo que en nuestro país también disminuyen las investigaciones. Pere y su equipo sostienen que el prohibicionismo, para validar disposiciones político-morales de su interés, se esfuerza porque estas sean consideradas científicas y neutras a nivel ideológico, y en este afán, ignoran resultados de investigaciones que no se ajustan a lo que disponen.

El modelo prohibicionista surge en medio de la hegemonía del médico, la farmacéutica e intereses políticos de control, donde argumentos político-morales eran montados en lenguajes tecno-científicos, con escasa calidad, y desconociendo que la mayor parte de la evidencia científica iba en otra línea. En este sentido, entendiendo en clave política la guerra contra las drogas de Nixon, la misma estuvo más relacionada a la conexión de las sustancias psicodélicas con los movimientos contraculturales de la época que a peligros de estas sobre la salud.

Siguiendo a Porley (2022), por 1965 la farmacéutica Sandoz discontinuó el Indocybin (psilocibina) y el Delysid (LSD), por la mala prensa que estaban teniendo las sustancias psicodélicas en esa época. Organismos como el NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) produjeron conocimientos sobre los problemas generados por las drogas desde el paradigma prohibicionista, sin tomar en consideración otras formas de relacionarse con las drogas como la recreación, la práctica religiosa y los potenciales beneficios terapéuticos (Pere et al., 2020).

Sin embargo, hubo estudios etnográficos con psicodélicos que continuaron desarrollándose durante esta etapa, así como también subsistieron prácticas y formaciones en lo que Pollan denominó el *underground* psicodélico (Porley, 2022), así como su uso en contextos sagrados y religiosos con fines espirituales, medicinales y terapéuticos (Apud, 2017).

## Renacimiento de investigaciones con psicodélicos

A partir de 1990 se retoma la investigación y experimentación sobre posibles usos clínicos de psicodélicos, aumentando progresivamente el número de investigaciones y experimentaciones al respecto, sobre todo en países como Reino Unido,

Alemania, Brasil, Estados Unidos y España. Parte de este cambio ha sido la progresiva pérdida de fuerza del paradigma prohibicionista, el surgimiento de estrategias de reducción de riesgos y daños, y la necesidad de nuevas políticas en la regulación de las drogas (Pere et al, 2020). A su vez, el creciente uso de psicodélicos en contextos religioso-espirituales, algunas iniciativas terapéuticas con resultados favorables, el apoyo en la investigación de instituciones como *Scientific American* y el trabajo de organizaciones como MAPS (*Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies*) y *Heffner Research Institute*, llevaron a un aumento considerable de investigaciones en el campo de la medicina, la psiquiatría y la antropología (Ona et al., 2015).

Por ejemplo, investigaciones sobre el uso de psilocibina para el tratamiento de la depresión mayor han sido nombradas como terapia revolucionaria por la FDA (*Food and Drug Administration*) en Estados Unidos, ya que estudios clínicos muestran una mejora en el tratamiento con respecto a otras terapias existentes. Hay también investigaciones en fase III sobre uso de MDMA para el tratamiento de estrés post-traumático que muestran resultados perdurables (Apud et al., 2021).

Actualmente la investigación con psicodélicos se centra en los posibles usos terapéuticos en trastornos como ansiedad, consumos problemáticos de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo, depresión y estrés post traumático, de sustancias como psilocibina, LSD, MDMA y ayahuasca, en ambientes controlados y seguros. Siguiendo a Ona et al. (2015), estas investigaciones con metodologías científicas, algunas de las cuales usan técnicas de neuroimagen, muestran resultados prometedores, pero también incertidumbres que nos muestran la importancia de continuar investigando.

Dentro de las investigaciones con mayores avances tenemos los estudios con psilocibina. Hay por ejemplo investigaciones recientes con microdosis de psilocibina, dentro de las que podríamos mencionar:

- ✓ Cavanna et al. (2022), investigan los efectos de dosis bajas de *Psilocybe cubensis* sobre el comportamiento, la creatividad, la percepción, la cognición y la actividad cerebral subyacente (medida con EEG). Trabajaron con 34 personas a las que se le administró una cápsula de gel con 0,5 g de *Psilocybe cubensis* seca o placebo inactivo. En esta investigación concluyeron que microdosis de psilocibina pueden generar efectos subjetivos y ritmos EEG alterados, pero no lograron evidencia que respalde un mayor bienestar, creatividad y función cognitiva.

- ✓ Marschall et al. (2022), trabajaron con 52 personas, buscaban investigar si la microdosis de psilocibina reduciría los síntomas de ansiedad y depresión, aumentaría el tiempo de procesamiento necesario para identificar emociones negativas y si aumentaría la conciencia interoceptiva. En esta investigación no encontraron ningún efecto de la microdosis en el aumento de la conciencia interoceptiva, ni sobre el procesamiento de las emociones, ni en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión.

También hay investigaciones clínicas con macrodosis de psilocibina. Por ejemplo, para el caso de la terapia asistida con psilocibina en el tratamiento de usos problemáticos de drogas, tenemos dos estudios de relevancia:

- ✓ Johnson et al (2014), trabajaron con 15 hombres fumadores dependientes de nicotina, a través de dos sesiones de psilocibina (20 a 30 mgr cada 70 kg de peso de la persona) y tratamiento semanal para dejar de fumar. Los resultados de esta investigación arrojaron que el 80% de los participantes se mantuvo sin fumar a los seis meses.
- ✓ Bogenschutz et al (2022), realizaron un ensayo clínico aleatorizado y doble ciego, con 95 personas diagnosticadas con alcoholismo, a través de dos sesiones de psilocibina (25 a 40 mgr cada 70 kg de peso de la persona), más psicoterapia de mejora motivacional y terapia cognitivo conductual. Esta investigación obtuvo como resultado una disminución marcada de días de consumo excesivo, y llegó a la conclusión de que la administración de psilocibina junto con psicoterapia generó esta disminución.

Otra línea de investigación clínica de gran relevancia es el uso de la terapia asistida con psilocibina en ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades potencialmente terminales (Apud et al. 2023). Dentro de los mismos podemos mencionar tres ensayos clínicos:

- ✓ Grob et al. (2011), trabajaron con 12 personas diagnosticadas con cáncer en estado avanzado y ansiedad. Se trató de un estudio doble ciego controlado con placebo, donde se administraron dosis moderadas de psilocibina (0,2 mg por kg de peso de la persona) o placebo. Buscaban explorar la seguridad y eficacia de la psilocibina en personas diagnosticadas con cáncer en estado avanzado y ansiedad tardía. Como resultado se observó la reducción significativa de la ansiedad el primer y tercer mes luego de iniciado el tratamiento, una mejora significativa

del estado de ánimo a los 6 meses y concluyeron que era viable y seguro administrar dosis bajas a moderadas de psilocibina a pacientes con cáncer en estado avanzado y ansiedad.

- ✓ Griffiths et al. (2016), trabajaron con 51 personas con diagnóstico de cáncer potencialmente mortal y síntomas de ansiedad y/o depresión. Realizaron un ensayo aleatorizado, doble ciego y cruzado de dos sesiones, comparando dosis muy bajas de psilocibina (de 1 a 3 mg por kg de peso de la persona), con dosis altas de psilocibina (de 22 a 30 mg por kg de peso de la persona). Se obtuvo como resultado la eficacia de dosis altas de psilocibina administrada en contextos cuidados para disminuir los síntomas de ansiedad y depresión, y para mejorar la calidad de vida de personas con diagnóstico de cáncer potencialmente mortal y observaron que estos efectos continúan luego de seis meses del tratamiento.
- ✓ Ross et al. (2016), trabajaron con 29 personas diagnosticadas con cáncer y síntomas de ansiedad y/o depresión. Realizaron un ensayo aleatorizado, doble ciego y cruzado, de una única administración de dosis baja de psilocibina (0,3 mg por kg de peso de la persona) en comparación con placebo (niacina). Como resultado obtuvieron que una dosis de psilocibina, junto con psicoterapia, genera efectos ansiolíticos y antidepresivos, rápidos y duraderos en personas con cáncer y síntomas de ansiedad y/o depresión. De este estudio se desprenden otros tres artículos de análisis cualitativo sobre las experiencias subjetivas de las personas que participaron (Belser et al., 2017; Malone et al., 2018; Swift et al., 2017), un artículo de seguimiento de hasta cuatro años y medio posteriores al tratamiento (Agin-Liebes et al., 2020) y un artículo que evalúa el efecto del tratamiento en la ideación suicida (Ross et al., 2021).

Si bien dentro de las investigaciones con psicodélicos, aquellas con psilocibina han sido las más exploradas en distintas aflicciones, también hay investigaciones avanzadas con MDMA, pudiendo mencionarse las siguientes dos:

- ✓ Ot'álora et al (2018), trabajaron con 28 personas diagnosticadas con Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) que no habían respondido a al menos un tratamiento con farmacoterapia y/o psicoterapia, realizando una comparación doble ciego de dos dosis activas (100 y 125mg) con una dosis baja (40mg) de MDMA, más sesiones de psicoterapia. Buscaban evaluar la eficacia y seguridad de la terapia asistida con MDMA para el tratamiento del Trastorno de Estrés Post Trau-

mático. Estas 28 personas tuvieron tres sesiones preparatorias de 90 minutos cada una, y luego de la administración de MDMA se realizaron tres sesiones de integración. Obtuvieron como resultado una mayor mejoría en los grupos de dosis activa (mayor reducción en las puntuaciones totales de la escala de TEPT). Los resultados de esta investigación junto con el de otras cinco investigaciones de fase 2 son la base para investigaciones de fase 3.

- ✓ Danforth et al. (2018), trabajaron con adultos diagnosticados con autismo con ansiedad social marcada a muy severa, realizando un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. Buscaban investigar la viabilidad y seguridad de la terapia asistida con MDMA para reducir miedos y evitación social en adultos con autismo. Administraron de 75 a 125 mg de MDMA a ocho personas y placebo (0 mg de MDMA) a cuatro, más sesiones de psicoterapia. Los resultados evidenciaron una mejora rápida y duradera en síntomas de ansiedad social en adultos diagnosticados con autismo.

### Posibles limitaciones y/o sesgos de la investigación

En relación a posibles limitaciones y sesgos en los estudios con psicodélicos, Ona (2018) trae la importancia de tener en cuenta la realización de ensayos clínicos aleatorizados y controlados, que aporten evidencia en torno a la eficacia de estas sustancias. Siguiendo a Ona (2018), muchas investigaciones partían de reportes de caso, estudios observacionales o narraciones y relatos por parte de consumidores. Este tipo de estudios podrían caer en sesgos y errores, y plantea que para continuar avanzando en la investigación del potencial terapéutico de las sustancias psicodélicas será importante continuar realizando estudios clínicos con grupos control como los que se acaban de describir en el apartado anterior.

En el caso de los estudios realizados entre 1950 y 1970, durante la primera ola de investigaciones con psicodélicos, éstos no eran usualmente diseñados con aleatoriedad ni con grupos de control porque estas metodologías (en inglés, *randomized controlled trials*) se estaban recién comenzando a implementar como estándares a seguir. Sin embargo, la nueva ola de investigaciones con psicodélicos, a partir de 1990, se da en un nuevo contexto metodológico donde ya es más habitual en la investigación las pruebas con control y aleatorización (Apud et al., 2021).

## El setting de la actual terapia asistida con psicodélicos

En este punto, es importante mencionar que de las investigaciones mencionadas con anterioridad se desprende que el *set & setting* en el uso de psicodélicos es fundamental en los efectos que estos producen. El concepto es propuesto por Leary en los años 1960, cuando luego de administrar psicodélicos a una gran cantidad de individuos en diversos escenarios y condiciones, llegó a la conclusión que era fundamental la actitud personal y el entorno para una buena experiencia (Porley, 2022). Desde la definición de Leary, el *set* mental refiere a la actitud personal y las características individuales de la persona, mientras que el *setting* refiere a el entorno que rodea a la persona durante el uso de un psicodélico. Si bien en la primera ola de estudios psicodélicos existían una gran variedad de *settings*, algunos de ellos no explícitamente elaborados, actualmente las terapias asistidas con psicodélicos prestan gran atención a la disposición del *setting* durante el ensayo clínico, de modo de maximizar los efectos positivos y ofrecer condiciones de seguridad óptimas.

En este sentido, actualmente la terapia asistida con psicodélicos supone el manejo de los elementos del *setting* buscando propiciar el mejor escenario para una respuesta terapéutica. Para el diseño de la terapia asistida con psicodélicos se consideran fundamentales algunos componentes. Por un lado, que las personas que la lleven adelante estén formadas, y que la terapia asistida con psicodélicos sea llevada adelante por equipos multidisciplinarios que cuenten al menos con psiquiatra, psicólogo/a, médico/a y enfermeros/as. Así mismo sería importante que se implementen instancias de supervisión con quienes lleven adelante las sesiones. Estas personas deberían reunirse para planificar las intervenciones que deben ser adaptadas a cada persona asistida (Ona et al., 2015). Por otro lado, se pone especial atención al contexto en el que se toma el psicodélico, buscando un ambiente cómodo, con una música especialmente seleccionada para generar una experiencia introspectiva y significativa en la persona. El *setting* de la terapia asistida con psicodélicos supone a su vez una serie de fases, organizadas con el fin de una mayor seguridad y eficacia clínica.

Antes de la administración de la sustancia psicodélica, el primer paso debe ser la recepción de la persona, con al menos dos o tres encuentros, sin administrar sustancias, donde se trabaja el vínculo terapéutico gestado por mutua confianza. En estos primeros encuentros de construcción del vínculo también se le debería brin-

dar a la persona información sobre los efectos de la sustancia a administrar y sobre cómo se desarrollarán las sesiones, poniendo en conocimiento sobre estrategias de afrontamiento, y evacuando todas las dudas que surjan, así como también se deberían acordar los objetivos terapéuticos y códigos durante las sesiones (Tartakowsky, 2014). De esta manera, se busca generar confianza y familiaridad en el *setting* terapéutico, y en los efectos esperables durante la ingesta del psicodélico.

Durante la administración de la sustancia psicodélica, es importante tener en cuenta que la disposición de los elementos del contexto donde se lleve a cabo la sesión influirá sobre la experiencia interna de la persona a la que se le administre la sustancia (Ona et al., 2015). Es en este contexto en el que el terapeuta debe estar atento a las necesidades del paciente, brindando apoyo en el caso que éste lo necesite, pero interfiriendo lo menos posible en el desarrollo de la experiencia. El paciente usualmente tendrá un lugar cómodo en el que sentarse o acostarse; se le brindará tapaojos para favorecer la mirada hacia adentro, y se le proporcionarán audífonos, con música seleccionada con anterioridad para una mejor introspección y un mejor desarrollo de la experiencia (Porley, 2022).

Luego de la administración de la sustancia psicodélica, será importante trabajar en la integración de la experiencia. Es esta integración la que convierte a la experiencia en terapéutica. Según Ona et al. (2015),

La integración consiste en un proceso que se configura a partir de diversos momentos y elementos, entre los que destaca el recuerdo de lo experimentado durante la sesión, el ejercicio de poner en palabras lo vivido, la interpretación de los aspectos simbólicos que emergieron durante el estado psicodélico, la puesta en práctica de ciertas modificaciones en la vida cotidiana, entre otros. (p. 99)

La integración de la experiencia luego de la administración de la sustancia psicodélica resulta de especial relevancia, dado que parece haber un período de tiempo en el que se incrementa la efectividad de las intervenciones terapéuticas. Este período se denomina usualmente como *afterglow*, y tiene una duración aproximada de un mes y se va atenuando de manera progresiva (Ona et al., 2015).

## Conclusiones

A lo largo de este trabajo y en las investigaciones y ensayos clínicos mencionados en el mismo, se observa como las investigaciones científicas con psicodélicos se han ido robusteciendo metodológica y cuantitativamente en el último tiempo. En dichas investigaciones y ensayos clínicos se da cuenta del diseño de las terapias asistidas con psicodélicos en la actualidad, donde se le presta especial atención al *set & setting*, realizando sesiones de preparación previas a la ingesta de la sustancia psicodélica, teniendo en cuenta un espacio pensado, cuidado y acompañado en la sesión de administración de la sustancia, y sesiones de seguimiento que propicien la integración de la experiencia. Siguiendo a Tartakowsky (2014), resulta importante señalar la diferencia entre las terapias asistidas con psicodélicos llevadas adelante en las investigaciones científicas y aquellas en la práctica clínica. Las primeras deben ser más estructuradas y rígidas, mientras que las segundas, idealmente, se adaptan de manera personalizada a las necesidades de quien facilita la terapia y de la persona que ingiere la sustancia.

En este sentido, considerando el creciente uso de sustancias psicodélicas como coadyuvantes terapéuticos y siguiendo a Ona et al. (2015), sería importante avanzar en la elaboración de manuales y protocolos, especialmente en:

1. Manuales para personas que lleven adelante terapias asistidas con psicodélicos, uno por cada sustancia psicodélica utilizada, dando cuenta de las características particulares y diferenciando abordajes individuales y grupales.
2. Protocolos de intervención ante posibles crisis.
3. Guías que proporcionen información dirigidas a quienes consuman sustancias psicodélicas como coadyuvantes de la terapia.

En relación a esto, sería fundamental para disminuir riesgos, realizar cuestionarios en los encuentros de construcción del vínculo terapéutico previo al consumo de la sustancia psicodélica, donde se consulte y se registre antecedentes médicos y psiquiátricos, personales y familiares, historias de abuso, trauma, duelo o crisis reciente, y las motivaciones y expectativas en relación a la ingesta de psicodélicos como coadyuvantes terapéuticos, indagando en el *set* de la persona. También sería pertinente desarrollar documentos de consentimiento informado que brinden a la persona información sobre la experiencia que vivirá en el contexto de la terapia

asistida con psicodélicos, así como establecer límites en el contacto, entre otros aspectos. Esto está relacionado con la necesidad de crear un código de ética específico para estos enfoques.

En este punto es importante mencionar que por el momento los psicodélicos no están regulados en Uruguay, y hay todo un camino por recorrer. Sobre esto, y en relación a la psilocibina, en Estados Unidos, siguiendo a Lowe et al. (2021), las primeras ciudades en despenalizar (pero no legalizar) la psilocibina en 2019 fueron Denver (Colorado) y Oakland (California). En 2020 se despenalizó en Washington D.C., la psilocibina y la mescalina. También en 2020, el estado de Oregón legalizó y despenalizó la psilocibina para el desarrollo personal. Un país donde los hongos de psilocibina son legales y despenalizados es Jamaica. En relación a la ayahuasca, en Brasil, desde la década de 1980 se vienen dando negociaciones para su regularización, actualmente en dicho país es legítimo su uso religioso, pero no se hace mención de los usos científico-terapéuticos, ni indígenas (Pere et al., 2020).

Las investigaciones citadas en la presente monografía, que son algunas de las varias que se están llevando a cabo en el último tiempo, dan cuenta de la seguridad y la eficacia de las terapias asistidas con psicodélicos para varias aflicciones de salud mental, es por eso que es fundamental continuar investigando, poniendo a prueba a las sustancias psicodélicas, así como los *settings* para administrarlas, y siendo uno de los principales desafíos, su regulación.

## Referencias bibliográficas

- Apud, I. (2017). Pharmacology of consciousness or pharmacology of spirituality? A historical review of psychedelic clinical studies. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 48 (2), 150-167. <https://atpweb.org/jtparchive/trps-48-16-02-150.pdf>
- Apud, I. (2019). Ayahuasca en el tratamiento de adicciones. Estudio de cuatro casos tratados en IDEAA, desde una perspectiva interdisciplinaria. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 36(1), 133-154. <https://doi.org/10.16888/interd.2019.36.1.10>
- Apud, I. (2020). *Ayahuasca: between Cognition and Culture. Perspectives from an interdisciplinary and reflexive ethnography*. Publicacions URV. <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/428>
- Apud Peláez, I. E., Carrera Garese, I., Scuro Somma, J. A., & Montero Corrente, F. (2021). ¿Es posible desarrollar investigaciones clínicas utilizando sustancias psicodélicas en Uruguay?: pasado y presente de las investigaciones sobre el potencial medicinal de los psicodélicos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 86(1) 63-76. <https://doi.org/10.46706/PSI/85.1.4>
- Apud, I., Montero, F., & Craig, I. (2023). Revisión sistemática de la terapia con psiclobina en ansiedad y depresión de pacientes oncológicos. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology* 17 (3), 30-49. <https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/519>
- Bogenschutz, M.P., Ross, S., Bhatt, S., Baron, T., Forcehimes, A.A., Laska, E., et al. (2022). Percentage of heavy drinking days following psilocybin-assisted psychotherapy vs placebo in the treatment of adult patients with alcohol use disorder. *JAMA Psychiatry*, 79, 953–962. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2096>
- Cavanna, F., Muller, S., de la Fuente, L.A., et al. (2022) Microdosing with psilocybin mushrooms: a double blind placebo-controlled study. *Translational Psychiatry*, 12, 307. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02039-0>

- Duarte, A (2007a). La ética y el suero de la verdad. *Revista de Noticias del Sindicato médico del Uruguay*, 141. <https://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias141/art8.pdf>.
- Fernández, X. (2003) Estados modificados de Conciencia con enteógenos en el tratamiento de las drogodependencias. *Revista de Etnopsicología* 2, 33-45. [http://www.neip.info/upd\\_blob/0000/375.pdf](http://www.neip.info/upd_blob/0000/375.pdf)
- Griffiths, R.R., Johnson, M.W., Carducci, M.A., Umbricht, A., Richards, W.A., Richards, B.D., Cosimano, M.P., Klinedinst, M.A. (2016). Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1181-1197. <https://doi.org/10.1177/0269881116675513>
- Grob, C.S., Danforth, A.L., Chopra, G.S., Hagerty, M., McKay, C.R., Halberstadt, A.L., Greer, G.R. (2011). Pilot Study of Psilocybin Treatment for Anxiety in Patients With Advanced- Stage Cancer. *Archives of General Psychiatry*, 68(1), 71-78. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/210962>
- Johnson, M.W., Garcia-Romeu, A., Cosimano, M.P., Griffiths, R.R. (2014). Pilot study of the 5-HT<sub>2A</sub> agonist psilocybin in the treatment of tobacco addiction. *Journal of Psychopharmacology*, 28 (11). <https://doi.org/10.1177/0269881114548296>
- Lowe, H., Toyang, N., Steele, B., San Valentín, H., Grant, J., Ali, A., Ngwa, W., Gordon, L. (2021) The Therapeutic Potential of Psilocybin. *Molecules*, 26 (10), 2948. <https://doi.org/10.3390/molecules26102948>
- Marschall, J., Fejer, G., Lempe, P., Prochazkova, L., Kuchar, M., Hajkova, K., Van Elk, M. (2022). Psilocybin microdosing does not affect emotion-related symptoms and processing: A preregistered field and lab-based study. *Journal of Psychopharmacology*, 36(1), 97-113. <https://doi.org/10.1177/026988112111050556>

- Méndez, L. M. (2013). Psicofármacos y Espiritualidad: La Investigación con Sustancias Psicodélicas y el Surgimiento del Paradigma Transpersonal. *Journal of transpersonal Research*, 5(1), 36-57. <https://transpersonaljournal.com/pdf/vol5-issue1/Matias%20Mendez.pdf>
- Ona, G. (2018). Consideraciones sobre el estado actual de la terapia psicodélica: limitaciones, sesgos y propuestas metodológicas. *Cultura Y Droga*, 23(26). <https://doi.org/10.17151/culdr.2018.23.26.3>
- Ona, G., Rios, F. M., Aguirre, J. C., Bouso, J. C., Tartakowsky, I., Maqueda, A. E., Carvalho, M.
- C. (2015). Configuración de la psicoterapia asistida con psicodélicos. *Journal of Transpersonal Research*, 7 (1), 95-103. [https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol7-issue1/7.%20Ona%20et%20al.%20%20JTR%207\(1\)%20Configuracion%20de%20la%20psicoterapia%20asistida%20con%20psicodelicos.pdf](https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol7-issue1/7.%20Ona%20et%20al.%20%20JTR%207(1)%20Configuracion%20de%20la%20psicoterapia%20asistida%20con%20psicodelicos.pdf)
- Osmond, H. (1957). A review of the clinical effects of psychotomimetic agents. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 66, 418-434. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1957.tb40738.x>
- Ott, J (2004). Pharmactheon: Drogas enteogénicas, sus fuentes vegetales y su historia. Liebre de Marzo.
- Ot'alara, G. M., Grigsby, J., Poulter, B., Van Derveer, J.W., Giron, S.G., Jerome, L., Feduccia, A.A., Hamilton, S., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., Mithoefer, M.C., Doblin, R. (2018). 3,4-Methylenedioxyamphetamine-assisted psychotherapy for treatment of chronic posttraumatic stress disorder: A randomized phase 2 controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 32(12), 1295-1307. <https://doi.org/10.1177/0269881118806297>
- Pere Martínez Oró, D., Apud, I., Scuro, J., y Romaní, O. (2020). La funcionalidad política de la "ciencia" prohibicionista: El caso del cannabis y los psicodélicos. *Salud colectiva*, 16, e2493. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2493>

- Porley, J. (2022). *Psilocibina en psicoterapia: antecedentes, actualidad y oportunidades*. [Tesis de grado, Universidad de la República]. Colibrí.
- Ross, S., Bossis, A., Guss, J., Agin-Liebes, G., Malone, T., Cohen, B., Mennenga, S.E., Belser, A., Kalliontzi, K., Babb, J., Su, Z., Corby, P., Schmidt, B.L. (2016). Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1165-1180. <https://doi.org/10.1177/0269881116675512>
- Ruck C.A., Bigwood J., Staples D., Ott J., Wasson R.G. (1979). Entheogens. *Journal of Psychedelic Drugs*, 11(1-2), 145-6. <https://doi.org/10.1080/02791072.1979.10472098>
- Vergara, C. (1996) La conciencia enteogénica. *Alteridades*, 6 (12). 39-47.
- Villaescusa, M. (2006). Aplicaciones de la LSD en psicoterapia: una historia interrumpida. *Ulises, viajes interiores*. <http://www.neip.info/downloads/villaescusa/lsd.pdf>
- Tartakowsky, I. (2014). *Psicoterapia asistida con LSD, psilocibina y MDMA. Descripciones realizadas por los terapeutas en torno a los procesos clínicos*. [Tesis de Maestría, Universidad de Chile]. Repositorio institucional. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/135079>
- Yensen, R. (1998). Hacia una medicina psicodélica. Reflexiones sobre el uso de enteógenos en psicoterapia. Liebre de Marzo.

## Uso de ayahuasca en tratamientos por consumo de drogas

**Autora:** Lic. T.S. María Victoria Ferreira de León

**Tutor:** Dr. Ismael Apud

### Introducción

Se define a los psicodélicos como sustancias que generan alteraciones a nivel de la conciencia, principalmente a través de la transmisión serotoninérgica del sistema nervioso central. En los contextos culturales tradicionales, los psicodélicos han sido utilizados en rituales con objetivos tanto espirituales como medicinales. En el contexto científico, el interés por los potenciales terapéuticos de los psicodélicos adquiere fuerza en los años 1950 a 1970. No obstante, a partir de los años 1970, con la inclusión de los psicodélicos en la Lista 1 de sustancias controladas de la ONU, no se continuó con estas investigaciones. Desde 1990 hasta la actualidad, se retoma el estudio de los psicodélicos y sus potenciales terapéuticos. A su vez comienza a nivel internacional una expansión de sus usos recreativos, espirituales y religiosos, con especial relevancia para el caso de la ayahuasca (Apud, et. al., 2021).

La ayahuasca –liana de los espíritus- se define como un compuesto psicoactivo originario de la Amazonia, y es utilizado originariamente por distintos grupos indígenas de la región, desde, probablemente, hace siglos. La preparación de este brebaje es mediante dos plantas: *Banisteriopsis caapi* (liana selvática, cuyos compuestos son las betacarbolinas harmina, harmalina y tetrahydroharmina) y por la *Psychotria viridis* (arbusto que se conforma por N, N-dimetiltriptamina, o DMT) (Apud, 2019). En el correr de siglo XX se comienzan a presentar nuevos usos de carácter religioso de la ayahuasca, mediante iglesias como el Santo Daime, Barquinha, União do Vegetal, entre otras. En la década de 1990 comienza la expansión a nivel internacional mediante el Centro Ecléctico da Fluente Luz Universal Raimundo Irineu Serra (CEFLURIS) del Santo Daime, y la União do Vegetal. A su vez, en esta década surgen en forma creciente centros de terapias alternativas mediante el uso de ayahuasca en distintas partes del mundo. Estos combinan terapias occidentales con prácticas curanderas amazónicas, en distintas formas de neochamanismo (Apud, 2019).

El presente trabajo tiene como objetivo describir y analizar el uso de ayahuasca para el tratamiento de adicciones en distintos *settings* terapéuticos. En una primera sección haremos una breve referencia al concepto de adicciones y a distintos modelos para entender a la misma. Posteriormente, hablaremos del estudio clínico de los psicodélicos, para luego pasar a describir el tratamiento de adicciones mediante el uso de ayahuasca. Describiremos dos centros de terapia alternativa: Takiwasi e IDEAA, y tres centros de la iglesia Santo Daime: Centro de Recuperación Camino de Luz, Centro Espiritual del Cielo Sagrado y Centro Espiritual Cielo de la Nueva Vida. Finalmente reflexionaremos sobre la importancia del *setting* en la implementación de los tratamientos por consumos de drogas; así como también de la incipiente regulación del uso de psicodélicos en este contexto.

### Breve referencia acerca de la concepción de las adicciones

En este apartado remitiremos de forma breve a la evolución del concepto de adicción, para luego relacionarlo con el uso de ayahuasca para su tratamiento en distintos contextos culturales de implementación. Consideraremos la clasificación de Apud y Romaní (2016) en relación a los tres modelos de adicción: el modelo biomédico o neurobiológico, el modelo biopsicosocial, y el modelo sociocultural.

El concepto biomédico de adicción como una “enfermedad del cerebro” comienza a gestarse en el siglo XIX. Uno de los precursores es Benjamin Rush, quien, a fines del siglo XVIII, definía al alcoholismo como “enfermedad de la voluntad”, siendo la abstinencia la única forma de generar una cura. Durante el siglo XIX, se producen variedad de descripciones y términos en el área de la medicina vinculadas al alcoholismo y a la adicción. En lo que respecta a este modelo neurobiológico, la adicción es concebida en relación a la dependencia física y no a la psicológica, vinculada a los mecanismos de recompensa dopaminérgicos. Pero, con el correr del siglo XX, el modelo biomédico neurobiológico deberá adaptarse a los descubrimientos de otras investigaciones, donde se agregan determinados mecanismos básicos de aprendizaje no enteramente explicables por la dependencia física: condicionamiento operante, reforzamientos positivos y negativos, condicionamiento clásico, aprendizaje explícito y memoria de la conducta adictiva.

Apud y Romaní (2016) plantean que desde el modelo biopsicosocial se distingue que la adicción como tal va más allá de la “enfermedad del cerebro”, en tanto se involucran categorías psicológicas en relación al diagnóstico, ampliando la defini-

ción de la adicción, entendiéndose como una “conducta habituada”. A partir del año 1970 comienzan a surgir estudios acerca de factores psicológicos y sociales, demostrando que tanto la personalidad como el entorno influyen directamente en la dependencia a las sustancias. Este modelo biopsicosocial considera a la adicción en relación a un aprendizaje maladaptativo de conocimientos implícitos y explícitos. Las conductas en relación al consumo en general se terminan automatizando mediante el “aprendizaje implícito”, complejizando su inhibición. El modelo biopsicosocial es actualmente adoptado por la mayoría de los manuales y organismos de salud. Por ejemplo, el NIDA (2012) define a la adicción como una enfermedad crónica del cerebro que implica a los sistemas de recompensa, motivación, aprendizaje y decisión.

Un tercer modelo es el sociocultural, proveniente principalmente de disciplinas como la antropología y la sociología. A partir de diferentes estudios etnográficos se hace visible cómo los contextos culturales influyen en la concepción y uso de las sustancias psicoactivas. A partir de estos estudios, se genera el entendimiento de las prácticas de consumo de drogas en sus aspectos tanto sociales como culturales. Desde este modelo, Romaní (2000) sostiene que se critica la posición biologicista de la “drogodependencia”, cobrando relevancia la organización de la vida cotidiana, la identificación así como también la construcción de identidad. Page y Singer (2010), y Romaní (1999) sostienen que se han realizado contribuciones significativas desde el modelo citado, en relación a los abordajes y a las políticas de drogas, permitiendo intervenciones y estrategias para un mayor bienestar de los sujetos que consumen.

Tomando en cuenta estos tres modelos para entender las adicciones, quizás podamos plantear que los psicodélicos son útiles en el tratamiento de las adicciones ya que no solamente actúan a nivel biológico, sino que son capaces de generar efectos en términos psicológicos, sociales y culturales. Esto queda claramente formulado en la idea del *set & setting*, que son los factores psicológicos y socioculturales que intervienen en los efectos de los psicodélicos. En la siguiente sección realizaremos un breve recorrido por la historia de las investigaciones clínicas sobre psicodélicos, para luego abordar los usos actuales en el tratamiento de adicciones con ayahuasca en distintos centros. Se comenzará introduciendo el uso de estas sustancias a partir de 1950, así como el prohibicionismo que se estableció en torno a su uso. También se abordará el renacimiento de los estudios en esta área de conocimiento a partir de la década de 1990, periodo en el que se destaca la emergencia de distintos centros que utilizan ayahuasca como parte de un tratamiento holístico en adicciones.

## El estudio clínico de los psicodélicos

Como fue mencionado anteriormente, a partir de la década de 1950 comienza un interés creciente de la psiquiatría por las sustancias psicodélicas y sus potenciales terapéuticos. El punto inicial data del año 1943, cuando Hoffman descubre el LSD-25, iniciando un interés por esta nueva sustancia. De este modo, esta sustancia, la psilocibina y otros psicodélicos fueron utilizados en distintos estudios clínicos. Partiendo del psicoanálisis como la corriente de más influencia de la época, se concibió a los psicodélicos como una forma de acceder rápidamente al inconsciente (Apud et al. 2021).

En un primer momento la aplicación fue en dosis bajas, en lo que se denominó “modelo psicolítico”, bajo una impronta psicoanalítica, principalmente en Europa, aunque también en Estados Unidos. En Uruguay y Argentina también tuvieron lugar los estudios en esta área de conocimiento. En Buenos Aires, Enrique Pichon-Rivière, José Bleger y Alberto Fontana, investigaron y produjeron en relación al LSD (Apud et al. 2021). Por su parte, en Montevideo se hicieron publicaciones acerca de estudios sobre el uso de psicodélicos y terapia psicodinámica (Fernández, 2000).

Más adelante se implementó con dosis más altas, de forma de poder acceder a experiencias concebidas como “trascendentales”, que promuevan una transformación sobre el sujeto mismo y su entorno, pasando de un modelo psicolítico a un modelo psicodélico (Apud, 2017). Las investigaciones arrojaron resultados positivos acerca del uso de psicodélicos en relación al consumo problemático de sustancias, trastornos de humor, así como también de ansiedad. En el caso del tratamiento de adicciones, el modelo psicodélico fue utilizado con el fin de causar estas experiencias del tipo místico o trascendental para el cambio psicológico y comportamental del paciente. Un ejemplo clásico es el de Hoffer y Osmond en Canadá quienes, al administrar LSD en pacientes alcohólicos, descubrieron que los mejores resultados se daban en aquellos pacientes que transitaban por experiencias del tipo espiritual o místico (Hoffer y Osmond, 1967).

En la década de 1970, se expandió el interés acerca del uso de psicodélicos a toda la sociedad, primando en aquellos países del primer mundo. Se generalizó este consumo en Estados Unidos por los movimientos contractuales (movimiento hippie, movimientos políticos y espirituales). Sin embargo, al generarse el consumo en entornos poco cuidados, provocó consecuencias negativas en la salud de las personas

que utilizaban las sustancias, los llamados *bad trips*; siendo percibidas como peligrosas. Más allá de esto, su prohibición se vinculó mayormente a intereses políticos. En el año 1971 se clasifican a los psicodélicos dentro de la lista 1 de las sustancias prohibidas, generando en consecuencia que se suspenda la investigación de psicodélicos, no considerando los estudios científicos que demostraban su potencial uso medicinal (Apud et al. 2021). Al respecto del prohibicionismo, Viana (2008) refiere que se consideran peligrosas cierto conjunto de sustancias y/o modalidades de uso de las mismas. Se remite de este modo a las diferencias en la moralidad del uso de drogas cuando estas son ilícitas respecto a las de uso lícito. Se asiste a la criminalización del uso de sustancias que se generó en simultáneo con la invasión farmacéutica y las actividades biomédicas.

El renacimiento de los estudios psicodélicos a partir de 1990 se genera en un contexto de regulación del uso de diferentes sustancias psicoactivas, impulsados por la búsqueda de tratamientos médicos psiquiátricos que tengan mayor efectividad en los pacientes y permitan disminuir los efectos secundarios que se presentan en los tratamientos convencionales. Se distinguen las producciones de países tales como Suiza, Alemania, España, Brasil, Perú, Canadá, Estados Unidos, entre otros. Este renovado interés por dichas sustancias se explora a través de metodologías de investigación clínica que cumplen con los estándares modernos, incluyendo el uso de grupos de control y la aleatorización.

Siguiendo a Labate y Bouso (2013), en las últimas décadas se presentan nuevas formas de terapias alternativas a las biomédicas, donde se combinan elementos occidentales con conocimientos indígenas, rituales de carácter religioso, entre otros. De acuerdo a los/as autores/as, se hace necesario el diálogo y la colaboración entre investigadores nativos y académicos, y entre ciencias humanas y ciencias biomédicas, evitando así la disociación entre aspectos sociales y biológicos, siendo necesaria la reflexión acerca de la pluralidad epistemológica y ontológica. En este contexto surge un interés creciente por la ayahuasca, en centros donde se conjugan terapias occidentales con otras del tipo tradicional, indígena y religioso. Dentro de los centros más populares, encontramos aquellos destinados al tratamiento de adicciones, como veremos a continuación.

## Tratamiento de adicciones mediante el uso ayahuasca

De acuerdo a Apud et al. (2021), la ayahuasca podría clasificarse dentro de los psicodélicos oneirogénicos, definidos como potenciadores de fantasías y sueños, debido que las visiones que se presentan se relacionan a las imágenes que tienen lugar en los sueños, con posibilidad de tener distintas sensaciones significativas en el cuerpo de las personas que las utilizan. Mercante (2006) y Shanon (2002) refieren, en lo que respecta a los efectos del uso de este brebaje, que de forma frecuente generan “visiones” o “imágenes espontáneas”.

En su contexto amazónico originario, la ayahuasca es utilizada desde hace siglos por curanderos amazónicos con fines espirituales y medicinales en sus comunidades. En la década de 1930 surgen en Brasil nuevos usos de corte religioso, a través de iglesias como Barquinha, Santo Daime y União del Vegetal. De acuerdo a Feeney y Labate (2014), y Labate y Jungaberle (2011) se utiliza de diversidad de formas, entre ellas, con objetivos terapéuticos. A mediados de 1990, Santo Daime y distintos grupos espirituales neochamánicos comienzan a surgir en Uruguay (Apud, et al., 2013). Actualmente dichos usos no se encuentran regulados explícitamente, aunque se asiste a un uso creciente en ceremonias y espacios terapéuticos alternativos (Apud et. al., 2021).

Al expandirse el uso de psicodélicos en la década de 1990, el uso de la ayahuasca se ha diversificado, utilizándose también terapéuticamente en centros de terapias alternativas y en los grupos religiosos mencionados (Labate, 2004). De esta forma, aparecen centros de tratamiento de adicciones y otras aflicciones mentales, mediante el uso de ayahuasca. Dentro de los más conocidos se encuentran Takiwasi en Perú, Runawasi en Argentina, Wasiwaska en Brasil, IDEAA en España y Brasil, entre otros (Apud, 2019).

De acuerdo a lo anteriormente referenciado, remitiremos a algunos centros de tratamiento y centros religiosos-espirituales, así como también a diferentes estudios que se han realizado en estos centros.

### Centro Takiwasi

En el contexto de uso creciente de ayahuasca, así como también de rituales, en la Amazonía peruana aumentaron la cantidad de centros holísticos, donde se conjugan terapias occidentales con prácticas curanderiles locales (Apud, 2020). Uno

de los primeros centros de este tipo es Takiwasi -“La casa que canta” en quechua-, fundada en la ciudad de Tarapoto, en el año 1992 por el médico francés Jacques Mabit. Se trata de una asociación civil sin fines de lucro, que se basa en las investigaciones llevadas a cabo desde 1986 en esta región con saberes ancestrales respecto a plantas medicinales y sagradas (Takiwasi, 2023a).

El centro Takiwasi es una comunidad terapéutica, así como también una clínica de tratamiento del consumo problemático de sustancias lícitas o ilícitas, y abordajes de otras conductas consideradas adictivas como apuestas, sexo, compras de forma compulsivas, entre otras. En el centro se realiza un abordaje partiendo de dos modelos: psicológico y de medicina tradicional peruana (Mercante, 2013), por lo que se conjugan ciencias modernas con tradiciones amazónicas dirigidas al tratamiento en salud mental (Takiwasi, 2023a). También, y bajo la influencia de Mabit, se incluye un componente católico en el contexto de implementación de las terapias, algo que ha generado algunas críticas por distintos académicos (Dupuis, 2018).

El equipo de trabajo del centro se conforma por: psicólogos/as, ergoterapeutas, médicos, curanderos/as; realizando un abordaje holístico del sujeto que transita un proceso allí. Existen diferentes modalidades por las cuales se puede transitar en el centro: residencial y espacios terapéuticos que son abiertos, los retiros/dietas (Takiwasi, 2023a). En el tratamiento se recibe a los/as pacientes y residentes en un proceso que tiene una durabilidad mínima de nueve meses. Desde Takiwasi también se proponen que estos tratamientos puedan legitimarse tanto políticamente como científicamente. En este sentido se considera el reconocimiento del Ministerio de Cultura de Perú como unos de los principales logros obtenidos (Mercante, 2013).

Se hace referencia a un “trípode curativo”: convivencia, psicoterapia y plantas medicinales. En relación a la convivencia se basa en el funcionamiento de las comunidades terapéuticas, teniendo un espacio de autoobservación, reorganización de la vida cotidiana y realización de tareas domésticas. La psicoterapia es utilizada a través de la intervención individual o grupal, y orientada al análisis de las diferentes situaciones que surjan en la convivencia y de los efectos del uso de ayahuasca. Estas plantas, están presentes en todas las etapas del tratamiento desde la desintoxicación inicial, con un uso de forma controlada y ritualizada. Se destaca, que en los primeros tres meses las personas no pueden tener contacto con sus familiares (Takiwasi, 2023b).

Se distinguen cuatro etapas (las mismas se sobreponen, acentuándose en distintos momentos de acuerdo al proceso) del tratamiento (Takiwasi, 2023c):

- 1. Desintoxicación física:** se trata de una desintoxicación mediante plantas depurativas, manteniendo luego una dieta especial. En esta primera etapa el objetivo también es la recuperación física. El tiempo establecido para esta desintoxicación son entre ocho y diez días, sin contacto con el resto de los participantes que ya se encuentran en tratamiento. Al iniciar el tratamiento, se procede al corte total de pelo, teniendo una simbología especial: limpieza, confianza, ruptura con lo vivenciado, hasta donde está dispuesto a llegar el sujeto que comienza este tratamiento. Se realiza acompañamiento psicológico de forma continua, en relación a la motivación, brindando información sobre el funcionamiento general de Takiwasi. Toda la etapa tiene una durabilidad aproximada de dos meses, finalizando con la primera dieta, la cual se trata de un retiro (ocho días) en la selva. En este retiro se ingieren “plantas maestras”, sin consumo de sal y azúcar, con el seguimiento de psicólogo/a. Después de esta etapa, cada dos meses se vuelven a realizar dietas. En concreto respecto al retiro/dieta se puede hacer la inscripción particular, accediendo tanto mujeres como varones con el objetivo de poder sanar heridas, realizando un trabajo introspectivo (Takiwasi, 2023d).
- 2. Desintoxicación psíquica:** se desarrolla aproximadamente en cuatro meses y se trata de una limpieza psicoafectiva. Se trabaja enfáticamente acerca de lo reprimido (emociones y situaciones vivenciadas) por el participante. Asimismo, se abordan otros factores inconscientes a nivel personal, familiar, espiritual y/o social, que puedan estar incidiendo en el consumo problemático. Este proceso es acompañado por médicos/as, psicólogos/as, educadores/as y curanderos/as. Hay otras terapias que se llevan a cabo como parte de la curación de forma integral y el cambio en el estilo de vida: talleres psicoeducativos (estimulan el diálogo, comunicación, trabajo en equipo, entre otros aspectos), terapia corporal (educación física y biodanza, que permiten que el sujeto vuelva a conectar con su cuerpo, trabajando a su vez sobre la autoestima) y actividades recreativas (festejos de cumpleaños, fogatas musicalizadas, paseos y deportes, etc.).
- 3. Reinserción familiar, laboral y social:** se interviene y orienta de forma individual a la persona que realiza el tratamiento, considerando su proyección futura respecto a sus vínculos e inserción laboral y/o educativa. Luego del egreso

del centro, se realiza seguimiento, en donde se evalúa lo internalizado en el proceso. Pueden acceder a atención psicológica familiares directos.

4. **Reforzamiento:** Las personas que hayan finalizado el tratamiento de forma satisfactoria, sin necesidad de que haya existido una recaída, pueden acceder nuevamente de forma preventiva al reforzamiento de lo trabajado mediante la ingesta de las plantas, acceso a psicoterapia y dietas.

De acuerdo a lo planteado, Mercante (2013) sostiene que dentro del tratamiento se consideran los problemas de carácter espiritual, distinguiéndose en este sentido las dietas, purgas (plantas para provocar el vómito purificador y terapéutico), sesiones con el uso de ayahuasca y el apoyo psicológico durante el tratamiento.

En la página de Takiwasi (2023a), se remite que desde este centro se aborda la situación del sujeto partiendo de distintas dimensiones: la física, la psicológica, así como también la espiritual. Se define la adicción como producto del malestar tanto emocional como existencial, los cuales deben de ser abordados para poder modificar esta conducta. Se presenta como fundamental entonces poder comprender e intervenir de forma integral sobre el vínculo afectivo con la sustancia psicoactiva; primando en estos procesos el autoconocimiento y responsabilidad del sujeto.

Las plantas son utilizadas en los tratamientos para las dietas de purgas (antecedentes el ritual de ayahuasca) y también como plantas de contención. De esta manera, se visualizan como seres espirituales en un cuerpo vegetal (Apud, 2020). En lo que concierne a los efectos, Harrington (2008) sostiene, que las plantas desde la visión de los sujetos que hacen uso de las mismas y de los/as terapeutas, se conciben como promotoras, debido que permiten que sean conscientes de su situación respecto al consumo, pudiendo hacer visible el origen del problema. Asimismo posibilita lo que denominan una limpieza energética, posibilitando una reconexión con el cuerpo.

En relación a la dieta, Mercante (2013) alude que se trata de una “purificación profunda”, en donde afloran sueños, los cuales son trabajados mediante psicoterapia en este y otros momentos del tratamiento dispuesto. A su vez, funcionan diferentes talleres como yoga, psicodrama, taller de sueños y de convivencia, encuentros grupales, entre otros. Se realizan también limpiezas de forma grupal, reparaciones y organización del centro.

Por otra parte, consideraremos una investigación, que creemos pertinente referenciar, acerca del Centro Takiwasi, desarrollada por Dupuis (2018). El estudio se basó en diferentes publicaciones de dominio público acerca de Takiwasi y de un trabajo de campo etnográfico comprendido en tres momentos entre el 2008 y el año 2013. El estudio mayoritariamente se desarrolló en Takiwasi, partiendo de la hipótesis del efecto de la globalización en relación al uso de ayahuasca y las consecuencias a nivel jurídico y político. En relación a este centro, se plantea que las transformaciones pueden ser vistas como estrategias de legitimación frente al estigma del uso de ayahuasca.

Dupuis (2018) refiere a la importancia de que los rituales de ayahuasca sean combinados con espacios reflexivos a nivel individual y/o grupal, de modo de acompañar en la comprensión de sus experiencias (de sí mismo). En referencia a las técnicas rituales en el uso de este brebaje, se plantea que conforman el *setting*, tratándose de un “dispositivo de contención simbólica” que es parte de estos procesos.

En relación al “giro católico” de Takiwasi, Dupuis (2018) sostiene que hay un peso creciente al respecto, de este modo podría decirse que se generan ambigüedades, debido que de forma pública es un centro de tratamiento para personas que presentan consumo problemático, abordado desde la medicina occidental y la medicina ancestral de la Amazonia. Es Jacques Mabit quien representa una posición ritual como autoridad principal de este centro. Dupuis (2018) agrega a su vez que:

...en oposición a las religiones ayahuasqueras brasileñas (Santo Daime, União do Vegetal, Barquinha, etc.) los principales actores de Takiwasi subrayan que el uso de la ayahuasca no puede ser el fundamento de una religión y prefieren, como lo hemos visto, inscribir sus prácticas como parte de la doctrina católica (p. 349).

La lógica religiosa occidental en la que se inscribe Takiwasi, puede leerse como legitimación de un centro que era acusado de “grupo sectario”, “neochamánico” y en relación al contexto de restricción del uso de ayahuasca en Francia. De este modo, tienen lugar nuevas prácticas híbridas que en parte pueden ser explicadas por el estigma que se genera a consecuencia del prohibicionismo.

## Centro IDEAA

En el año 2000 en la Amazonia, Brasil, se instala el Instituto de Etnopsicología Amazónica Aplicada (IDEAA) por el médico español Fábregas (Apud, 2019). Surge con el objetivo de brindar tratamiento a un grupo proveniente de España por consumo problemático de sustancias y a quienes los “métodos convencionales” de tratamiento no les funcionaban.

El mismo Fábregas define que:

IDEAA es un camino de mejora personal, de expansión de conciencia, de conocimiento; un camino de aprendizaje [...] un lugar adecuado para este proceso de mirada interior, de introspección. Intentamos que la experiencia con sustancias visionarias sea confortable y segura, además de provechosa y profunda. (Fernández y Fábregas, 2013, p.389)

En relación a los tratamientos para personas que presentan dependencia a sustancias psicoactivas, Fernández y Fábregas (2013), sostienen, que de acuerdo a la recomendación del centro tienen una durabilidad de tres a seis meses, aunque el proceso puede extenderse hasta nueve meses o más en casos excepcionales. El proceso consta de tres fases en total: la “preparación”, la “experiencia amazónica” y la “integración al regreso”.

Se fundó una extensión de IDEAA en el año 2005, ubicada cerca de Barcelona, cuya función es acompañar de forma previa y posterior el tratamiento realizado en Brasil. En la casa de campo donde opera, se realizan prácticas como el yoga, privilegiando el vínculo con la naturaleza y trabajando también en aspectos cotidianos de cada persona, con especial atención al acompañamiento durante su proceso de egreso. Al respecto, Fernández y Fábregas (2013) refieren que:

...tienen cabida las atenciones de los terapeutas, las evaluaciones de los proyectos de investigación, pero sobre todo al comienzo, las entrevistas que conforman el proceso de preparación, información y asesoramiento. Los futuros participantes son evaluados –con la ayuda de instrumentos psicométricos– para conocer con más profundidad sus motivaciones, inclinaciones y capacidades, de modo que puedan encajar adecuadamente en el proyecto. (p.398)

Se especifica que en aquellas situaciones donde las personas no presentan una motivación sostenida o en los casos en que existe un diagnóstico de una patología severa, no son admitidas para el ingreso. Asimismo, aquellas personas que se encuentren en tratamiento farmacológico deben reducir paulatinamente el mismo previo a su ingreso, dado que este tratamiento no se compatibiliza con el uso de ayahuasca. Más allá de que no pueda definirse un perfil de personas que ingresan, se plantea que en general "...son hombres de procedencia española, demandando ayuda por un problema con la cocaína y con una edad media superando los treinta años. Con mucha frecuencia se presentan casos de psicopatología dual..." (Fernández y Fábregas, 2013, p.399).

En un estudio realizado por Fernández et al. (2014), se describen resultados positivos en relación con los efectos terapéuticos en casos de dependencia provocada por el consumo de sustancias. Este estudio observacional acerca de cambios a nivel psicológico se desarrolló con una muestra de 13 personas de IDEAA, en la cual nueve participantes presentaban problemas de dependencia. Se aclara que el estudio presentó limitaciones al ser un grupo reducido y al realizarse sin grupo de control.

Fernández y Fábregas (2013) llevaron a cabo un estudio cualitativo con el fin de acceder a las experiencias de personas que han realizado este tipo de tratamientos. Se realizó un análisis de 20 testimonios, en el cual se identificó la recurrencia de seis temas principales:

1. "Revisiones del pasado", de la cual se mencionan: recuerdos respecto al consumo de drogas, daños en el entorno y recuerdos vinculados a su infancia, entre otros.
2. "Insights psicológicos", donde se referencian patrones de abuso y dependencia, conflictos y otros aspectos de relevancia.
3. "Vivencias de carácter emocional", donde se mencionan sentimientos de tristeza, soledad, así como el perdonar y el amor.
4. "Experiencias de muerte" y de renacimiento.
5. "Experiencias con la naturaleza", destacando la conexión con el entorno natural, la proyección de características humanas en animales, entre otros aspectos

6. “Experiencias trascendentales”: destacándose experiencias espirituales, trascendentales y de conexión.

Con respecto a las reflexiones planteadas sobre el estudio de IDEAA, Fernández y Fábregas (2013) indican que ciertas psicoterapias convencionales no son compatibles con el enfoque del centro, incluso se cuestiona delimitarlo como tratamiento. Asimismo destacan la importancia que tiene la persona que acompaña y/o guía este proceso. Desde su rol, ayuda a establecer límites y a “levantarle el espejo” al sujeto, con el objetivo de que estos aspectos se “cristalicen” en el cotidiano. No obstante, se plantea que el brebaje per se, habilita a la reflexión acerca de los aspectos mencionados; siendo el rol del guía y su acompañamiento en los rituales un aspecto fundamental. En este sentido, se menciona que “...es un modo de apoyo terapéutico flexible, poco jerarquizado, mínimamente directivo y de carácter horizontal, donde el «terapeuta» es un facilitador, un acompañante en los procesos humanos o en todo caso, un guía de referencia” (Fernández y Fábregas 2013, p. 414).

Existen diversos elementos presentes más allá del uso de ayahuasca, como yoga, la meditación, escritura, dibujo, entre otras. Se reconoce asimismo la importancia del contexto, en este caso la selva amazónica. Las personas que transitan estos procesos aluden al uso de la ayahuasca como principal práctica, pero desde una determinada estructura, de forma ritualizada; con *settings* que habiliten la mayor seguridad posible.

Por su parte, Apud (2019), realiza un estudio cualitativo de las narrativas biográficas en relación a cuatro personas que habían sido pacientes de IDEAA desde el año 2000 al 2007. Se trataba de una mujer y tres hombres de 49 a 52 años de edad que presentaban policonsumo; provenientes de España. En relación al primer caso de estudio, al igual que el resto de las personas participantes, se presentaron recuerdos en relación a su biografía, el perdón hacia sí mismos y el pedido de perdón a otros, así como también la introspección. Se destaca que el uso de la ayahuasca permite exteriorizar lo vivenciado, “descargando” y “soltando”. En relación a la participación del caso 2, se destaca la resignificación mediante la construcción de nuevas narrativas respecto a la dependencia, como por ejemplo la mentira. Asimismo, relata que aparece la figura del jaguar (que se hacía presente en visiones tradicionales y occidentales) siendo central en su proceso. En el cierre de la

ceremonia hace un “compromiso” con la ayahuasca: si él logra recuperarse por su ayuda, se compromete a ayudar a otros en su situación. En este sentido, sostiene que se empiezan a ser visibles determinados cambios, identificando por ejemplo mayor tolerancia y empatía.

En el caso 3 surgen particularidades en relación a situaciones de violencia, de sufrimiento y agresividad. Se plantea que la ayahuasca puede influenciar en la empatía, expresiones de amor y en otros aspectos. En su situación en particular, el participante plantea que volvió a nacer una nueva persona después de las ceremonias realizadas con este brebaje. Por último, el caso número 4, se vinculó a recuerdos en el orden de lo familiar o consecuencias negativas respecto al consumo de sustancias psicoactivas. En esta ocasión surge el perdón y el sentirse perdonado por parte de su entorno. Asimismo, hace referencia a la ayuda que implicó en su proceso la “reconciliación con la fe”.

De acuerdo a los resultados arrojados, Apud (2019) menciona el “perdón” como protagónico, vinculado a la empatía, a los daños generados durante el consumo problemático y a la posibilidad de resignificar la identidad del sujeto en sí mismo, construyendo otras narrativas biográficas. El autor plantea, que la cura ritual con el uso de ayahuasca es más amplia que el ritual per se, debido a que hay otros abordajes que hacen al tratamiento como la vida en comunidad y otras actividades. Es necesario para el tratamiento propuesto, generar un orden de manera progresiva mediante un trabajo que permita la integración y la resignificación de lo surgido.

### **Tratamientos en iglesias religiosas**

En este apartado nos referiremos a tres iglesias religiosas del Santo Daime, considerando la descripción realizada por Mercante (2013) acerca del Centro de Recuperación Camino de la Luz, al Centro Espiritual del Cielo Sagrado y así como también al Centro Espiritual Cielo de la Nueva Vida.

El Centro Camino de la Luz es liderado por Mestre Muniz, se ubica en Río Branco, Acre, este centro comenzó a trabajar con personas que presentaban dependencia a partir del año 1993. El ritual es similar al que se implementa en la União do Vegetal. Este centro se encuentra vinculado a Sesacre, que es el Departamento de

Salud del Estado de Acre, mediante la Central de Articulación de las Entidades de Salud de Acre, que apoya económicamente para sostener algunos procesos de tratamiento. En Vila Acre se reconocen dos instituciones: el internado (donde se mantienen los sujetos haciendo tratamiento) y la comunidad (en la cual tienen continuidad aquellas personas sin solución habitacional al finalizar el tratamiento). Se asigna una habitación por duplas de personas, hay una huerta y un lugar específico para las sesiones, el “salón” se describe como:

...um espaço retangular, sem paredes, sem piso, com teto de palha, bancos toscos de madeira e algumas cadeiras. Em uma das suas extremidades está uma mesa coberta com um pano branco onde fica o Vegetal e uma vela. De lá o “mestre” dirige a sessão. (Mercante, 2013, p. 538)

El tratamiento se basa centralmente en el uso del “vegetal”, es decir de la ayahuasca. Desde el comienzo del mismo, se lleva adelante mediante tres dosis diarias (mañana, almuerzo y noche); definiendo esta fase inicial como desintoxicación y control. Al adaptarse el sujeto al tratamiento propuesto, comienza a tomar por él mismo el brebaje, diariamente por la noche en las reuniones. Los días miércoles en particular tienen lugar las “sesiones de preparación” y los días sábados se hacen las “sesiones de escala”. Se aclara que esta práctica tuvo un cambio, dado que se puede hacer una ingesta de té de forma diaria, de presentar voluntad de hacerlo.

La “sesión de escala”, por su parte, tiene el cometido de “elevación espiritual”, en cambio las “sesiones de conciliación”, tienen el objetivo de intervenir, por parte del líder, en los problemas de convivencia. Se plantea como parte de la motivación que todo “gira” en torno a Dios, significando lo que hay que “perseguir”.

La música es parte integral del espacio de reuniones, creando un ambiente propicio para la ingesta del brebaje, en relación con la llamada “burracheira” (efecto de la ayahuasca). Luego de tomarlo, se procede a rezar un “Padre Nuestro” y se bebe en conjunto. Posteriormente, se realizan en repetidas ocasiones “llamadas” a través de canciones interpretadas por la persona que lidera el ritual. Estas canciones pueden tener diferentes propósitos, como apertura o protección, entre otras. La música se elige según el cometido, ya sea relacionado con la familia, la protección, el peligro asociado a las sustancias psicoactivas, entre otros.

Desde el Centro Camino de la Luz, se considera la adicción como una “enfermedad espiritual” que se puede curar mediante el uso del vegetal. La ayahuasca es entendida como una ayudante en la lucha y aprendizaje del sujeto, pero asimismo depende de la voluntad de cambio que presente. Además, se menciona que el tratamiento se basa en la obediencia. Se plantea que en los encuentros y sesiones se brindan espacios para los testimonios: ya sea de confesiones, fortalezas o arrepentimientos, entre otros que pueden surgir. También se destaca, que en los espacios de reunión, la conducta se encuentra reglamentada por personas que están cursando el tratamiento o ya lo hicieron. Es importante que puedan participar de los encuentros, debido que estos espacios promueven armonía en las personas que los transitan, así como también orientan en el proceso del “camino de Dios”.

Se destaca al vegetal como fundamental en los procesos y así como también el rol que representa la familia en los mismos. Mercante (2013) refiere, de acuerdo a testimonios, al arrepentimiento presentado hacia la familia, que es visible en muchas ocasiones con la primera ingesta del vegetal; por esta razón es necesaria la revinculación con la familia. Por otra parte, se enfatiza en la importancia, al estar “recuperado” de poder apoyar a otros con su problemática de dependencia.

Un segundo lugar de tratamiento de adicciones del Santo Daime es el Centro Espiritual del Cielo Sagrado, ubicado en Sorocaba, San Pablo, que funciona desde el año 2003. El centro tiene una sala de emergencia donde hay un espacio destinado para el “Daime” (ayahuasca). Al consumir este brebaje como parte de la desintoxicación, los/as pacientes presentan vómitos y descomposturas en general, lo cual se denomina como “limpieza”. Luego de una hora y media se puede aplicar otra dosis, dependiendo de la intensidad del proceso. Las personas que continúan con este proceso lo hacen en la iglesia, pero pueden igualmente acudir a sala de emergencia y si presentan síntomas de abstinencia se le puede suministrar una dosis de “Daime”.

Un tercer y último caso mencionado por Mercante (2013), es el Centro Espiritual Cielo de la Nueva Vida. Se ubica en Curitiba, Paraná y está dirigido por André Volpi Neto, quien en 2001 comienza con el funcionamiento del centro. André presentaba consumo problemático y al realizar tratamiento en el Centro Cielo Sagrado, logró terminar con la dependencia que tenía, lo que lo impulsó a fundar este centro.

Hasta finales del año 2010 el “ritual de sanación” era de forma semanal; sin embargo, debido a las dificultades que presentaba la distancia entre cada aplica-

ción, se llevaron a cabo cambios al respecto. Así, se comenzó a ofrecer un servicio con características similares al de Cielo Sagrado, de manera diaria, el cual también fue implementado en Cielo de la Nueva Vida, centro a cargo de dos personas que presentaban dependencia y realizaron tratamiento en esta iglesia.

El espacio de trabajo se configura en la iglesia, con una estrella en el piso (que se encuentra encendida en las ceremonias); por su parte, las luces, paredes y el suelo blanco se presentan como parte del ritual.

En relación a la decoración, Mercante (2013), alude que esta:

...decoreação consiste em um quadro com o busto de Mestre Irineu, à entrada, junto com outro quadro onde há um beija-flor. Na parede à direita de quem entra há um quadro retratando Jesus Cristo, demarcando assim o lado dos homens (homens e mulheres ficam separados na Igreja). À esquerda temos um quadro de Nossa Senhora, indicando o lado feminino. Ao fundo há um painel de vidro, onde está desenhada uma estrela de seis pontas, dentro da qual há uma águia, sobre ela uma cruz de Caravaca, uma lua crescente à direita, e um sol à esquerda. Ao redor da estrela se lê: Centro Espiritual Céu da Nova Vida — Santo Daime. (pp. 542-543)

Se presenta como una innovación en las iglesias del Santo Daime que, en los rituales, los músicos se ubiquen en el centro de la iglesia, rodeando la mesa, que es el punto focal del ceremonial. Hay un retrato de Jesús y un balcón con una vela que a su vez se encuentra prendida donde se entrega el Daime para hombres y otro diferenciado para mujeres.

Específicamente, el servicio se brinda antes de la hora 9 o antes de las 14 horas, se lleva a cabo en silencio, aunque se puede presentar el himno del Santo Daime en algunas ocasiones. La apertura se realiza con un rezo al "Padre Nuestro" así como también con un "Ave María", la ingesta es de 600 ml de "Daime". Al finalizar, tienen lugar los dos últimos himnos de "Cruzeirinho de Mestre Irineu". A su vez para terminar, se vuelve a rezar y se agrega la "Oración de Cáritas".

## Relevancia de los contextos de implementación

De acuerdo a lo que hemos referenciado a lo largo del documento, el *setting* o “contexto cultural de implementación” es parte fundamental en los abordajes mediante el uso de ayahuasca y otros psicodélicos. Por esta razón, a continuación se hará una breve referencia a este concepto, con el fin de proceder a la discusión y análisis. Apud (2015) plantea al *setting* en tanto “diseño” o “dispositivo ritual”. Lo considera como fundamental en las experiencias y efectos de los psicodélicos, influyendo también las características de los sujetos, sus vivencias, concepciones y/o creencias y distintas formas de cuidado de su salud.

De este modo, se define el *setting*:

...como lo que podríamos denominar “dispositivo ritual” (*setting*), donde cada elemento juega su papel, siendo la sustancia psicoactiva un dispositivo tecnológico más en el diseño, junto con los icaros, la disposición espacial, y los símbolos con los que se opera no sólo antes, sino también durante la ceremonia, sea en forma espontánea o programada. Usamos el término tecnología en su concepción amplia, definiendo la misma como todo artefacto humano que permite una mediación con la realidad, sea externa, sea psíquica. (Apud, 2013, p. 111)

En referencia a lo planteado, el autor remite a los rituales como un tipo de “cognición distribuida”. El ritual con ayahuasca es una tecnología, un “artefacto humano” que genera una “mediación con la realidad”. Apud (2015) entiende a estas prácticas con psicodélicos como generadoras de “estados alterados de conciencia” que promueven un mayor conocimiento vivencial, gracias a su interacción con el ritual como contexto de implementación. El contexto y el medio social cobran gran relevancia por la interacción del sujeto con el medio y cómo esto genera cambios en los procesos cognitivos, de acuerdo a “...sus vínculos de cooperación y competencia, con su historia y con una propia ecología artefactual. Los artefactos abarcarían tanto herramientas (mediación orientada hacia fuera) como símbolos (mediación orientada hacia adentro)” (Apud, 2015, p.10).

Apud (2017) sostiene que los efectos del uso ritual de ayahuasca, no dependen únicamente de este brebaje, sino que también del contexto ritual, la institución, así como la incidencia social y cultural del sujeto. El autor plantea entonces, que sus

efectos no solo se vinculan a las propiedades farmacológicas, sino que también al contexto, a los factores psicológicos y culturales como parte fundamental de estos rituales. Los rituales con ayahuasca pueden ser muy diversos, de acuerdo a particularidades y saberes específicos de estas prácticas.

Uno de los elementos centrales en los rituales son los especialistas que sostienen a los mismos. En el caso del curanderismo amazónico tradicional, la figura del “chamán” o “curandero”, posee el lugar del conocimiento. Para consagrarse en este rol tiene que pasar por un proceso de varios años de aprendizaje, cumpliendo con diferentes prohibiciones como por ejemplo la restricción del sexo o de determinados alimentos (Apud, 2013). En lo que respecta a centros como Takiwasi o IDEAA, los/as terapeutas conjugan distintas formaciones, tanto científicas como espirituales. En el caso de las iglesias religiosas, las autoridades y los miembros mantienen el ritual de acuerdo a las reglas institucionales, con normas de cuidado y protección tanto física como psicológica y espiritual.

Se destaca de acuerdo a lo referenciado que los estudios desarrollados con psicodélicos se llevan a cabo considerando el *setting*, que tienen lugar en determinados contextos “cuidados”, acompañados por personal especializado para lograr potenciar los buenos resultados y poder atender a su vez aquellos casos que puedan llegar a tener resultados no deseados y/o esperados.

En lo que respecta al uso de ayahuasca por su parte, varía el acondicionamiento del espacio de acuerdo al grupo con el cual se desarrolle. En este caso se citará lo expresado por Apud (2013):

...así, mientras el Santo Daime utiliza una sala iluminada, con fotos, arreglos, música, un himnario religioso, y un baile repetitivo, en el caso de Ayariri se siguen los lineamientos básicos de la tradición vegetalista, con los participantes recostados en el piso, una sala sin iluminación por fuera de la natural y la utilización de *icaros*.

De todas maneras el diseño es readaptado a las necesidades locales a través de la introducción de distintos elementos y pautas. Tenemos por ejemplo la utilización de instrumentos de todo tipo, ... que varían de ceremonia en ceremonia, y que se encuentran por lo general asociados a una persona amiga del centro que decide aportar su arte en la ceremonia. También te-

nemos cierta flexibilidad en los cantos; mientras que en el contexto mestizo peruano vemos la utilización de icaros y pautas regladas en torno a quien debe y quien no debe cantar, en las ceremonias de Ayariri se promueve en momentos específicos de la ceremonia la participación colectiva, a través de cantos que no necesariamente son ícaros, y que pueden ser conocidos y cantados por todos. (p.109)

Se realiza asimismo un espacio de cierre, a diferencia del contexto peruano, donde no tiene lugar. Es un espacio de intercambio, así como también de contención y reflexión.

De acuerdo con la investigación realizada por Apud (2017), se indica que al generarse un 'estado psicológico ideal' que permita tomar conciencia de uno mismo mediante la reflexión, se establece contacto con determinados recuerdos y emociones. Esto es posible gracias a un setting adecuado, ya que los factores del contexto ritual son fundamentales para los tratamientos con este brebaje.

En el contexto ritual se hacen uso de diferentes técnicas (Apud, 2015), así como también de simbología y artefactos que hacen a lo cultural. Siguiendo con la importancia del contexto ritual, Dupuis (2018) sostiene que el uso de la ayahuasca puede beneficiar los procesos psicoterapéuticos, debido que este brebaje es catalizador, proporcionando mayor comprensión de la persona en sí misma; siendo fundamental que sean acompañados de espacios reflexivos, oficiando como "estructura simbólica" de estas prácticas (Apud, 2019).

## Reflexiones finales

Se considera pertinente llevar a cabo una comparación y análisis del *setting* de los centros de tratamientos e iglesias religiosas referenciadas en este trabajo, desde una perspectiva que enfatice la relevancia de los contextos de implementación en los resultados terapéuticos.

Desde el Centro Takiwasi, se parte de un abordaje psicológico occidental, con componentes católicos y de medicina ancestral peruana, por lo que el *setting* que utilizan se encuentra directamente relacionado con estos abordajes. En las cuatro etapas en las cuales se estructura el tratamiento se realiza acompañamiento psicológico, de forma de ir reflexionando acerca de sus efectos. Por su parte, en el retiro/

dieta, que se realiza en un principio en forma de introspección, se hace una dieta especial que tiene lugar en la selva con acompañamiento terapéutico. En relación a la desintoxicación psíquica, se acompaña al sujeto por parte de médicos/as, psicólogos/as, educadores/as y curanderos/as. Asimismo, como parte del tratamiento, se pueden integrar a diferentes talleres (ejemplo: yoga, psicodrama, convivencia, entre otros) que tienen un aporte significativo en el proceso. Se realiza entonces un abordaje integral de la situación del sujeto. El dispositivo de contención simbólica conjuga todos estos elementos y conforma el *setting* en el funcionamiento del centro. Podríamos plantear a su vez, que este dispositivo o *setting* podría resultar terapéutico en determinados perfiles (set) de pacientes, pero quizás no en otros, dado el componente católico del abordaje.

En las prácticas de Takiwasi, se generan algunas ambigüedades, debido que siendo una práctica basada en plantas ancestrales y psicoterapia, se inscribe en la lógica de la religión católica, con la estructura que ello implica. Dupuis (2018) refiere que se debe al estigma del uso de ayahuasca y en este sentido al “inscribirse” en esta religión se podría decir que es socialmente aceptada; no obstante públicamente no se difunde. De forma comparativa, Santo Daime y União do Vegetal buscan poder ser reconocidas como religión en sí mismas, mientras que Takiwasi se identifica “legitimándose” en una práctica ya institucionalizada, pero a su vez la misma no se divulga públicamente.

En el caso de IDEAA, se puede plantear que a diferencia de Takiwasi, se introduce a las personas en el *setting* de forma previa a la participación por medio de la sede en España en donde se las prepara y evalúa su motivación. En este centro se destacan otras prácticas, como yoga, meditación, escritura, entre otras. Siendo el contexto en el cual se inscriben: la selva amazónica. El uso de la ayahuasca tiene lugar mediante el ritual, con *settings* que buscan aportar seguridad a los sujetos que transitan por estos tratamientos. No se observan componentes católicos y el mismo Fábregas menciona que no se promueven creencias religiosas ni espirituales, pero se acompañan los procesos espirituales de los pacientes en caso de que emerjan espontáneamente (Apud, 2020).

Podemos aludir a las diferencias notorias entre el uso religioso y el uso terapéutico de ayahuasca. Comenzado por las personas que acompañan estos procesos, mientras que en los centros de tratamiento se cuenta con profesionales de distintas disciplinas; en las iglesias religiosas puede ser acompañado por personas que ya pasaron por ese proceso. En este sentido, destacamos que el Centro Espi-

ritual Cielo de la Nueva Vida, se encuentra liderado por una persona que presentaba consumo problemático, quien realizó tratamiento en otro centro e impulsó a su apertura. Asimismo, también se observan diferencias en las prácticas mediante ayahuasca, que realizan las iglesias del Santo Daime y los centros de tratamiento; presentando las primeras un uso más estructurado y reglado, con énfasis en las decoraciones, la música, entre otros aspectos.

Destacamos, en términos generales, el objetivo común de estos espacios, que buscan apoyar a las personas en el proceso de superar su adicción, cada uno con sus particularidades en cuanto a su *setting*, pero caracterizados como entornos abiertos y de apertura. No obstante, planteamos una reflexión: ¿las personas que no acceden a un seguimiento profesional para procesar lo vivenciado a partir del uso del brebaje podrán realmente transitar un proceso de sanación, al no abordarse aquellos contenidos inconscientes que emergen?

Se destaca la relevancia del contexto para la implementación de estas prácticas, considerando entonces el *setting* como parte fundamental de su aplicación. De este modo, cobra gran importancia el contexto en el cual se desarrolla, siendo esencial el acompañamiento por parte de profesionales o personal especializado y/o con experiencia acumulada en estos rituales y/o tratamientos. Consideramos fundamental que estos procesos sean acompañados por profesionales especializados en la temática, enfatizando la necesidad de un seguimiento psicoterapéutico que permita el abordaje de forma integral de las vivencias del sujeto mediante el uso de ayahuasca y/o de otros psicodélicos.

Por otra parte, resulta necesario reflexionar acerca del prohibicionismo/regulación de los psicodélicos. Al respecto Labate y Bouso (2013), plantean que, para dar a conocer las potencialidades terapéuticas de la ayahuasca y derribar mitos y prejuicios, es fundamental el debate político de la regulación, la cual se considera necesaria, frente al prohibicionismo que continúa presente. Al respecto, Labate y Bouso (2013) sostienen que en el presente:

...las religiones ayahuasqueras que se hacen notar en América del Sur y en el mundo por su enorme variabilidad tienen que vérselas con diferentes desafíos, por ejemplo, la lucha por la legalidad del consumo de una sustancia de efecto psicoactivo. Si en lugares como Brasil el uso de la ayahuasca está permitido cuando tiene fines «ritualístico-religiosos» (en los Estados Unidos

se observa lo mismo pero solo con relación a la União do Vegetal y una vertiente del Santo Daime en el estado de Oregón) su uso terapéutico no está reglamentado. El sistema jurídico interviene para definir el lugar de estas religiones en la sociedad y para apartar la religión de la medicina, el saber cosmológico del terapéutico. (p.20)

En este contexto, se presentan ambigüedades en relación a la regulación de los centros. Mercante (2013) sostiene en este sentido, que en el año 2010 se regularizó la práctica religiosa con ayahuasca en Brasil, pero no se la consideró como “práctica terapéutica” de acuerdo a la recomendación del Grupo Multidisciplinario de Trabajo (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, Grupo Multidisciplinario de Trabalho [GMT], 2006). Desde este grupo se dispuso suspender su “uso terapéutico” hasta comprobar que tenga resultados que sean seguros para las personas. En particular, este brebaje se utiliza en las ‘prácticas religiosas’. Más allá de este contexto, el autor destaca su efecto terapéutico.

Viana (2008) plantea que las medidas prohibicionistas refuerzan la moralidad asociada a determinadas sustancias y/o a sus modalidades de uso, criminalizándolas; son las propias sociedades las que crean el “fenómenos de las drogas”. Esto genera diferentes perspectivas, connotaciones y formas de actuar frente a las drogas, con implicancias sociales, culturales y políticas.

Más allá de que el prohibicionismo continúa vigente, asistimos a un cambio gradual hacia un nuevo paradigma orientado a la regulación del uso de sustancias psicoactivas. Se identifican nuevas prácticas como las referenciadas, que dan cuenta de nuevas formas de abordaje del consumo problemático de drogas. Prácticas que se encuentran influenciadas por la búsqueda de “nuevos caminos” que permiten cuestionar lo que se encuentra “instituido”. Incluso, se podría pensar a futuro en la posibilidad de poder evitar u optar por el uso de fármacos de forma tradicional, que muchas veces no tienen los efectos deseados y/o provocan efectos secundarios negativos en personas con determinados diagnósticos. En este sentido se presentan nuevos escenarios simbólicos, religiosos, espirituales y terapéuticos, que se podría decir que se encuentran en plena expansión.

A pesar de que se asiste a este cambio gradual, en Uruguay, como en otros países, el uso de ayahuasca no se encuentra regulado. No obstante, se presenta un creciente uso en contexto ritual de este brebaje. Al comparar estudios nacionales

e internacionales, se visualiza el avance a nivel internacional respecto al incipiente desarrollo de estudios y producción en Uruguay. Se destaca en nuestro país, el desarrollo de la investigación en psicodélicos mediante el equipo de trabajo de profesionales de distintas disciplinas: Arché, que reúne centros de la Universidad de la República, la Universidad del CLAEH y el Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable. En este grupo se han realizado investigaciones observacionales en un centro uruguayo donde se han tratado a personas con adicciones, y que muestran su utilidad en los casos observados, más allá que son muestras pequeñas (Apud et al. 2023).

En general, destacamos el desarrollo en la investigación acerca del uso de ayahuasca, y la aparición de nuevos enfoques terapéuticos en relación al consumo problemático de drogas. Sin embargo, se presentan algunos cuestionamientos respecto a los resultados arrojados que se vinculan a la dificultad de poder distinguir si se debe al uso de ayahuasca *per se* o al contexto socio cultural religioso que los determina. En este sentido, a modo de reflexión, consideramos que tanto el uso de la ayahuasca como el *setting* en su conjunto, generan resultados que se podrían llegar a considerar prometedores. Podríamos decir entonces, que el uso de ayahuasca en contextos de terapias alternativas principalmente y en contextos religiosos, podría conllevar escasos riesgos y daños, dado que promueve la resignificación de lo vivenciado, facilitando la toma de conciencia y el autoconocimiento en la persona que la utiliza; introduciendo una realidad distinta, pero sin evadir la misma; siendo fundamental como planteamos hasta el momento, contar con contextos culturales de implementación que de forma segura promuevan tratamientos saludables para las personas que los transitan.

A modo de cierre, podríamos decir que siendo sustancias con potencial terapéutico en el abordaje de las adicciones, la ayahuasca se aleja de cierta forma de su concepción como droga psicoactiva, pudiendo llegar a considerarla como “planta medicinal”. A modo de hipótesis, en relación con una posible regulación de los tratamientos con ayahuasca y otros psicodélicos, podríamos anticipar que las grandes farmacéuticas podrían oponerse debido al impacto potencial en el mercado y en su industria, lo cual generaría importantes controversias en su implementación. No obstante, se está incursionando en un nuevo camino en el que comienzan a desmoronarse ciertas concepciones y estigmas, lo cual resulta beneficioso para la salud de los sujetos.

## Referencias bibliográficas

- Apud, I. (2013) Ceremonias de ayahuasca. Entre un centro holístico de Montevideo y el curanderismo amazónico peruano. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Lanús].
- Apud, I., Sánchez Petrone, V. y Scuro J. (2013). Las tradiciones de la ayahuasca: su eco mediático y social en el Uruguay. En Sonia Romero Gorski (Ed.) *Anuario de antropología social y cultural en Uruguay* (pp. 55-69). Nordan-Comunidad.
- Apud, I. (2015). Ayahuasca, Contexto Ceremonial y Sujeto. Análisis del Set and Setting a Partir de un Grupo Uruguayo de Terapias Alternativas. *Journal of Transpersonal Research*, 7(1), 7-18.
- Apud, I. y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y Drogas*, 16(2), 115-125. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>
- Apud, I. (2017). Pharmacology of Consciousness or Pharmacology of Spirituality? A historical review of psychedelic clinical studies. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 48(2), 150-167. <https://atpweb.org/jtparchive/trps-48-16-02-150.pdf>
- Apud, I. (2019). Ayahuasca en el tratamiento de adicciones. Estudio de cuatro casos tratados en IDEAA, desde una perspectiva interdisciplinaria. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 36(1), 133-154.
- Apud, I. (2020). Ayahuasca: between cognition and culture. Perspectives from an interdisciplinary and reflexive ethnography. Publicacions URV.
- Apud, I.; Carrera, I.; Scuro, J. y Montero, F. (2021). ¿Es posible desarrollar investigaciones clínicas utilizando sustancias psicodélicas en Uruguay? *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 85(1), 63-76.

- Apud, I.; Scuro, J; Rodríguez, L.; Hernández, G.; Carrera, I.; Lozano, F.; Retta, J. I. (2023). Ayahuasca, Personality and Acute Psychological Effects in Neo-Shamanic and Religious Settings in Uruguay. *Journal of Psychoactive Drugs*, 55(5), 581-591.
- Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, Grupo Multidisciplinar de Trabalho. (2006, 23 de noviembre). Relatório final. [https://www.bialabate.net/pdf/texts/gmt\\_conad\\_port.pdf](https://www.bialabate.net/pdf/texts/gmt_conad_port.pdf)
- Dupuis, D. (2018). Prácticas en búsqueda de legitimidad: el uso contemporáneo de la ayahuasca, entre reivindicaciones terapéuticas y religiosas. *Salud Colectiva*, 14(2), 341-354. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2018.v14n2/341-354/es>
- Fernández Romar, J. E. (2000). Los Fármacos Malditos. El holograma de las drogas y otros ensayos. Nordan.
- Fernández Berges, X. y Fábregas, J.M (2013). Experiencia de un tratamiento con ayahuasca para las drogodependencias en la Amazonia Brasileña. En Beatriz Caiuby Labate, José Carlos Bouso (Eds.), *Ayahuasca y salud* (pp. 388-419). La Liebre de Marzo, S.L.
- Fernández Berges, X., Guimaraes dos Santos, R.G., Cutchet, M., Fondevila, S., González, D., Alcázar, M.A., Riba, J., Bouso, J.C. y Fábregas, J.M. (2014). Assessment of the Psychotherapeutic Effects of Ritual Ayahuasca Use on Drug Dependency: A Pilot Study. En B.C. Labate y C. Cavnar (Eds.), *The therapeutic Use of Ayahuasca* (pp. 183-196) Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-40426-9\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-642-40426-9_11)
- Feeney K. y Labate, BC. (2014). The expansion of Brazilian ayahuasca religions: law, culture and locality. En: Labate BC, Cavnar C (Eds.), *Prohibition, religious freedom, and human rights: regulating traditional drug use* (pp.111-130) Springer-Verlag.
- Harrington, N. (2008). *The psychology of plants. An ethnography of patient-provider relationship at the Takiwasi Center for rehabilitation*. [Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Hampshire]. [https://www.takiwasi.com/docs/arti\\_ing/psychology-plants.pdf](https://www.takiwasi.com/docs/arti_ing/psychology-plants.pdf)

- Hoffer, A. y Osmond, H. (Eds.) (1967). *The Hallucinogens*. Academic Press.
- Labate, BC. (2004). A reinvenção do uso da ayahuasca nos centros urbanos. Mercado de Letras/Fapesp.
- Labate BC. y Jungaberle H. (Eds.) (2011). *The internationalization of ayahuasca*. Lit Verlag. Labate, B. y Bouso, J. (Eds.) (2013). *Ayahuasca y Salud*. La Liebre de Marzo, S.L.
- Mercante, M. (2006). Images of healing: spontaneous mental imagery and healing process of the Barquinha, a Brazilian ayahuasca religious system. [Tesis de Doctorado en Filosofía, Universidad Ciencias Humanas].
- Mercante, M. (2013). A ayahuasca e o tratamento da dependência. *Mana: Estudos de Antropología Social*, 19(3), 529-558, <https://doi.org/10.1590/S0104-93132013000300005>
- NIDA (2012). Principles of Drug Addiction Treatment. A research-Based Guide (3rd Ed.). NIH Publication.
- Page, J. B. y Singer, M. (2010). Comprehending Drug Use. Ethnographic Research at the social margins. Rutgers University Press.
- Romaní, O. (1999). *Las Drogas: sueños y razones*. Ariel S.A.
- Romaní, O. (2000). El contexto Sociocultural. En M. Díaz & O. Romaní (Eds.), *Contextos, Sujetos y Drogas: un manual sobre drogodependencias* (pp. 23-25). Grupo IGIA. [https://issuu.com/federiconantes/docs/igia\\_-\\_contextos\\_sujetos\\_drogas\\_](https://issuu.com/federiconantes/docs/igia_-_contextos_sujetos_drogas_)
- Shanon, B., (2002). The antipodes of the mind: charting the phenomenology of the ayahuasca experience. Oxford University Press.

Takiwasi: Centro de Rehabilitación de Toxicómanos y de Investigación de Medicinas Tradicionales. (2023a, Noviembre 3). *Quienes somos*. <https://www.takiwasi.com/es/nosotros01.php>

Takiwasi: Centro de Rehabilitación de Toxicómanos y de Investigación de Medicinas Tradicionales. (2023b, Noviembre 3). *Modelo de Tratamiento de Adicciones*. <https://www.takiwasi.com/es/tto01-1.php>

Takiwasi: Centro de Rehabilitación de Toxicómanos y de Investigación de Medicinas Tradicionales. (2023c, Noviembre 3). *Etapas del tratamiento*. <https://www.takiwasi.com/es/tto02.php>

Takiwasi: Centro de Rehabilitación de Toxicómanos y de Investigación de Medicinas Tradicionales. (2023d, Noviembre 3). *Retiro/Dieta en Takiwasi*. <https://www.takiwasi.com/es/retiro01.php>

Viana, E. (2008). Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. En Labate, B., Goulart, S., et al., (Eds.) *Drogas e cultura: novas perspectivas*. (pp. 41-64). Edufba.

## V. Aspectos psicológicos y sociales del uso problemático de sustancias

### Uso problemático de sustancias y proceso de duelo

Autora: Lic. Psic. Sheila González

Tutor: Prof. Tit. Luis Giménez

#### Introducción.

La propuesta surge desde el acompañamiento como psicóloga, en distintos dispositivos de tratamiento de la Red Nacional de Atención en Drogas (RENADRO - Uruguay), tanto en modalidad residencial, como ambulatoria; a personas en las que es posible reconocer la relación entre los consumos de drogas y los procesos de duelo desde los que pueden derivarse procesos de duelo no adaptativos, patológicos o no integrados. Esta presentación expresa la importancia de abordar los duelos que son parte de la historia de la persona, en el proceso de tratamiento. Para propiciar el enlace de los puntos traumáticos, desde un espacio que habilita la posibilidad de ver, decir y escuchar aquello que ha sido y es tabú: la muerte, el duelo, las sustancias psicoactivas, sus usos. Se propone, la posibilidad de mirar la muerte para abrazar la vida, mediante el recorrido de las etapas del proceso de duelo, así como de los mandatos sociales que habilitan o no habilitan su curso; como la felicidad continua, la eterna juventud, el seguir adelante a pesar de todo, la funcionalidad, la productividad, el progreso, la vida eterna, la alegría constante.

## Marco teórico.

### Integralidad, complejidad y tratamientos.

Es necesario comenzar a definir la importancia de considerar al ser humano desde su integralidad, en los tratamientos por usos de sustancias psicoactivas. En nuestro país en lo que respecta a esta definición en la Estrategia Nacional de Drogas (2021 - 2025), desde su enfoque y principios se expresa que:

El problema de las drogas es un fenómeno complejo y dinámico, anclado en factores sociales, económicos, políticos y culturales; que afectan a los derechos fundamentales de las personas. Por lo que su abordaje requiere un enfoque integral y equilibrado, centrado en las personas y comunidades; con una perspectiva transversal de derechos de género. En la configuración de un marco ético, para el conjunto de acciones a desarrollar. Acciones en las que la centralidad es la persona y los vínculos que establece con la sustancia. En donde la sustancia no es lo central. Desde un proceso de erradicación de prejuicios y de des-estigmatización. (p.1. 2021).

La integralidad implica considerar dimensiones que incluyen lo biológico, lo psicológico, lo social, en conjunto. Es un enfoque holístico, que supone la comprensión de la compleja interconexión de todas las dimensiones; ya sea para comprender una experiencia humana o para promover el bienestar o la calidad de vida. Esta perspectiva contrasta con las teorías predominantes de la Modernidad: materialistas, mecanicistas, biologicistas, científicistas. En tanto éstas tienden a reducir y simplificar los fenómenos mediante factores biológicos que explican los comportamientos humanos, por encima de la influencia de otros factores. Reduciendo la realidad a lo que es tangible y cuantificable. Mediante la primacía del método científico y de la evidencia empírica, excluyendo otros modos de conocimiento y comprensión, como los enfoques filosóficos, humanísticos o espirituales.

Tal y como lo expresa Najmanovich D. (2008):

En la Modernidad se concibió el conocimiento como reflejo interno en el sujeto del mundo externo, al que se suponía objetivo e independiente. El espacio del

pensamiento moderno nació de una estética dicotómica que escinde el sujeto del objeto, el conocimiento de la realidad, la forma del contenido. (p. 15).

Como se refirió el concepto de integralidad en los tratamientos por consumos de sustancias psicoactivas, se encuentra vinculado con el de complejidad y dinamismo. En tanto la mente humana, no puede entenderse de manera reduccionista, descomponiéndose en partes más simples. Sino que es necesario reconocer la interconexión de múltiples elementos no lineales, que hacen a los procesos de comunicación y cognición. Identificando las interacciones dinámicas y recursivas entre diferentes elementos de la persona y los sistemas (a los cuales pertenece, de los cuales devine, integra, modifica, interactúa, construye, etc.). Éstos, tienden a autoorganizarse en tanto proceso adaptativo a través de la misma interacción. Lo que lleva a un dinamismo no lineal, en donde pequeños cambios, pueden resultar en cambios significativos. Dando estructura a las interacciones entre los elementos que a su vez, pueden influir en la dinámica y el comportamiento de todo el sistema y por ende de la persona. Así, pequeñas perturbaciones pueden llevar a un comportamiento aparentemente aleatorio o impredecible, caótico; que no es tal, sino que es parte de la evolución y adaptación de dicho sistema. Por lo que al considerar estrategias de tratamiento o acompañamiento terapéutico a personas que usan sustancias psicoactivas, es necesario preguntarnos acerca de la finalidad adaptativa de ese comportamiento. Desde aquí es indiscutible la integración interdisciplinaria para alcanzar mayor comprensión de la persona y sus experiencias.

Esta perspectiva es contemplada por la Junta Nacional de Drogas al respecto del tratamiento (2023) y expresa que:

La atención y el tratamiento del uso problemático de drogas es un fenómeno complejo ya que está dirigido a una diversidad de personas y una variedad de sustancias psicoactivas, en muy distintas situaciones, por lo que la intervención debe ser ajustada para cada caso y enfocada desde múltiples miradas. Las personas que usan drogas buscan un efecto. Esta búsqueda es diferente para cada persona e incluso es diferente para la misma persona en diferentes circunstancias o momentos vitales. Ya que existen diferentes formas de consumo de drogas, con carácter problemático o no como el consumo experimental, ocasional, recreativo, circunstancial o dependiente. Los efectos buscados están relacionados con conseguir placer o evitar el displa-

cer, generar estados alterados de conciencia, facilitar el relacionamiento social, auto medicación para otras enfermedades o condiciones preexistentes, entre otros. (2023, p.1).

También menciona en cuanto a los abordajes que:

Las personas que hayan establecido una relación de dependencia con las drogas o que están empezando a tener problemas con ellas, por la complejidad y multicausalidad de este fenómeno, requieren no solo de intervenciones interdisciplinarias, profesionales e integrales. Sino que también es necesario: colocar en el centro a las personas, lo cual significa pensar el enfoque de las Políticas de Drogas dentro de un entramado social complejo de vínculos, relacionamientos, conductas, sensaciones, estados de ánimo y emociones de las personas a las que van dirigidas. Desde este enfoque la sustancia cobra un sentido en relación a las personas y sus contextos. (2023, p.1)

E identifica al consumo de sustancias psicoactivas desde el enfoque de riesgos y daños:

Relacionado con las circunstancias personales, sociales y los procesos de las diferentes etapas de la vida ... Donde: Todo consumo de drogas tiene riesgos, pero no todo consumo de drogas es problemático ni conlleva necesariamente daños. Pues, no todas las personas que usan drogas tienen un problema... Los usos de drogas no son un fenómeno homogéneo, van desde el uso experiencial hasta los usos problemáticos (Abuso/Dependencia) y se ven determinados por las particularidades biológicas, psicológicas, sociales, culturales y económicas, lo que hace que las experiencias de consumo sean particulares y diferentes para cada persona. (2023, p.1)

Así, la Junta Nacional de Drogas define al tratamiento como:

Un proceso que permite abordar la problemática biológica, psicológica y social de las personas con uso problemático de drogas en forma integral y complementaria. En lo biológico, dará cuenta de los problemas específicos

asociados al consumo problemático de drogas y potenciará el desarrollo de un estado de salud favorable. En lo psicológico, trabajará sobre la elaboración de duelos, traumas, resolución de conflictos, desarrollo de habilidades, entrenamiento en destrezas sociales, desarrollo de la autoestima y valoración personal y el fortalecimiento de las relaciones vinculares. En lo social, deberá trabajar con una mirada que integre a la familia y el entorno social, posibilitando el desempeño de roles con objetivos y propósitos personales definidos. Sin embargo, ningún tratamiento único es por completo eficaz en todas las personas con consumo problemático de drogas y la eficacia de los programas de tratamiento difiere mucho en distintas circunstancias. Los tratamientos deben ser planificados y desarrollados a la medida de las necesidades y las circunstancias que atraviesa cada persona, por lo que siempre referimos a planes individualizados de tratamiento. Lo que hace bien a una persona no necesariamente hace bien a otra.(2023, p.1).

También enfatiza acerca de la importancia de considerar el protagonismo que las personas tienen durante el tratamiento:

Las personas tienen capacidad crítica y son activas en sus procesos. Sus capacidades y fortalezas pueden transformar las situaciones, vínculos y relacionamientos con las sustancias psicoactivas, con las demás personas y con las circunstancias vitales. Por lo que: Incluir la dimensión del placer, antropológica e histórica permite trabajar el tema desde la empatía y la cercanía, incorporando la comprensión profunda del sentido de los consumos. (2023, p1).

Al respecto de definir qué es tratamiento, el Mag. Tomassini A. (comunicación personal, 2023. En Intervenciones clínicas breves en usos problemáticos de drogas, módulo perteneciente a dicha Especialización) menciona según la OMS y CONADIC:

Un tratamiento es considerado como el proceso que comienza cuando un usuario de sustancias acude a con un profesional de la salud u otra organización comunitaria que, a través de una intervención, logra que el usuario alcance el mayor nivel de bienestar y salud posible (OMS, 2004). (p.1)

Un tratamiento implica una serie de estrategias, programas y acciones que pretenden conseguir la abstinencia o la reducción del consumo de las sustancias, así como reducir los riesgos y daños que implican, tanto para el que usa, abusa o depende de las sustancias, como de su familia (CONADIC, 2002). (p.1)

Complementa la importancia de la concepción integral del ser humano y en lo que respecta al tratamiento, la propuesta del modelo ecológico de Bronfenbrenner, U. (1987), según también lo referencia la Junta Nacional de Drogas en Plan Integral de Prevención 2021-2025. (2021).

Bronfenbrenner, se centra en cómo las personas interactúan con su entorno. Y en cómo esas interacciones influyen en su crecimiento y desarrollo. Para su comprensión, define varios niveles interconectados:

1. **Microsistema:** Este es el nivel más cercano al individuo y se refiere a las “conexiones entre otras personas que estén presentes en el entorno, a la naturaleza de estos vínculos, y a su influencia indirecta sobre la persona en desarrollo, a través del efecto que produce en aquellos que se relacionan con ella directamente.” Bronfenbrenner, U. (p. 27, 1987).

Son las interacciones y relaciones directas que una persona tiene con su entorno inmediato. Esto incluye la familia, las dinámicas vinculares de ésta, la escuela, el lugar de trabajo y otras influencias cercanas que afectan directamente al individuo. Los procesos vinculares primarios como las relaciones cercanas y significativas: amistades, relaciones de pareja y otros vínculos afectivos. En su dimensión biológica abarca a los aspectos relacionados con el cuerpo físico que incluye: su salud, genética, sistemas orgánicos, funciones fisiológicas y procesos biológicos. Y en su dimensión psicológica: la mente, emociones, pensamientos, creencias, personalidad, cognición, la creatividad y su funcionamiento.

2. **Mesosistema:** “Comprende las relaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente.” (p. 44. 1987).

Este nivel se refiere a las conexiones entre los diferentes microsistemas en la vida de una persona. Por ejemplo, cómo la relación entre la familia y la escuela afecta el desarrollo del individuo. Incluye relaciones interpersonales.

Es la interacción del individuo con su entorno social y cultural, roles sociales, cultura, comunidad y participación en la sociedad.

- 3. Exosistema:** Refiere a “uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo o que se ven afectadas por lo que ocurre en ese entorno.” (p. 44. 1987). Abarca influencias externas que no están directamente relacionadas con el individuo pero que tienen un impacto en su vida. Esto podría incluir factores como las políticas gubernamentales, el lugar de trabajo de la familia o las redes de apoyo social.
- 4. Macrosistema:** Se refiere al “complejo de sistemas seriados e interconectados como una manifestación de los patrones arqueados de la ideología y la organización de las instituciones sociales comunes a una determinada cultura o subcultura.” (p. 27. 1987). Son las creencias culturales, los valores, las leyes y las normas de la sociedad en general. Estos elementos influyen en todos los niveles anteriores y pueden afectar profundamente el desarrollo de una persona. Integraría aquí a la dimensión espiritual que se relaciona con la búsqueda de significado y propósito en la vida, así como con las creencias religiosas o espirituales. Implica la conexión con lo trascendental, independientemente de una religión específica.
- 5. Cronosistema:** Es “la influencia de los cambios (y continuidades) en el desarrollo de la persona a través del tiempo en el ambiente en el que vive.” (Bronfenbrenner, U. Ceci, S.J. 1994. pp. 568-586). Aquí se incorpora el aspecto temporal del desarrollo. Se refiere a cómo los eventos y las transiciones a lo largo del tiempo, como el nacimiento de un hermano, la entrada a la escuela o la pérdida de un ser querido; afectan el desarrollo de una persona. Es la dimensión histórica personal y colectiva en la formación de la identidad y la experiencia de vida.

Bronfenbrenner y Ceci, en 1994, distinguen el modelo ecológico del modelo bioecológico en el cual se enfatiza el rol que juega la persona en su propio desarrollo a través de mecanismos denominados “procesos proximales, siendo procesos de interacción recíproca de progresiva complejidad entre un organismo humano que

evoluciona biopsicológicamente y las personas, objetos y símbolos en su ambiente inmediato. Para ser efectivas, las interacciones deben ocurrir sobre ... periodos de tiempo prolongados" (pp. 568-586. 1994).

En el modelo bioecológico de Bronfenbrenner, se reconoce que las personas son influenciadas por múltiples factores espacio - temporales y que estos factores interactúan entre sí para dar forma al desarrollo humano.

Para finalizar con el desarrollo del concepto de Integralidad se consideran los aportes de Grof, S. (1988) psiquiatra y psicoterapeuta quien desarrolla, la exploración de experiencias profundas de la psique humana, incluyendo las relacionadas con la espiritualidad, la conciencia y la percepción de la realidad. Define: " La espiritualidad se basa en experiencias directas de aspectos y dimensiones no ordinarios de la realidad." (2008, p. 130).

Grof, S. (1989) también considera el Inconsciente Perinatal y refiere:

Las experiencias de la muerte y renacimiento reflejadas en el nivel perinatal del inconsciente son sumamente complejas y fecundas. Las secuencias relacionadas con diversas etapas y facetas del nacimiento biológico acostumbran a ser de una naturaleza típicamente mitológica, mística, arquetípica, histórica, sociopolítica, antropológica, o filogenética. Suelen aparecer en cinco pautas o constelaciones experienciales características. Parece existir una conexión profunda entre estos conjuntos temáticos y las etapas clínicas del parto, que se suceden como sigue:... La experiencia de unidad cósmica... El universo amniótico... La experiencia del engolfamiento cósmico... La experiencia del callejón sin salida o infierno... La experiencia de la lucha de la muerte-renacimiento... La experiencia muerte-renacimiento. (1989. pp. 4 - 6).

Por lo que las experiencias de nacimiento y prenacimiento, tienen un profundo impacto en el desarrollo de la psique humana. Así, las emociones y los traumas experimentados durante el nacimiento y la vida prenatal pueden influir en la psicología de una persona a lo largo de su vida y por ende en las formas de afrontamiento al respecto del curso de los duelos sucedidos, así como en las experiencias de consumos de sustancias psicoactivas.

Otra de las consideraciones de Grof S., (2010) es el de la Psicología Transpersonal:

...corriente que va más allá de la psicología tradicional para explorar estados de conciencia expandida (ya sea a través de prácticas espirituales, meditación profunda o el uso de sustancias psicodélicas), y experiencias espirituales, experiencias místicas; que son parte integral de la psicología humana y deben de ser comprendidas, llamadas: experiencias no ordinarias... Estas experiencias habilitan una comprensión más profunda de la integralidad del ser humano... Contempla que las experiencias transpersonales revelan una conexión con dimensiones espirituales, en la búsqueda de la integralidad y explorando dimensiones más allá de la mente individual... Que pueden habilitar la sanación y la transformación, mediante enfoques terapéuticos... En tanto, la psique humana es multidimensional y la experiencia de la realidad va más allá de los límites de la conciencia, pues abarca la mente consciente y el inconsciente personal; y también dimensiones transpersonales y espirituales. Lo que significa que la identidad y experiencia no se limitan solo a la individualidad, sino que se extienden a niveles más amplios de conciencia, incluso a nivel colectivo. (2010. pp.125-136).

Como también lo definiera Jung C. (1970) en el concepto de inconsciente colectivo y expresa: "Una parte de la psique que se distingue de un inconsciente personal por vía negativa, ya que no debe su existencia a la experiencia personal, y no es por tanto una adquisición personal." (2002. p.41). Son experiencias y conocimientos compartidos por la humanidad a lo largo de la historia. "Este inconsciente colectivo no se desarrolla individualmente, sino que es hereditario" (2002, p.42). El cual contiene arquetipos universales, que son símbolos y patrones innatos que se repiten en mitos, sueños y diversas expresiones culturales. Y que se comparten en un nivel profundo de la psique, y se manifiestan en la vida de maneras diversas (ejemplos: el héroe, la madre, el anciano sabio, etc.). Por lo que el proceso de individuación que implica el desarrollo y la integración de la personalidad, requiere la exploración y comprensión de estos elementos del inconsciente colectivo. Es una herencia psíquica, que influye en la forma de percibir y experimentar el mundo.

A lo largo de la historia de la humanidad, en las prácticas rituales, se encuentra presente el uso de sustancias psicoactivas, lo que implica una búsqueda espiritual,

en el sentido más amplio e históricamente abarcativo del término. En tanto búsqueda de perfección interior y de religación colectiva comunal, de celebración, de fortalecimiento de una identidad recreada y actualizada.

En torno al curso del proceso de duelo y muerte, así como a los usos de sustancias psicoactivas, se desarrollan creencias tan diversas como las personas. Comprender estas creencias contribuye a la integralidad del proceso terapéutico y de tratamiento. Lo que implica identificar que todas estas dimensiones están interconectadas y que el bienestar y la salud de un individuo dependen de atender todas estas áreas de la vida de manera equilibrada y armónica. Incluyendo la autorrealización, la autoaceptación y el crecimiento personal como fundamentales para la salud mental.

Desde aquí es entonces que realizo la siguiente interrogante: ¿Pueden las pérdidas vividas y el proceso de duelo posterior, propiciar que el vínculo con las sustancias psicoactivas se torne en un vínculo problemático o de dependencia?

El interés por esta interrogante surge desde mi propia experiencia de vida y desde mi práctica profesional como Lic. en Psicología, a personas que presentan consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Pues, al indagar en las consultas, acerca del histórico de pérdidas, muertes, duelos; en cada una de las etapas evolutivas, las personas refieren o identifican no haber integrado la realidad de la pérdida, o no haber aceptado el dolor como consecuencia de la misma, o simplemente no recuerdan el haberse expresado acerca de lo sucedido con familiares o referentes socio afectivos. Refieren el tener que haber: "seguido adelante." Incluso aun durante la infancia, manifiestan que se sobrepusieron a la situación sin más, para no sobrecargar a la familia con mayor dolor o cuestionamientos. Aquí el silencio suele ser la respuesta que han encontrado.

Es posible reconocer la disociación, como mecanismo de defensa en tanto la persona recurre de forma inconsciente a separarse emocionalmente respecto del suceso, logrando así preservarse y adaptarse a la situación dolorosa. Incluso, al preguntarle a personas que ya han realizado tratamientos por consumo de sustancias psicoactivas, acerca de si han trabajado o abordado situaciones de duelo durante los mismos; refieren no haberlo hecho o que no les han preguntado acerca del curso de los mismos o su posible impacto.

Laplanche y Pontalis (1996) definen defensa como un “conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del individuo biopsicológico.” (p. 89. 1996).

La disociación como mecanismo defensivo se define como: “un complejo proceso psicofisiológico que produce una alteración en el estado de conciencia. Durante el proceso, los pensamientos, los sentimientos y las experiencias no son integrados a la conciencia ni a la memoria del individuo de la manera en que normalmente sucede (Intebi,1998, p.196.).

Por lo antes expresado: indagar sobre el proceso de duelo dentro del tratamiento, contribuye a identificar y a atender el sufrimiento subyacente, muchas veces disociado. Así como su posible vínculo con el consumo de sustancias psicoactivas.

### **Consumos de sustancias psicoactivas y duelo.**

Como mencioné con anterioridad la Junta Nacional de Drogas en su página web menciona al respecto de los tratamientos que: “En lo psicológico, trabajará sobre la elaboración de duelos,” (2023, p.1). En cuanto al marco de protocolos de tratamientos por consumo de sustancias psicoactivas desde las Políticas Públicas no he hallado, de forma específica guías, procedimientos, tipos de abordaje, o bibliografía; que orienten al profesional a acompañar en el curso del proceso de duelo, en sus etapas o en su devenir patológico. Por lo que los siguientes aportes pretenden ser un puntapié inicial para tal tarea.

### **Sustancias psicoactivas y consumos.**

Según el Glosario de términos de alcohol y drogas (OMS 1994) sustancia o droga psicoactiva es:

“Sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad... todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia...”. (Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 58).

La OMS equipara el concepto de sustancia psicoactiva según refiere a:

“su equivalente, sustancia psicotrópica,... En su acepción más general, término que significa lo mismo que “psicoactivo”, es decir, que afecta a la mente o a los procesos mentales. En sentido estricto, una sustancia psicotrópica es cualquier sustancia química que ejerce sus efectos principales o importantes en el sistema nervioso central. Algunos autores aplican el término a los medicamentos que se utilizan fundamentalmente en el tratamiento de los trastornos mentales: ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, antimaníacos y neurolépticos. Otros utilizan este término para referirse a las sustancias que tienen un elevado potencial de abuso debido a sus efectos sobre el estado de ánimo, la conciencia o ambos: estimulantes, alucinógenos, opiáceos, sedantes/hipnóticos (incluido el alcohol), etc. En el contexto internacional del control de drogas, el término “sustancias psicotrópicas” hace referencia a las sustancias controladas por el Convenio de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas. (Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 53)

En el mismo Glosario se define droga como:

Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos. (Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 33).

Como se refiere la Organización Mundial de la Salud, equipara estos tres conceptos: sustancias psicoactivas, psicotrópicas y drogas. Lo que da cuenta de la complejidad y las diferentes acepciones y variados usos de cada uno de estos términos.

En esta presentación se opta por utilizar el término sustancia psicoactiva, como lo expresa Keuroglan L.:

...debemos tener en cuenta que las drogas implican un conjunto de conceptos y prácticas que articuladas entre sí constituyen un “fenómeno social total” en términos de Mauss, que se construye históricamente “a través de una serie de condicionamientos y procesos materiales y simbólicos (económicos, culturales, políticos, sociales)” (Romaní, 1999, p. 52). Teniendo en cuenta lo anterior, por droga deberá considerarse toda “sustancia química (...) cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan” (Romaní, 1999, p. 53)... se origina la definición del concepto unificado y estigmatizante de “droga” y con ello la satanización de determinadas sustancias. (Romaní, 2003). (Keuroglan, 2018, pp.6 -7)

Al respecto de la asociación estigmatizante de “droga”, la Comisión Global de Política de Drogas (2017) expresa:

El estigma se deriva de una palabra griega que significa una marca o mancha, y se refiere a creencias y/o actitudes. El estigma puede describirse como un proceso dinámico de devaluación que desacredita significativamente a un individuo a los ojos de los demás, como cuando ciertos atributos se aprovechan en culturas o entornos particulares y se define como desacreditados o indignos. El estigma puede disminuir cuando las personas creen que un individuo no es responsable (“No es su culpa”) o su comportamiento está fuera de su control (“No pueden evitarlo”). Cuando se actúa con base en el estigma, el resultado es la discriminación. La discriminación se refiere a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitraria que afecte a una persona, normalmente (pero no solo) debido a una característica personal inherente o la membresía percibida, respecto un grupo en particular. (2017, p.28).

Al respecto de las personas que usan sustancias psicoactivas expresa:

Durante demasiado tiempo, las drogas se han considerado como sustancias que deben evitarse a toda costa; las personas que usan drogas han sido rechazadas por la sociedad y percibidas como asociales, depravadas o desviadas. Los prejuicios y los temores que rodean a las sustancias se expresan en un lenguaje estigmatizador, la estigmatización conduce a la discriminación social y las leyes represivas, y la prohibición válida los temores y los prejuicios. (Comisión Global de Política de Drogas. 2017, p. 2).

Por lo citado, el uso del término sustancia psicoactiva reduce la reproducción y propagación de estigmas, que obturan incluso los tratamientos, abordajes y acompañamientos terapéuticos a personas que las consumen. En este sentido la Comisión Global de Política de Drogas (2017) expresa:

Por lo tanto, la estigmatización tiene un doble efecto perverso: cuanto más estigmatice y rechace la sociedad a las personas que consumen drogas, menos oportunidades de tratamiento se ofrecerán; y simultáneamente, el estigma impulsa a las personas que necesitan ayuda lejos de los servicios que están disponibles. De hecho, según la UNODC, solo una de cada seis personas con consumo problemático de drogas recibe tratamiento. (2017, p. 31).

En este sentido la Comisión Global de Política de Drogas también sugiere en cuanto a los tratamientos: “evitar el uso de palabras como “adicto”, “abusador “ o “alcohólico” y llama a reemplazarlas por “personas con dependencia” o “personas que usan drogas”. (2017, p. 33).

Dado que :

Los términos comúnmente encontrados como “drogadicto,” “pichicatero”... son alienantes, y designan a las personas que usan drogas como “otros”, individuos que son moralmente defectuosos e inferiores... Tal estigma y discriminación, combinados con la criminalización del consumo de drogas, están directamente relacionados con la violación de los derechos humanos de los usuarios... El vínculo entre la percepción de las drogas, las personas que las usan y la política de drogas constituye un círculo vicioso. Bajo un régimen prohibicionista, una persona que usa drogas está involucrada en un

acto que es ilegal, lo que aumenta el estigma. (Comisión Global de Política de Drogas. 2017, pp. 8 - 9).

La **clasificación de las sustancias psicoactivas**, también posee su complejidad. De acuerdo al Glosario de términos de alcohol y drogas (OMS. 1994) y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), las mismas se clasifican según:

**Su origen:** Naturales: presentes en la naturaleza sin intervención del ser humano. Semisintéticas: presentes en la naturaleza y transformadas en otras sustancias (conocidas o nuevas), a partir de modificaciones que hace el ser humano. Sintéticas: moléculas químicas no presentes en la naturaleza, generadas por el hombre y que tienen actividad psicoactivas. Llamadas sustancias de síntesis.

**Vía de Consumo:** Modo o forma de administración, es decir, la manera en la que se introduce una sustancia en el organismo. Son las siguientes: vía oral; inyección intravenosa, subcutánea o intramuscular; inhalación; fumada, o por absorción a través de la piel o la superficie de las mucosas, como las encías, el recto o los genitales. (OMS. 1994. p. 13).

**Acción sobre el Sistema Nervioso Central:** Depresoras (alcohol, opiáceos, ansiolíticos, solventes, etc.). Estimulantes (cafeína, nicotina, cocaína, anfetaminas, etc.). Perturbadoras, producen alteración de la percepción de los sentidos (cannabis, psilocibe, LSD).

**Fiscalización internacional:** Esta clasificación es realizada por la ONU. La misma es modificada a lo largo del tiempo, según distintos criterios y acuerdos internacionales. La Comisión Global de Política de Drogas, en "La clasificación de sustancias psicoactivas Cuando se dejó atrás a la ciencia." Informe de 2019, considera la legalidad en los distintos países. Esta definición es territorial, aunque más allá de los Convenios Internacionales, cada país puede definir la legalidad o ilegalidad de las sustancias. (2019. p. 9).

Otra de las clasificaciones posibles es **según el uso**: Refiere a los vínculos que las personas establecen con las sustancias psicoactivas. Según las diferentes situaciones, en los distintos momentos de la vida. Se identifica:

**Uso con fines no médicos:** Empleo de un medicamento, obtenido con o sin receta médica, de manera distinta a la recetada, durante más o menos tiempo del prescrito o por una persona a la que no le fue recetado. A veces hace también referencia al uso de drogas ilegales. (OMS 1994. p. 64).

**Uso disfuncional:** Consumo de sustancias que provoca un deterioro de la función psicológica o social, por ejemplo, la pérdida del empleo o problemas conyugales. (OMS 1994. p. 64).

**Uso inadecuado:** Consumo de una sustancia con un fin que no se ajusta a las normas legales o médicas. (OMS 1994. p. 64).

**Uso no sancionado:** Uso de una sustancia que no está aprobado por una sociedad o por un grupo dentro de esa sociedad. (OMS 1994. p. 64).

**Uso recreativo:** Consumo de una droga, normalmente ilegal, en situaciones sociales o relajantes, que implica que no existe dependencia ni otros problemas. (OMS 1994. p. 64).

**Consumo abusivo:** Patrón de consumo que excede un estándar de consumo moderado o —de manera más ambigua— consumo social. Se define normalmente como el consumo que supera un volumen diario determinado. (OMS 1994. p. 25).

**Abuso:** Es un término de uso extendido. En el DSM-III-R, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término “dependencia” cuando proceda. (OMS 1994. p. 11).

**Consumo excesivo:** Término desaconsejado actualmente para referirse a un hábito de consumo que excede el standard de consumo moderado o aceptado. Un equivalente aproximado que se utiliza hoy en día es “consumo de riesgo”. (OMS 1994. p. 26).

**Policonsumo:** Consumo de más de una droga o de más de un tipo de droga por una persona, normalmente al mismo tiempo o una detrás de otra, y por lo general, con la intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra

droga. El término se usa también de forma más general para designar el consumo no relacionado de dos o más sustancias por la misma persona. (OMS 1994. p. 48).

**Consumo problemático:** Patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales. (OMS 1994. p. 27).

**Consumo social:** Consumo en compañía de otras personas. Se puede asociar a la costumbre social, por motivos y formas socialmente aceptables (también conocido como “consumo socialmente integrado”). El consumo social no es necesariamente un consumo moderado. (OMS 1994. p. 27).

**Consumo de riesgo:** Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. ... de tipo físico y mental... también las consecuencias sociales. (OMS 1994. p. 26).

**Consumo experimental:** En general, las primeras veces que se consume una droga determinada (a veces incluye el tabaco o el alcohol). El término se refiere en ocasiones a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante. (OMS 1994. p. 26).

**Consumo moderado:** Término inexacto para definir un hábito de bebida que, por deducción, contrasta con el consumo abusivo. Denota un consumo de cantidades moderadas que no causa problemas. A veces, esta expresión se compara también con “consumo de riesgo bajo”. (OMS 1994. p. 26).

**Consumo perjudicial:** Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico... mental... sociales (OMS 1994. p. 26).

Existe un término que aún continúa siendo utilizado, motivo por el cual se pondrá: Adicción. El mismo ha sido reemplazado por el de dependencia, entre otros motivos; dado el sentido peyorativo, alienante y estigmatizante, que equipara a las personas con el calificativo adicto.

**Adicción:** Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Por lo general, hay una tolerancia acusada y un

síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona... “Adicción” es un término antiguo y de uso variable. Es considerado por muchos expertos como una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitante arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia, que sigue una progresión implacable. Entre las décadas de 1920 y 1960, se hicieron varios intentos para diferenciar entre “adicción” y “habitación”, una forma menos severa de adaptación psicológica. En la década de los años 60 la Organización Mundial de la Salud recomendó que dejaran de usarse ambos términos a favor del de dependencia, que puede tener varios grados de severidad. La adicción no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10), pero sigue siendo un término ampliamente utilizado tanto por los profesionales como por el público general. (OMS 1994. p. 13).

**Dependencia:** Estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir... El término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. En el DSM-IIIIR, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiendo a pesar de las consecuencias adversas... la dependencia se refiere tanto a los elementos físicos como a los psicológicos. La dependencia psicológica o psíquica se aplica al deterioro del control... (“craving”, compulsión), mientras que la dependencia fisiológica o física se refiere a la tolerancia y los síntomas de abstinencia (neuroadaptación). (OMS 1994. p. 29).

**Los efectos buscados:** Se consideran las necesidades que tengan las personas. Y pueden vincularse con el conseguir placer o evitar el displacer, con generar estados alterados de conciencia, facilitar el relacionamiento social, o la automedicación (en enfermedades o condiciones preexistentes); entre otros.

**Trastorno por consumo:** Según el DSM 5 (2013) refiere al uso de sustancias; que activan el sistema de recompensa del cerebro, cuyo efecto es gratificante (placer o euforia). Se reconoce que no todas las personas son automática o igualmente vulnerables a desarrollar trastornos relacionados con sustancias. Menciona que

hay dos grupos de trastornos relacionados con sustancias: trastornos por uso de sustancias (patrones de síntomas que resultan del uso de una sustancia a pesar de tener problemas como resultado de su consumo) y trastornos inducidos por sustancias (incluye la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias). También se puede expresar que la persona puede encontrarse: en remisión temprana, en remisión sostenida, en terapia de mantenimiento y en un ambiente controlado. En cuanto a su clasificación, abarca desde: F10 a F19.

La complejidad en cuanto a las posibles clasificaciones es mencionada también por Keuroglan L. (2018) quien refiere:

... otras dimensiones del uso de drogas como por ejemplo sus beneficios para quienes las emplean. ...hay personas que recurren a ellas porque dicha práctica les reporta un valor y no nos referimos a la utilidad económica que perciben los narcotraficantes sino ... al beneficio de sus usuarios, aquellos que recurren para experimentar nuevas sensaciones y nuevas formas de conexión con la realidad y su entorno, potenciando ... capacidades sensoriales o aquellos que las emplean para sentir placer. Hay cierta obstrucción a visualizar lo que se denomina como “la función de utilidad de las drogas” en tanto capacidad de éstas para proveer satisfacción y gratificar deseos e incluso para resolver problemas. (De Rementería, 2014) ... Identificar esta funcionalidad permite entender también que no todos los consumos son problemáticos y por el contrario, como lo muestran los estudios epidemiológicos, son una minoría quienes llegan a esta situación. (2018. Pp. 86).

### **Proceso de Duelo.**

El proceso de duelo es parte de la vida y suele ser estresante. Todas las personas, en algún momento pasarán por esta experiencia, pues surge ante cualquier tipo de pérdida. En el proceso de elaboración del duelo, es necesario identificar cuáles son las creencias y explicaciones sobre la muerte que presenta quien duela. Pues las mismas son parte de las estrategias y recursos de afrontamiento, ante este proceso. Bermejo, Villaceros y Fernández-Quijano (2016), mencionan que según Howarth (2011): “La pérdida de un ser querido implica siempre una etapa posterior de adaptación. Esta etapa se denomina duelo y se trata de un proceso normal y

necesario.” (p.1). Identifican que en el duelo hay dos factores: “la pérdida en sí y la significatividad de la misma; y ... el manejo de los propios sentimientos que afloran en la situación de pérdida.” (Bermejo, Villaceros y Fernández-Quijano. 2016. p.1)

El proceso de duelo es una respuesta emocional, cognitiva y conductual; natural. Es un proceso adaptativo psicológico, dinámico; ante la pérdida de alguien o algo significativo en la vida de una persona. Tanto el duelo como la muerte, son vivencias universales y forman parte de la vida. Representa siempre una experiencia dolorosa y difícil de vivir porque también nos enfrenta a nuestra propia mortalidad, nos recuerda nuestra fragilidad y vulnerabilidad.

En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es total: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida en su conjunto, duele. (Montoya Carraquilla J. 2020, p.203).

La palabra duelo proviene del latín “dolus que significa dolor” (Gómez de Silva, 2005. p. 234). También alude a la batalla, a la pelea entre dos, es un proceso interno de enfrentamiento, de elaboración de la pérdida, en la cual el ser se divide entre: la realidad, la aceptación de la pérdida y aquello que se quiere retener del objeto amado, perdido, que ya no está, lo cual constituye una realidad que no se puede aceptar.

Otra derivación lingüística se deriva de “dolos” que quiere decir “engaño, estafa, falsedad, daño.” (Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23.ª edición - 2022).

Más allá de su carácter de universalidad, el proceso de duelo es un proceso particular, en el cual la personalidad de quien duela, su edad, su sexo, su historial, así como su capacidad de hacer frente a los sucesos trágicos y de la expresión de sus emociones; son factores de importancia que influyen en la vivencia del duelo.

En este sentido Bermejo, Villaceros y Fernández-Quijano (2016), presentan un estudio en el que se realiza una “Escala de mitos en duelo. Relación con el estilo de afrontamiento evitativo y validación psicométrica.” En la cual expresan que:

Las creencias culturales y mitos sobre la muerte y el duelo también tienen un papel importante en la elaboración del mismo. La muerte tiene una dimensión social y cultural que varía según el momento histórico, las costumbres, las creencias y la sociedad donde acontece y que puede influir facilitando o dificultando los procesos de duelo individuales de las personas... También se han encontrado diferencias en el proceso de duelo... asociadas al género según el uso diferencial de estrategias de afrontamiento. Otras variables que influyen... son la relación con el fallecido y la causa del fallecimiento... También el papel de los profesionales de la ayuda que intervienen en el acompañamiento incide, en tanto pueden jugar sus habilidades de comunicación y el afrontamiento de sus propias emociones en situaciones difíciles... todas estas variables, siendo detectadas a tiempo, podrían resultar en una línea de intervención preventiva eficaz. (p.1)

También O'Connor N. (2007), identifica factores involucrados en el proceso del duelo, cuyo grado de presencia o ausencia puede hacer que el proceso de elaboración sea más o menos complejo, A saber:

1. Calidad de la relación con la persona (íntima o distante. Asuntos inconclusos)...
2. Forma de la muerte (por enfermedad o accidente, súbita o previsible)...
3. Personalidad de quien duela (temperamento, historia, conflictos personales)...
4. Participación en el cuidado del ser querido antes de fallecer...
5. Disponibilidad o no del apoyo social y familiar...
6. Problemas concomitantes (dificultades económicas, enfermedades)...
7. Pautas culturales del entorno (aceptación o no del proceso de duelo)...
8. Edades extremas en el doliente (muy viejo o muy joven)...
9. Pérdidas múltiples o acumuladas, perder varios seres queridos al mismo tiempo...
10. Posibilidad de pedir y obtener ayuda profesional o grupal... (pp. 125 - 129).

La presencia o ausencia de estos factores, nos ayuda a identificar los posibles riesgos dentro del proceso de duelo. Es decir, aquellas circunstancias que pueden dificultar la elaboración del duelo según lo menciona Cabodevilla (2003). A saber: Circunstancias alrededor de la muerte (muerte repentina o inesperada, pérdida ambigua, muertes traumáticas - suicidio, asesinato-, pérdidas múltiples, muerte de un niño, o joven). Relación con la persona fallecida (relación de ambivalencia, simbiótica, de dependencia). Personalidad y antecedentes (pérdidas previas no resueltas, antecedentes de depresión y otros trastornos psicológicos, falta de habilidades sociales, baja autoestima). Contexto sociofamiliar (ausencia de redes sociales de apoyo, problemas económicos).

En estas situaciones pueden surgir riesgos que refieren a alteraciones en la salud de quienes duelan. Como por ejemplo reacciones de tristeza intensas, las cuales no debieran de ser diagnosticadas como depresión, sino como parte del proceso de duelo. Ante lo cual es necesario contemplar que no todas las personas poseen el mismo lapso de tiempo para adaptarse a la pérdida. Lapsos que suelen ser definidos por la cultura y que se expresan como los esperables o los normales. Lo que lleva a que algunas personas puedan sentir que son rechazadas, invalidadas, incomprendidas, que no son normales o incluso que están enfermas mentalmente. Esto puede provocar aislamiento y que la persona no exprese sus sentimientos. Así el duelo puede tornarse una vivencia de riesgo.

Integrar los aportes de los elementos antes mencionados en las estrategias de intervención a personas que consumen sustancias psicoactivas, contribuye a reconocer la singularidad de cómo es y ha sido transitado cada duelo. Para identificar el vínculo entre el proceso de duelo y su incidencia en el uso de sustancias psicoactivas mediante la expresión de cada uno de estos elementos, y así acompañar en el tránsito por el dolor que cada duelo conlleva.

### **Modelos explicativos.**

Existen diversos modelos y enfoques para comprender el proceso de duelo. El más conocido es el modelo de Kübler-Ross (1969) quien identifica un proceso de cinco etapas:

Negación (cuando se recibe la noticia de la pérdida se suele pensar: "Esto no está sucediendo," la persona puede sentirse conmocionada), ira, negociación (la

persona piensa en lo que podría haber hecho para evitar la pérdida), depresión, aceptación. Señaló que no todas las personas pasan por todas las etapas ni en el mismo orden, y que el proceso de duelo es individual y subjetivo.

Por su parte Worden W. (2022), propuso un modelo donde durante el proceso de duelo la persona realiza cuatro tareas y cuyo orden puede ser variable. Las mismas son: la aceptación de la realidad de la pérdida, el experimentar el dolor de la pérdida, el ajustarse a un mundo en el que la persona fallecida está ausente y el empezar una nueva relación con la persona fallecida.

Stroebe M. y Schut H. (1999) realizan su aporte desde la teoría de la dualidad del proceso de duelo, en el cual proponen que el proceso de duelo no es lineal, sino que las personas pueden alternar entre el afrontar la pérdida y el afrontar la restauración. Esto significa que, a veces, las personas pueden estar más enfocadas en la pérdida y otras veces en la adaptación a una vida sin la persona o cosa perdida.

Otro modelo es el que propone Bowlby J. (1993) quien destaca la importancia de los lazos emocionales y el apego en el proceso de duelo. Argumentando que el duelo es una respuesta natural a la separación y que las personas pueden experimentar una variedad de reacciones emocionales.

Rando T, (1988) por su parte, enfatiza en la necesidad de “reconstruir” una vida significativa después de una pérdida. Su enfoque se basa en que las personas deben encontrar un nuevo significado y propósito en sus vidas. Pasando por distintos momentos: reconocer la realidad de la pérdida, la reacción ante ésta, la posibilidad de expresar emociones y sentimientos, poder recordar la relación, y la posibilidad de replantear la nueva vida, en un proceso de readaptación en la búsqueda de nuevos proyectos.

Quisiera resaltar que el duelo es una experiencia única para cada individuo, y que no todos los modelos se aplicarán a todas las situaciones. Ni que todas las personas atraviesan estas etapas en el mismo orden ni de la misma manera. Pues existen variabilidades en cuanto a duración e intensidad. También en función de la cultura, la sociedad, los tiempos históricos y las investigaciones permanentes.

García Caballero, (2020/2021) propone algunos modelos más entre los cuales se encuentran el de Espina (2000) quien expresa que, el hecho que un duelo sea adaptativo o no, depende del contexto y el tipo de pérdida al que se enfren-

ta la persona. También menciona a Neimeyer (2007) quien formula el duelo como un proceso activo de reconstrucción de significados mediado por las emociones, los significados propios y el contexto relacional. Donde la reconstrucción se lleva a cabo al reconocer la pérdida, la cual entiende como un reajuste del vínculo con la persona querida. Y expresa que para ayudar a una persona a elaborar el duelo es necesario tener en cuenta los recursos con los que cuenta para enfrentarse a la pérdida. Propone a su vez el modelo de Cabodevilla (2007) quien establece siete formas diferentes de duelo como: duelo anticipatorio, crónico, congelado, enmascarado, exagerado y ambiguo.

### Tipos de Duelo.

Como se mencionó, todas las personas poseen diferentes formas de afrontamiento ante la situación del proceso de elaboración del duelo. A continuación y en base a los modelos mencionados se exponen las distintas formas posibles de elaboración, las mismas no son momentos estancos, sino que pueden fluctuar según cada una de las condiciones expresadas con anterioridad.

**Duelo normal:** Implica el curso natural de las fases o etapas mencionadas con anterioridad, en un sentido evolutivo para la persona que lo cursa, generando aprendizajes a partir del mismo proceso. Es el más frecuente, en donde la persona transita por diferentes estados de dolor por la pérdida, y se expresa en todas las dimensiones que hacen al ser humano en su integralidad. En cuanto a la dimensión temporal, duele el pasado (lo que se vivió), duele el presente (en lo que está sucediendo) y duele el futuro (en tanto aquello que no podrá ser, ni será). Kaplan (1991) menciona que la persona puede pasar por momentos de aturdimiento y perplejidad ante la pérdida, dolor y malestar, sensación de debilidad, pérdida de apetito, peso, sueño, dificultad para concentrarse, culpa, rabia, momentos de negación, ilusiones y alucinaciones (temporales) con respecto al fallecido, identificación con el fallecido. Desde aquí la importancia durante el proceso terapéutico de acompañar estos estados como naturales y esperables dentro del duelo, sin llegar a patologizar o a estigmatizar a la persona que duela.

**Duelo Complicado:** Para algunas personas debido a la falta de apoyo social, la naturaleza traumática de la pérdida o problemas de salud mental preexistentes; el duelo puede ser más complejo de integrar. Lo que puede dar lugar a la prolongación o intensificación del dolor y la angustia. Dando paso al duelo patológico. En 1993,

Horowitz desarrolló los primeros criterios diagnósticos para un trastorno relacionado con el duelo, denominado duelo patológico o complicado. (Horowitz, Bonanno y Holen, 1993).

**Duelo patológico o Crónico:** Implica un período prolongado de sufrimiento y adaptación a la pérdida. Lo patológico refiere a un tipo de duelo que se vuelve más intenso, complicado y prolongado en la respuesta natural al dolor y la pérdida. La persona suele presentar síntomas graves y persistentes de duelo, como la negación, la depresión intensa, la ansiedad, la ira, la culpa abrumadora y la incapacidad para llevar a cabo actividades diarias cotidianas. Tiene dificultades para adaptarse y aceptar la pérdida. La presencia o no de duelo patológico se caracteriza, por la intensidad y la duración de la reacción emocional. La persona queda apegada al dolor por la pérdida, unido a sentimientos desestructurantes, siendo incapaz de rehacer su vida, permanece absorbida por los constantes recuerdos y todas sus vivencias giran en torno a la persona fallecida, incluso puede llegar a considerar ofensiva la posibilidad de retomar su cotidiano sin tanto dolor. Worden W. (2022) define que esto es incontrolable para la persona y se transforma en un superviviente. También se establece que es difícil fijar un criterio temporal a partir del cual el dolor pasa a ser de relevancia clínica.

Ya Freud S. en 1917 ofrece una diferenciación entre el duelo normal y las reacciones anormales a la pérdida (melancolía). Define que el duelo es una reacción resultante no solo de la muerte de una persona querida, sino que también puede surgir ante cualquier tipo de pérdida (la patria, la libertad, el ideal, etc.). Define que no es un estado patológico. Caracterizó los rasgos distintivos del duelo de la siguiente forma: profunda decepción y aflicción, falta de interés por el mundo exterior, inhibición de la actividad, no existe la perturbación en la autoestima de quien duela. En cambio en la melancolía, sí se produce una pérdida exagerada de la autoestima; mediante la expresión de un estado de ánimo doloroso de forma permanente, con escaso o nulo interés por el mundo exterior. En donde se vive la pérdida como una parte de sí mismo que fue sustraída.

Según el DSM - 5 (American Psychiatric Association, 2013. Sección III, pp. 789-790) el trastorno de duelo complejo persistente, llamado también complicado o prolongado; se encuentra dentro de la denominación de otros trastornos específicos relacionados con el trauma y el estrés. El código designado es: 82 (Z63.4) Se

diagnostica si han transcurrido 12 meses desde de la muerte de alguien con quien el doliente tenía una relación cercana. Se caracteriza por una respuesta inusual, incapacitante o prolongada al duelo, con dificultades extraordinarias para lidiar con la pérdida. La persona sufre efectos debilitantes y malestar emocional intenso, añora de forma persistente al fallecido y muestra preocupación por las circunstancias de la muerte. Esta preocupación puede extenderse a otras personas cercanas. Puede presentar: dificultad para aceptar la muerte, incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida, dificultades para recordar de manera positiva al fallecido, amargura o rabia en relación a la pérdida, valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (por ejemplo culparse a uno mismo), evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (por ejemplo evitación de las personas, lugares o situaciones asociados con el fallecido), deseos de morir para poder estar con el fallecido, dificultad para confiar en otras personas desde el fallecimiento, sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte, sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido, confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (por ejemplo sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido), dificultad o reticencia a mantener intereses (amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida, quejas somáticas. Todas estas características son factores de riesgo dentro del proceso de duelo. Ante lo cual también es necesario considerar la edad del doliente, las estrategias de afrontamiento pasivas o con directas connotaciones depresivas, la presencia de enfermedad física o psíquica anterior, la escasez de aficiones o intereses, el auto-concepto y papel familiar de "persona fuerte" (actitud de negación de necesidades afectivas), pérdidas acumuladas.

Incrementa la probabilidad de cursar este tipo de duelo las características de quien fallece, las cuales también hay que considerar, a saber: juventud del fallecido, apego o relación ambivalente o dependiente con el fallecido. Así como también es importante considerar las características de la muerte, a saber: muerte repentina o imprevista, muerte no aceptada socialmente (por ejemplo suicidio), muertes múltiples o violentas, duración larga de la enfermedad, muerte incierta o no visualización de la pérdida (no ver el cuerpo del fallecido), enfermedad con sufrimiento del ya fallecido, relaciones inadecuadas con el personal sanitario.

Por lo que es necesario considerar cada uno de los puntos mencionados en tanto operan como facilitadores u obstáculos en el procesamiento subjetivo del proceso de duelo.

En el abordaje terapéutico del duelo patológico tras el fallecimiento de un ser querido según Rubio J. (1994) se puede distinguir las siguientes fases:

A nivel preventivo es importante siempre que se pueda, dar lugar a la contemplación del cuerpo de la persona fallecida, para evitar la cristalización de fantasías, imaginaciones o temores a lo desconocido, es decir tener la oportunidad de decir "adiós." Posteriormente es necesario facilitar que la persona en duelo hable sobre lo sucedido, ya sean expresiones de tristeza, desesperación, ira, hostilidad (incluso hacia la persona fallecida, al equipo de salud, etc). Esto servirá para fortalecer las funciones sociales propias de este proceso. Es importante también que las personas identifiquen un entorno social de apoyo en el que puedan expresar su dolor, en ocasiones son las redes institucionales parte de esta red de apoyo. Aquí es necesario que expliquemos y validemos las expresiones que la persona comparte, en tanto los sentimientos de culpa, suelen estar presentes. Incluso poder recomendar a familiares y amigos que puedan acompañar a quien duela y facilitar la realización de tareas domésticas en un periodo inicial. Incluso sugiere que de ser necesario la persona pueda reducir sus compromisos laborales o sociales, y habilitar el retorno a sus actividades habituales en un plazo de 3-6 semanas (-situación que no es contemplada al menos en nuestro país, Uruguay, en donde suelen ser de tres días de licencia por duelo-). Rubio J. (1994) añade que no se recomienda medicalizar a las personas en proceso de duelo. Solo en casos extremos y tras evaluación se podrán recomendar psicofármacos, puntualmente y con la finalidad de conseguir un descanso del sufriente.

**Duelo disfuncional:** Representa una dificultad en seguir el curso predecible del duelo normal hasta su resolución (Lindemann, 1944). El individuo se siente abrumado y surgen recursos internos de afrontamiento desadaptativo. Es una forma de hacer frente a los sentimientos con el afán de no perder el control de la situación.

Identifica diferentes tipos de estrategias de afrontamiento desadaptativas: Evitación (incluyen el consumo de sustancias psicoactivas, de comida de forma excesiva. El aislamiento psicológico y social), Enmascaramiento emocional (implica ocultar su angustia a los demás), Valoración negativa (Algunas personas esperan

fracasar o esperan que sucedan los peores escenarios), Sobrecompensación (la agresión, el dominio, la manipulación y los comportamientos obsesivos), Persistencia de respuesta (refiere al uso de los mismos enfoques antiguos para situaciones similares), Rumiación (el uso de juicios y pensamientos obsesivos en un esfuerzo por evitar el miedo a lo desconocido y mejorar el desempeño), Búsqueda de seguridad y entrega (es la dependencia de la familia y los amigos, junto con el cumplimiento y el deseo de complacer a otras personas), Sensibilización (preocupación excesiva, hipervigilancia), Comportamiento arriesgado (colocarse en situaciones atemorizantes para aprender a lidiar con ellas), Pensamientos intrusivos, Dilación (procrastinación), Autolesiones, Culpas o autoculparse.

**Duelo Anticipatorio:** descrito por Aldrich C.K (1974) como cualquier duelo que tiene lugar antes de una pérdida. Suele ser vivenciado tanto por la persona que se encuentra en proceso de muerte como por sus referentes afectivos. Su duración se da hasta el momento de la muerte y su intensidad disminuye luego de ésta. Por momentos surgen fases de esperanza en cuanto a la posible recuperación o reversibilidad de la circunstancia. Es una respuesta adaptativa positiva, pues es el inicio del trabajo de duelo, que continuará postmortem. La presencia de profesionales que acompañen esta etapa es fundamental, para trabajar los cambios que acompañan a la pérdida, mitigando las vivencias traumáticas asociadas al duelo.

**Duelo Ambiguo:** Ocurre cuando la pérdida no está clara o es confusa. Puede suceder en casos de desaparición o relaciones en donde se da la ausencia o la falta por la separación vincular, o porque no hubo despedida; lo que puede dificultar el proceso de duelo. Esta situación adquiere un carácter incierto, confuso y ambiguo, en tanto se tiene la noción de la presencia de quien no está, pero la ausencia se impone. Boss (2001) ha denominado ambigua, a este tipo de pérdida y por ende al tipo de duelo que desencadena. Otra de las características es que suelen permanecer dudas acerca de lo sucedido sin aclararse, lo que genera la percepción psicológica de la presencia o no fallecimiento de la persona. Este estado no habilita el pasaje al proceso de duelo en todas sus etapas.

**Duelo congelado o demorado:** Refiere a la inhibición emocional que puede experimentar una persona en duelo. Pues en lugar de expresar las emociones, se reprimen. También conocido como duelo inhibido o pospuesto. Se presenta en personas que en las fases iniciales del duelo no dan signos de afectación o dolor por el fallecimiento o la pérdida, dando paso a la prolongación del embotamiento afectivo.

Lo que dificulta cada vez más la expresión emocional. Aquí la estrategia de afrontamiento, según Payás (2010), es la evitación, como forma de disminuir la exposición emocional, lo que genera conductas de evasión ante el peligro potencial de expresarlas. Así, la asignación emocional o cognitiva de la pérdida se ve distorsionada o inhibida.

**Duelo exagerado o eufórico:** Según Cabodevilla (2003), se manifiesta de manera intensa y prolongada, con síntomas y reacciones más intensos de lo que comúnmente se esperaría. Puede caracterizarse por la negación extrema en tanto se puede llegar a sostener que la persona está viva.

**Duelo enmascarado:** Cabodevilla (2003) refiere a que la persona experimenta síntomas (somatizaciones) y comportamientos que le causan dificultades y sufrimiento, pero no las relaciona con la pérdida del ser querido. Puede acudir de forma frecuente a consultas médicas buscando respuesta a sus afecciones o disfunciones orgánicas, pero calla el hecho de su pérdida reciente, ya que no lo relaciona con ello.

### Relación entre consumo de sustancias psicoactivas y duelo.

García (2021) en Duelo y adicciones, menciona a “Díaz y Sanabria (1994) los cuales proponen que:

Ante un duelo por la pérdida de un ser querido deben realizarse una serie de reajustes... Cuando la persona no es capaz de ajustarse eficazmente a la nueva situación, se pueden generar alteraciones a nivel emocional y conductual que podrían desencadenar un patrón de consumo. (2021. p.3).

Y agregan que: “la elección de la droga está íntimamente relacionada con la necesidad que tiene el consumidor.”(p. 3). También menciona a “Domínguez (2008) que plantea que la droga puede cumplir una función ansiolítica con el fin de calmar las sensaciones y sentimientos difíciles.” (p.4).

Es decir, el consumo de sustancias es una forma de afrontar el dolor por la pérdida. En este sentido Bermejo J. et al. (2016) contribuyen a identificar el concepto de afrontamiento evitativo, durante el curso del proceso de duelo, como funcional y adaptativo:

Lazarus y Folkman, 1984... establecieron dos tipos de afrontamiento: aquel centrado en la emoción y aquel centrado en el problema. En el primero se busca regular la emoción causada por el estrés y en el segundo se intenta manejar el problema que lo origina. Por otro lado, autores como Rodríguez Marín (1996) distinguen entre formas de afrontamiento activas (o de afrontamiento del problema) y evitativas (que permiten escapar del problema). (2016. pp. 129–142).

Aitziber P. y Conejero S. (2019), definen el concepto de afrontamiento como un conjunto de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible las demandas internas y ambientales excesivas o estresantes, para poder reducirlas, minimizarlas, tolerarlas o controlarlas.

Es importante identificar dentro de la estrategia de intervención, en el tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, el tipo de afrontamiento que las personas utilizan, más aún en aquellas que se encuentran o se han encontrado ante situaciones de duelo. Se podrán reconocer personas que han pedido ayuda para su elaboración, lo que expresa el afrontamiento activo de la situación y de las emociones. Y demuestra mayor adaptabilidad y resiliencia. A diferencia de personas que mediante el afrontamiento evitativo, a largo plazo necesitan mayor atención profesional dada la sintomatología asociada a la pérdida, la cual es vivida como traumática y por consecuencia el proceso de duelo se torna complejo.

Vale decir que en el proceso de duelo el consumo de sustancias psicoactivas, puede convertirse en un mecanismo de afrontamiento, que incluso puede ajustarse a cada etapa en el modelo de Kübler-Ross:

Durante el momento de negación, donde la persona tiende a negar la realidad de la pérdida, el consumo de sustancias psicoactivas puede utilizarse como una forma de evadir de forma temporal el dolor emocional y la realidad, aliviándose.

Durante el momento de ira, las personas sienten enojo y frustración ante la pérdida. El consumo de sustancias psicoactivas en esta etapa puede ser una manera de expresar la ira o de consumir para calmarla. También puede suceder que debido a la culpa asociada a la pérdida o a las situaciones que quedaron pendientes con quien falleció, el consumo es un modo de provocarse daño en forma de autocastigo.

Durante el momento de negociación, las personas intentan negociar con una figura superior, con el destino o incluso consigo mismas para tratar de revertir la pérdida. Aquí el consumo de sustancias suele estar relacionado con los intentos de integrar lo sucedido.

Durante la fase de depresión, en la cual se experimenta profunda tristeza y desesperación, el uso de sustancias puede intensificarse como una forma de auto-compasión o como una manera de calmar emociones dolorosas.

En la etapa de aceptación o aprendizaje, las personas comienzan a aceptar la realidad de la pérdida y a adaptarse a una vida sin la persona, o con aquello que han perdido. El consumo de sustancias en esta etapa tiende a disminuir ante la posibilidad de encontrar formas más saludables de integrar el duelo.

Existen situaciones donde el proceso de duelo se estanca y el consumo de sustancias se puede acrecentar, lo cual impide el curso natural del mismo o su integración, por lo que la persona queda a nivel emocional detenida. Es lo que se denomina duelo no resuelto, congelado o patológico.

Aquí la persona suele experimentar dificultades para transitar a través de las etapas del duelo, lo que puede evidenciar la falta de apoyo emocional, la dificultad personal y del entorno para procesar las emociones. Lo que perpetúa la negación persistente de la pérdida, tras la imposibilidad de hablar de la misma o tras la acción de guardar secretos familiares en torno de lo sucedido.

Así, el consumo de sustancias psicoactivas posee una función, muchas veces no reconocible para la persona, en donde el uso de las mismas son un mecanismo de afrontamiento y una forma de aplacar las emociones dolorosas. Pues aportan alivio temporal de las emociones difíciles asociadas al duelo, a la vez que las sensaciones placenteras surgen como efecto del propio consumo. Lo que agrava aún más el duelo no resuelto.

Identificar el abordaje de los duelos en el tratamiento de los consumos de sustancias psicoactivas, pone en evidencia que la comorbilidad (coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas), se encuentra presente, en tanto a menudo coexisten trastornos emocionales, como la depresión y la ansiedad, que pueden tener su origen en duelos no resueltos. En los

cuales, también es posible identificar comportamientos de automedicación, como formas de autocompensación, para lidiar con el dolor emocional.

Otro de los aportes al respecto de la funcionalidad del uso de sustancias psicoactivas, es el de Schreck H. (2018) quien expresa que el vínculo que la persona establece con las sustancias será subjetivo: “según sus efectos, características y propósitos.” (p.69). También considera la clasificación de Vidart (2014), el cual clasifica a las sustancias y a sus efectos según dioses mitológicos (dionisiacas, apolíneas, morfeicas, circeanas, proteicas) y expresa que su consumo tiene la finalidad de regular y equilibrar un sistema nervioso que ha perdido el equilibrio en el dolor. Y, que a su vez estos usos, son una forma de integrar la dimensión del deseo en sentir placer, un placer que permita: frenar, escapar, aliviar, expresar, sedar, acallar, separar, potenciar, compartir o ser otra versión distinta de la que se es ante el dolor y el placer. Esta clasificación resalta la vinculación mística que surge ante la posibilidad de los distintos consumos de sustancias psicoactivas, dimensión que es necesaria integrar ante la evidencia en torno al dolor por la pérdida y sus expresiones.

También los usos de sustancias psicoactivas se asocian al momento de la muerte misma, en la historia de la humanidad mediante rituales ancestrales mágico - religiosos; lo cual muestra la imperiosa necesidad de experimentar la existencia de un más allá, o de comunicarse con deidades o seres superiores.

De aquí, también la importancia de considerar la dimensión espiritual en las estrategias a definir en el tratamiento y acompañamiento de personas que las usan.

Igual de importante es identificar cuáles son los conceptos y creencias que los profesionales en relación de ayuda, tenemos sobre la muerte y el duelo, así como de su elaboración. En tanto esto también influye en la elaboración del proceso que realice el doliente. Es decir, es necesario considerar en las estrategias de intervención con personas que consumen sustancias psicoactivas; los mitos y preconceptos que se tienen sobre el duelo o sobre la muerte para así acompañar en la integración de la elaboración del mismo.

En este sentido es apropiado mencionar que existe una tendencia en estos tiempos de medicalizar procesos de la vida cotidiana que son naturales, en tanto se tiende a dotar a “algo” de carácter médico, con el objetivo de ofrecer asistencia médica y así iniciar tratamientos medicamentosos para curar aquello que no tiene

cura como tal, pues es parte de la vida, como lo es: el sufrimiento, el dolor ante la pérdida de un ser querido. Según expresa Ehusfera (2012):

Medicalización de la sociedad... el duelo o luto que algunos han tratado de convertir en una enfermedad mental en lugar de lo que es, un sufrimiento, dolor o pesar por la pérdida de un ser querido. Entre los que tienen esta visión "medicalizadora" se encuentra la American Psychiatric Association que en su próxima 5ª edición del... DSM-5... Se recoge que los sentimientos de tristeza profunda, pérdida, insomnio, lloro, incapacidad de concentración, cansancio y falta de apetito, que dure más de dos semanas después de la muerte de un ser querido, deben diagnosticarse como depresión y no como una reacción normal de duelo. ... El duelo no es una enfermedad, es más útil pensar que es parte del ser humano y una respuesta normal a la muerte de una persona amada. Poner un plazo es inapropiado... Ocasionalmente se puede desarrollar una enfermedad por un duelo prolongado o una depresión, que pueden necesitar tratamiento, pero la mayoría de las personas que experimentan la muerte de alguien a quien aman no necesitan ser tratados por un psiquiatra o por cualquier doctor. Para aquellos que sufren un duelo, los médicos pueden ofrecer una ayuda mejor dedicándoles tiempo, compasión, recuerdo y empatía, más que recetando pastillas. (2012. p.1).

Por lo que identificar y tratar los duelos subyacentes es esencial para abordar las posibles causas de los consumos de sustancias psicoactivas, en espacios seguros para que los individuos expresen sus emociones, reciban apoyo y aprendan a integrar la pérdida de una manera más saludable. Mediante la integración del manejo del estrés, la tristeza y otros desafíos emocionales del proceso de duelo. En pos de mejorar la calidad de vida y reconstruir relaciones interpersonales e incluso poder prevenir que la persona vuelva a situación de consumo problemático a través de la comprensión, contención e identificación de duelos pasados y presentes.

### **Duelo como experiencia traumática y consumos de sustancias psicoactivas.**

García Caballero (2020 -2021), se refiere a Caparrós (2017) quien enfatiza en la relación del duelo crónico como experiencia traumática y su vinculación con el trastorno por abuso de sustancias. Expresa que los procesos de duelo para personas

que presentan consumo de sustancias psicoactivas pueden ser más complicados, debido a que la región del cerebro que se activa al recordar el fallecimiento es el núcleo accumbens (estructura cerebral subcortical) donde se estimula el sistema de motivación y recompensa (sistema dopaminérgico) el cual está afectado por el propio consumo. Por lo que la influencia que ejerce el duelo y el consumo de sustancias, sobre esta zona del cerebro refuerza un mecanismo de retroalimentación mutua. Ante esto, es necesario identificar los factores de riesgo asociados con el inicio del consumo, con el abuso o con volver a situaciones de consumo tras períodos de abstinencia (“recaídas,"); pues entre ellos pueden mediar procesos de duelo previos sin resolver, sin integrar. A su vez, las pérdidas que ocurran pueden fomentar la continuación de esta situación.

Así, aunque parezca paradójico, el consumo de sustancias es un mecanismo de autorregulación que recrea a la vez el impacto de la situación traumática, en tanto vivencia conocida, que aporta seguridad. Es decir, si bien el alivio de la vivencia traumática es logrado mediante el efecto de la sustancia, a la vez se vuelve a experimentar el modo de supervivencia post trauma, por lo que el consumo de las sustancias no solo refuerza la vivencia traumática sino que la perpetúa, en un sentido de búsqueda constante. En la ambivalencia de intentar disminuir el impacto traumático a lo largo del tiempo, se produce a la vez la activación de los circuitos de recompensa, lo que genera la necesidad de mediar el dolor existencial por intermedio del consumo volviéndose cíclico.

Esta relación no siempre es consciente para quien la realiza, pues en la mayoría de las situaciones las personas no vinculan la vivencia traumática del duelo como sentido que sostiene la búsqueda de alivio y de recompensa mediante el consumo de sustancias psicoactivas. De allí la importancia de incorporar en las estrategias de abordaje en los tratamientos, la evidencia del historial de pérdidas que desencadenaran duelos, y así identificar en ellos los que permanecieron congelados o fueron patológicos. Desde mi ejercicio profesional he escuchado y acompañado personas en situaciones de consumo de sustancias que han referido: “Trato de no sentir nada,” “Hago como si no existiera”, “No pienso en el problema”, “No sé por qué me drogo, lo hago para distraerme,” “Mejor no acordarme,” “Nunca hablé con nadie del tema de mi abuela, cuando murió, murió,” “Era chico, los grandes se pensaban que no me daba cuenta y se siguió como si nada... había que seguir y yo también seguí,” “Hace tiempo que no hablaba de esto... nunca pensé que el dolor seguía ahí,” “Era

chico y no me dejaron ir al velorio, me dijeron que mi padre tuvo un accidente y nada más,” “No quería dar problemas pero no me portaba muy bien, me decían que era mi culpa cuando me enojaba y me escapaba de la clase, no pasé de primero de liceo; ahora entiendo la impotencia que sentía cuando mi hermana murió y no pude hacer nada, no me dejaron... fue mi culpa.”

Estas frases suelen ser palabras cotidianas que se escuchan ante la pregunta: “¿Cómo te sentiste cuando falleció? Todas incluyen intentos de olvidar la pérdida: distrayéndose o evadiendo lo ocurrido, para calmar el dolor de la pérdida.

Volkow N., Koob G. y Mc. Lellan A. (2016), expresan acerca de la “neurobiología de la adicción” que:

...representa una desregulación dramática de los circuitos motivacionales que es causada por una combinación de importancia exagerada de incentivos y formación de hábitos, déficit de recompensa y exceso de estrés, y una función ejecutiva comprometida en tres etapas... Los efectos gratificantes de las drogas de abuso, el desarrollo de incentivos prominentes y el desarrollo de hábitos de búsqueda de drogas en la etapa de atracones / intoxicaciones implican cambios en la dopamina y los péptidos opioides en los ganglios basales... Los aumentos en los estados emocionales negativos y las respuestas disfóricas y similares al estrés en la etapa de abstinencia / afecto negativo implican disminuciones en la función del componente de dopamina del sistema de recompensa y el reclutamiento de neurotransmisores de estrés cerebral, como el factor liberador de corticotropina y la dinorfina. El neurocircuito de la amígdala extendida... El deseo y los déficits en la función ejecutiva en la llamada etapa de preocupación / anticipación implican la desregulación de las proyecciones aferentes clave desde la corteza prefrontal y la ínsula, incluido el glutamato, hasta los ganglios basales y la amígdala extendida. Los estudios genéticos moleculares han identificado factores de transducción y transcripción que actúan en el neurocircuito asociado con el desarrollo y mantenimiento de la adicción que podrían mediar la vulnerabilidad inicial, el mantenimiento y la recaída asociados con la adicción. (2016. pp. 760 - 773).

Desde una perspectiva neuroquímica definen que:

...La adicción a las drogas se puede definir como un trastorno crónico recurrente, caracterizado por la obligación de buscar y tomar la droga, la pérdida de control en la ingesta limitante y la aparición de un estado emocional negativo (p. Ej., Disforia, ansiedad, irritabilidad) cuando el acceso a la droga es prevenido... Desde una perspectiva diagnóstica, el término adicción ahora está abarcado por el término trastornos por uso de sustancias. (2016. p. 760 - 773).

Como se mencionó, es necesario identificar que la vivencia traumática ya sea por situaciones de abuso sexual, negligencia, violencia u otros eventos como las pérdidas y procesos de duelo; tienen su impacto en el sistema dopaminérgico, al igual que las sustancias psicoactivas. Según Mandal A. (2018) la dopamina es un neurotransmisor en el cerebro que interviene en la regulación del estado de ánimo, la motivación, el placer y la recompensa. Por lo que la vivencia traumática puede influir en la dopamina, en cuanto a la disfunción en el sistema de recompensa, en esta situación la persona podría presentar dificultades para experimentar placer y recompensa, asociado a bajos niveles de dopamina. También podría desencadenar hipersensibilidad al estrés, en tanto la persona será más propensa a la respuesta de lucha o huida a nivel fisiológico, lo que puede elevar los niveles de estrés crónico. Lo cual, afectaría de forma negativa la regulación de la dopamina y contribuiría a la generación de problemas de salud como la depresión y la ansiedad. La cronicidad de esta situación puede llevar a la anhedonia (incapacidad para experimentar placer) ante lo que algunas personas pueden buscar actividades o sustancias que estimulan la liberación de dopamina, o llegar a presentar abuso de sustancias, para aliviar el malestar causado por la vivencia del trauma. De esta forma se instala un comportamiento que se caracteriza por el reforzamiento del sistema dopaminérgico. Incluso aun si la persona no recuerda la vivencia traumática y solo vivencia sus efectos desde un lugar de desconexión y escisión, mediante síntomas de estrés post traumático. Lo cual evidencia una vez más la necesidad de abordar las situaciones traumáticas de las personas y no solo expresar una terapéutica basada en las sustancias, sus usos y efectos.

Según Mandal A. (2018) los cambios que puede generar la vivencia traumática a nivel de la funcionalidad cerebral en cuanto a la regulación de dopamina, puede afectar el hipocampo, esta estructura cerebral que participa en la regulación del estrés y la memoria. Es también importante tener en cuenta que la relación entre la vivencia del trauma y la dopamina es individual y puede variar según la persona y la naturaleza del trauma. Además, no todas las personas que han experimentado vivencia traumática desarrollarán problemas en la regulación de dopamina.

En cuanto al impacto que poseen las pérdidas desde el mecanismo de retroalimentación, Neimeyer (2007) menciona que se puede entender de distintas maneras como: la privación de algo que se tenía, el fracaso en conservarlo, la disminución o la destrucción. Lo cual contribuye al sentimiento de malestar generado por la pérdida, que puede causar emociones como derivadas de la culpa, la incompreensión o la falta de apoyo social por personas cercanas. Lo que deviene y provoca, en algunas ocasiones secretismo y angustia ante la pérdida. De este modo las sustancias son una forma de afrontar las pérdidas y mitigar el dolor asociado a ellas.

Maté, G. (2009), expresa que el vínculo entre las experiencias de la infancia, el estrés y el entorno; influyen en la salud mental, en el bienestar de las personas y en su comunidad. Profundiza en el impacto que las experiencias traumáticas tienen sobre el desarrollo y en su posterior relación con el uso de sustancias, en búsqueda de la autocompasión y autorregulación. Destaca el papel del estrés crónico, del sentimiento de desconexión, de aislamiento y de vacío; que presentan las personas que usan sustancias en niveles problemáticos o de dependencia. Argumenta que el estrés prolongado afecta el desarrollo del sistema nervioso, lo que puede llevar a comportamientos de trastornos por el uso de las mismas; como forma de lidiar con el dolor emocional. Establece que a mayor vulnerabilidad y adversidad en la infancia, mayor es la probabilidad de establecer vínculos de dependencia con las sustancias. Lo que no significa que todas las personas que han vivido experiencias traumáticas las usen de forma dependiente o asuman riesgos y daños asociados a su consumo. Pero sí, que quienes lo hacen de este modo, dan respuestas desde el consumo a la vivencia traumática y suelen presentar afectación en el control de impulsos, en la toma de decisiones y en la activación del sistema de recompensa (sistema dopaminérgico). Por lo que comprender las raíces subyacentes del sufrimiento, es fundamental para la elaboración de estrategias en el tratamiento de las personas que consumen sustancias psicoactivas.

El duelo se puede experimentar como un evento traumático, ya sea por las características de quien duela, del entorno o del vínculo que se tenía con quién falleció o con aquello que se perdió. O, por las características de cómo sucedieron los hechos referentes a la pérdida o con la forma de morir. En este punto los pensamientos recurrentes y sentimientos angustiantes intensifican el malestar por la separación. Por ejemplo, desde la escucha en mi labor como psicóloga, estas situaciones suelen asociarse a fallecimientos que se han dado de forma súbita (homicidios, ajuste de cuentas, accidentes de tránsito o laborales, suicidio -aquí prevalece la preocupación angustiante y persistente acerca de la naturaleza de la muerte-, situaciones donde no están claros los últimos momentos del fallecido, o situaciones donde existieron grados de sufrimiento), incluso situaciones donde los procedimientos de autopsia retrasan o impiden el sepelio. En estas situaciones el superviviente puede desarrollar sensación de irrealidad o incredulidad de lo sucedido. Sentimientos de culpa, impotencia y remordimiento. Aquí el duelo suele procesarse de forma retrasada, donde son más las interrogantes que las respuestas al respecto de lo ocurrido.

A decir de Maté (2021) el trauma es una vivencia subjetiva, y ésta puede ser modificada, no así los hechos que se sucedieron, por lo que trabajar sobre esas vivencias, habilita al cambio, a la transformación y a la sanación. Maté reafirma el papel central de las experiencias de la primera infancia en el desarrollo del cerebro y cómo esas experiencias pueden también afectar (desde patrones de comportamiento hasta enfermedades físicas y mentales). Expresa que el trauma es una forma de desconexión con quien somos, es una forma de vivir en soledad la experiencia traumática. Por lo que la terapéutica implica el diseño de estrategias de reconexión con el ser que somos más allá del dolor y más allá del miedo que ello implica.

La configuración del trauma no viene de las experiencias dolorosas, sino de lo que sucede dentro nuestro como resultado de lo que pasó. Y de cómo nos comportamos al respecto de ello, es decir si compartimos o no el dolor, cómo lo expresamos, o si nos aislamos en el dolor y en la soledad. Maté (2021) menciona que el trauma es una herida psicológica con la que convivimos y suele ser inconsciente, e impacta en la forma en la que establecemos nuestras relaciones interpersonales. Lo que define patrones culturales de crianza que replican las heridas traumatizantes en las siguientes generaciones. El término "trauma" proviene del griego, y se refiere a una lesión o herida física, sin embargo, desde la salud mental se entiende como una herida en la mente, en la psique, en nuestro ser emocional y en el alma que sufre.

## Abordajes Terapéuticos.

El trauma es el significado que le damos al dolor, a lo que Levine P. (2019) llama “la tiranía del pasado,” refiriéndose al impacto negativo que el pasado puede tener en la vida de una persona. La cual, limita su vida presente, en la repetición de patrones de pensamiento o comportamiento arraigados, de forma opresiva. Levine P. (2019), expresa que los recuerdos y los circuitos cerebrales involucrados en el mantener los mismos potencian el trauma para influir en cómo pensamos, sentimos e interactuamos. Es decir que, los recuerdos emocionales dañinos asociados con el trauma permanecen encerrados en nuestro cuerpo. Define un modelo de intervención llamado Somatic Experiencing, (experiencia somática) en la cual se procura movilizar los sentimientos implícitos inducidos por el trauma, encerrados en el cuerpo, hasta llegar a la comprensión explícita y consciente de los mismos. En tanto se logran movilizar e integrar los recuerdos no resueltos, en contextos seguros y con acompañamiento terapéutico, el trauma puede ser un catalizador de transformación; con la posibilidad de volver a narrar lo sucedido en un sentido liberador de la “tiranía del pasado”.

Levine (2019) relaciona el trauma (psicológico y emocional) y la memoria. En tanto el cuerpo almacena memorias traumáticas de eventos pasados, por lo que liberar la tensión y la energía atrapada en el cuerpo habilita la sanación del trauma.

Las heridas tempranas, resurgen y aparecen de muchas formas en las relaciones vinculares, incluso en el vínculo que se establece con el uso de sustancias psicoactivas, recreando la vivencia traumática en la búsqueda del alivio constante, en la trascendencia del dolor, en la trascendencia de la herida interna que da significado al trauma.

A decir de Fernández S. (2011) Detrás del uso de sustancias psicoactivas y en particular detrás del uso dependiente existiría una búsqueda trascendente, aunque temporalmente distorsionada, un anhelo ontológico de trascendencia y reintegración con la totalidad del Universo que por diversas circunstancias biográficas, históricas y psicosociales se ve convertido en una búsqueda regresiva de indiferenciación y de meras experiencias de pseudo -unidad. (2011. p.48).

Por lo que es posible afirmar que el trauma puede ser inducido por un solo evento dramático, por ejemplo la muerte de uno de los progenitores o alguien que ocupe el lugar de referente socio emocional, que represente una relación de apego.

Lo cual será vivido como una pérdida, como una herida de abandono, que se expresará en patrones vinculares disfuncionales futuros. En tanto durante el desarrollo pueden establecerse circuitos cerebrales de ansiedad y pánico, que serán activados y extrasobreactivados (retroalimentados), ante situaciones estresantes en donde la persona vivencia que fue abandonada, lo que genera un vacío insaciable, en el cual el consumo de sustancias se expresa como una forma de afrontamiento, tras la experiencia de los efectos fisiológicos de las mismas; más que nada ante el efecto placentero. Aquí a decir de Maté (2021): el trauma es trasladado a la fisiología del individuo pues, no se puede separar la mente del cuerpo. Y no se puede separar el individuo del medio ambiente.

Al considerar en el abordaje del proceso terapéutico el duelo patológico, se habilita la posibilidad de expresar las emociones, ante la vivencia traumática; lo que contribuye a la sanación no solo individual, sino también y por consecuencia de la descendencia futura. Ya Freud S. (1915 -1916), postuló que las experiencias traumáticas pueden influir en generaciones posteriores a través de procesos psicológicos, como la represión y el inconsciente; mediante la influencia de las experiencias infantiles en la configuración de la psicología adulta.

Uno de los aportes terapéuticos que contribuyen al abordaje de la experiencia traumática es la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento del Trauma (EMDR) de Shapiro F. (2014). En sus palabras:

Muchas personas en duelo tienen la sensación de estar atrapadas en la tristeza, junto con imágenes horribles que continúan apuñalándoles el corazón. Sobre todo, cuando alguien muere de repente, la persona puede sentir culpa por pensar en todas las cosas que debería haber dicho o hecho y no hizo cuando tuvo la oportunidad. Esos sentimientos de responsabilidad se incrementan a menudo con imágenes de sus seres queridos sufriendo. Los recuerdos suelen permanecer sin procesar y pueden hacer que el dolor continúe durante años. Para otros, incluso si no hay culpa, solo hay recuerdos negativos que continúan alimentando la tristeza. Shapiro, F. (2014. p.288).

El duelo por la pérdida también es vivenciado como experiencia traumática ante situaciones de abuso o violencia, aquí lo que se ha perdido son las figuras referentes de seguridad y protección, o la estabilidad, o la paz o la tranquilidad en

la cual se vivía. Desde mi experiencia como psicóloga escucho a las personas que refieren que existe un antes y un después drástico y dramático, un corte o quiebre en sus vidas; lo cual es vivido como: “dejé de ser lo que era,” ante la experiencia de situaciones de abuso y violencia.

Así, sobre la base de estas experiencias, las situaciones de pérdidas y duelo posteriores, reactivarán el trauma anterior, lo que llevaría a aumentar la intensidad de las emociones y los síntomas asociados. Como se expresó, a nivel psicológico se generan respuestas de evitación, para protegerse de la angustia emocional. En el duelo, esto puede manifestarse como la evitación de los sentimientos de pérdida, lo que prolonga el proceso de integración del mismo. La terapia centrada en el trauma, contribuye a abordar estas respuestas evitativas, incluso cuando una de las modalidades de estas respuestas se expresan mediante el consumo de sustancias psicoactivas. Consumos que exteriorizan formas de integrar las emociones abrumadoras o maneras de aliviar el malestar emocional. Por lo que el tratamiento debe de considerar el abordaje de las vivencias traumáticas subyacentes, más allá de la problemática que en principio en la consulta, se expresa mediante las consecuencias del uso de sustancias en sí.

En este sentido, la teoría polivagal desarrollada por Porges S. (2020) vincula el sistema nervioso autónomo (SNA) y su papel en la regulación de las respuestas al estrés y las interacciones sociales. Esta teoría se basa en que el sistema nervioso autónomo no es simplemente un sistema de dos vías (simpático y parasimpático), sino que consta de tres sistemas distintos que evolucionaron a lo largo de la historia humana. Estos tres sistemas son:

El Sistema Nervioso Ventral Vagal (SNVV): Es el sistema más reciente en términos de evolución y se asocia con la respuesta de “descanso y digestión”. Cuando el SNVV está activo, nos sentimos seguros, conectados y capaces de socializar.

El Sistema Nervioso Simpático: Se asocia con la respuesta de “lucha o huida” y se activa en situaciones de estrés o peligro. Aquí el cuerpo se prepara para enfrentar una amenaza inmediata.

El Sistema Nervioso Dorsal Vagal (SNDV): Se activa en situaciones de peligro extremo o inmovilización. Puede causar una respuesta de “congelación” en la que el cuerpo se siente impotente y desconectado.

Cuando se trata del proceso de duelo, la teoría polivagal proporciona explicaciones sobre cómo el SNA influye en la experiencia de una persona durante el duelo. En tanto puede darse una respuesta de lucha o huida, al experimentar una pérdida significativa, en donde el sistema nervioso simpático se activa, mediante la manifestación de ansiedad, miedo o incluso enojo. Así, el cuerpo se prepara para enfrentar la amenaza percibida (en este caso, la pérdida) de manera similar a como lo haría en una situación de peligro. Aquí el consumo de sustancias psicoactivas puede ser una forma de autorregulación del sistema para volver al equilibrio perdido.

También a nivel del SNA, puede darse una respuesta de congelamiento, en tanto en algunas etapas del proceso de duelo, una persona puede sentirse abrumada por la tristeza o la pérdida y entrar en un estado de desconexión. Esto podría estar relacionado con la activación del sistema nervioso dorsal vagal, que está asociado con la inmovilización y la desconexión social. Ante lo cual puede surgir la necesidad del consumo de sustancias para restablecer la alerta necesaria y así ser funcional en la vida cotidiana.

La teoría polivagal, como teoría neurobiológica de la regulación de las respuestas fisiológicas y emocionales en situaciones sociales, realiza aportes también acerca de la comprensión y funcionalidad del consumo de sustancias psicoactivas. Funcionalidad que expresa la búsqueda de autorregulación mediante el consumo de las mismas, como forma de restablecer el equilibrio emocional y químico; perdido ante la vivencia traumática, la cual puede ser la experiencia de duelo. Con el objetivo y el deseo de aliviar el estrés, la ansiedad o el malestar emocional. Lo que proporciona una sensación temporal de seguridad o alivio.

Es en la medida que la persona atraviesa el proceso de duelo y recibe apoyo emocional de otros, que es posible que experimente momentos en los que su SNVV se active. Esto puede llevar a sentimientos de seguridad y conexión, lo que es esencial para la sanación y la adaptación a la pérdida. De este modo es posible integrar el proceso de duelo en sus aspectos emocionales, cognitivos y sociales; mediante la respuesta fisiológica del SNA y en la posibilidad de reconocer e integrar las respuestas emocionales durante su curso.

A decir de Gonçalvez Boggio L. (2021):

Desde el punto de vista emocional las personas afectadas por toda situación traumatogénica o traumática pueden mostrar reacciones muy variadas y sentir un conjunto de emociones a la vez. Antes de que el tránsito natural hacia la elaboración de los duelos y la aceptación sea posible, la primera reacción suele ser el shock y la negación. Posteriormente pueden manifestarse otros estados de ansiedad, de preocupación excesiva, de miedo, rabia, tristeza y/o depresión, hasta que la aceptación y la adquisición de nuevos hábitos y metas realistas permiten desarrollar diferentes aprendizajes de la situación de crisis y de la adversidad. (2021. p.27).

Otra de las consideraciones teóricas a tener en cuenta en cuanto al proceso de duelo en personas que presentan consumo de sustancias psicoactivas refiere a la teoría del apego. En tanto, según Bowlby J. (2000), el apego es un vínculo emocional profundo y duradero que conecta a una persona con otra a través del tiempo y el espacio. Esta teoría se centra en la forma en que los seres humanos desarrollan vínculos emocionales con los demás, especialmente en la infancia, y cómo estos vínculos afectan la salud mental y emocional a lo largo de la vida. Según esta teoría, en la infancia se desarrollan diferentes estilos de apego (seguro, ansioso, evitativo, desorganizado) en función de las interacciones con sus cuidadores principales. Estos estilos de apego pueden influir en cómo las personas se relacionan con los demás en la adultez y por tanto como transitan experiencias de duelo ante las pérdidas que se suceden durante la vida. Por ejemplo, un apego seguro en la infancia puede proporcionar una base emocional sólida que contribuya a integrar el duelo de manera más saludable. En cambio, las personas que experimentan pérdidas significativas o traumáticas a lo largo de sus vidas pueden recurrir al consumo de sustancias como forma de afrontar la angustia emocional; para mitigar el dolor del duelo. Lo que dificulta la adaptación saludable a la pérdida.

Ante el curso de un proceso de duelo complejo, es posible reconocer síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT). En donde la persona refiere que de forma recurrente percibe intrusiones a nivel de pensamiento y emociones, que se centran en el acontecimiento traumático. Aquí, se potencia el esfuerzo por la evitación de los recordatorios (internos y externos) de los acontecimientos angustiantes y de la experiencia traumática. Herman J. (2004) expresa el concepto de trauma

complejo, cuando coexisten varias experiencias traumáticas a la vez, y las mismas pueden incluso transmitirse a nivel intergeneracional. El TEPT según el CIE-11 (2018), integrado como TEPT Complejo (TEPT - C), como una categoría en sí misma.

Es posible afirmar que la pérdida puede ser vivida como traumática, más aún si la muerte del ser querido fue repentina o violenta, entonces será más probable que aparezcan síntomas de TEPT-C. El cual no es un trastorno de la personalidad, sino una reacción al trauma, en un sentido adaptativo para sobrevivir. A decir de Gonçalves Boggio, L (2021), es posible reconocer con el tiempo: “combinados síntomas de hiper activación, con síntomas evitativos de estrés postraumático, junto a síntomas depresivos. ... conductas evitativas por miedo ... síntomas de ansiedad y angustia, junto a la necesaria elaboración de las pérdidas y de los micro-duelos que tuvieron... (2021. Pp. 142).

El consumo de sustancias puede ser también una forma sintomática de TEPT, lo cual requiere para su abordaje de la integralidad mencionada con anterioridad así como un enfoque interdisciplinario.

Gonçalves Boggio L. (2008) refiere que el proceso de recordación o de duelo se puede volver atemorizante o invasivo y que:

En el proceso psicoterapéutico, los pacientes deben construir una nueva vida... para revertir el axioma clínico postraumático de que “todos los caminos conducen al trauma”. La sobre-estimulación del sistema nervioso de los pacientes con TEPT les dificulta entrar en un estado de relajación parasimpático, necesario para las actividades placenteras... una existencia sin placer... la experiencia de sentimientos ... dolorosos y terribles del pasado traumático... bloquea cualquier acceso a recuerdos o experiencias positivas, determinando una disminución en la capacidad para experimentar placer. ... en la psicoterapia ... facilitamos a los pacientes la entrada a estados parasimpáticos más relajados, de manera de que puedan reconectarse con las experiencias de placer... aprende a recuperar su poder cotidiano, su potencia expansiva y encara la tarea de crear un futuro. En términos de la Psicología del Yo el paciente con TEPT ha hecho un duelo por el viejo yo que el trauma destruyó, y ahora debe desarrollar un nuevo yo. (2008. p. 236)

Gonçalvez Boggio (2008) aporta fases que hacen al proceso de recuperación del TEPT, las cuales pueden ser integradas al respecto de las estrategias de intervención en los procesos terapéuticos propuestos para personas que presentan consumos de sustancias psicoactivas. Estas fases identifican aquellas tareas que la persona debe de realizar y que son comparables a su vez, a las tareas o fases que dentro del proceso de duelo se transitan. A saber:

... Reconciliarse con uno mismo y con los otros... requiere reprocesar aquellos aspectos del sí mismo que fueron impuestos por el trauma ... el paciente desarrolla, en esta etapa, un nuevo sentido de auto-valorización, identificando los aspectos positivos del yo que fueron forjados en la experiencia traumática. "Reconciliarse con otros" involucrará la capacidad del paciente de sentirse autónomo mientras establece la conexión con otras personas, y entre ellas, con el psicoterapeuta, a través de la profundidad de la resonancia y de la transferencia creativa. -Aprender a pelear: ... involucra el entrenamiento en auto-defensas. ... dar al paciente la sensación expansiva de agresividad, fuerza, equilibrio, soporte y arraigo. ... Si la contención fue el objetivo de las primeras etapas de la recuperación, la movilidad debe ser el objetivo de la ... última fase...con la renegociación del material traumático ... El trabajo expresivo no está ya centrado en la liberación de las explosivas emociones reprimidas o disociadas del pasado, sino en profundizar y ampliar el rango de expresión en la vida presente del paciente, lo que vuelve al trabajo psicoterapéutico menos dramático y más placentero. ... El curso de recuperación en pacientes con TEPT no sigue siempre una progresión simple. A menudo se detiene y se repliega. Tenemos que aprender que los pacientes irán pasando por estas etapas de recuperación siguiendo un movimiento en espiral, en donde, en cualquier momento, se puede regresar a etapas más tempranas del proceso. Al igual que en la vida, el proceso psicoterapéutico no sigue un camino lineal predeterminado.... indicios de resolución consiste en el restablecimiento en los pacientes de la capacidad para experimentar placer en su vida cotidiana y para restablecer relaciones con los demás. (2008. Pp. 235 - 238).

Por otro lado, Gonçalvez Boggio L. (2017) refiere al respecto de las pérdidas que emigrantes uruguayos retornados vivencian y su vínculo con el estrés postraumático. A saber:

... la elaboración de duelos de forma permanente. Dichos duelos adquieren formas significativas ya que se trata de pérdidas parciales. Decimos parcial ... porque ... no significa una pérdida absoluta en el sentido de muerte, sino que por el contrario es la pérdida de la formalización real del vínculo, por lo tanto el vínculo adquiere la conformación de un fantasma. Está y no está. ... implicó (a) reconstruir un nuevo mapa emocional y funcional. ... este período se corresponde a un proceso de duelo personal, ... se manifiesta en un proceso de múltiples microduelos, en la práctica, este proceso es minimizado u obviado a raíz de la necesidad prioritaria de adaptación al nuevo ambiente cultural y a la construcción de un nuevo territorio existencial. Reconstruir viejas redes hoy debilitadas. (2017. p. 39).

Del mismo modo estas vivencias y sus consecuencias son aplicables durante el tratamiento para personas que presentan consumos de sustancias psicoactivas. Personas que también cursan micro duelos durante el proceso de adaptación a una nueva cotidianeidad y estilo de vida, sin el vínculo persistente con la sustancia.

### **Consideraciones finales.**

Desde una concepción integral propuse dar lugar a tener en cuenta de forma específica al acompañamiento de los procesos de muerte y duelo, dentro de las estrategias de intervención con personas que presentan consumos de sustancias psicoactivas. Considero que el trabajo terapéutico en este sentido, es también un trabajo tanatológico, en tanto que la labor que se realiza implica el contacto constante con las pérdidas y con la muerte misma. Creo necesario habilitar el diseño de estas estrategias tanto a nivel preventivo, diagnóstico y clínico, desde una concepción de derechos humanos.

Desde el punto de vista social, creo fundamental generar cambios al respecto de habilitar el cuestionamiento de los mandatos sociales y creencias limitantes que obturan la integración y el transcurso natural del proceso de duelo; como son: la felicidad continua, la eterna juventud, el de "seguir adelante a pesar de todo," el progre-

so, la alegría constante. Propuse cuestionar abordajes basados en la medicalización y la farmacología, que refuerzan la patologización del proceso de duelo y muerte. Así como, el no reconocimiento a nivel social e institucional de los tiempos necesarios para la integración y transcurso del tiempo de duelo de un modo natural y sano.

Este trabajo también pretendió ser una invitación a preguntarnos y examinarnos acerca de cuál es nuestra actitud con respecto a la muerte, pues para estar presentes y dispuestos como terapeutas debemos estar presentes en la visualización de nuestros pendientes en cuanto a nuestro histórico de pérdidas y los procesos de duelo que hemos transitado. Para así, mostrar la empatía necesaria, para con alguien que se encuentra sumido en el dolor de la pérdida; ya sea consciente o no de ello. Empatía que habilitará la recepción y atención, desde un lugar compasivo, desde el análisis permanente de nuestras implicancias en el proceso terapéutico de acompañamiento.

Quisiera resaltar que el uso de sustancias psicoactivas en el desarrollo de duelos patológicos está directamente relacionado a los patrones vinculares que establecemos en lo más íntimo de nuestras familias, en lo más íntimo de los entornos en los cuales vivimos de forma cotidiana. Y que el acompañamiento terapéutico puede realizarse más allá del tiempo que hubiere transcurrido del momento de la pérdida.

Para lo cual es también necesario brindar mayor apoyo dentro de los tratamientos por consumo de sustancias, a las personas que están pasando por procesos de duelo, mediante la comunicación abierta que integre el dolor de manera constructiva, brindando respuestas efectivas a las inquietudes que surgen ante la muerte de un ser amado, donde se puedan desmitificar las percepciones tradicionales relacionadas con el fallecimiento; con el propósito de comprender que el duelo no se supera. Pues esta consideración convierte a la situación como algo que debería de suceder en el futuro, algo a alcanzar y que en la medida en que no se logre la frustración y el dolor se acrecentarán, desde la soledad y en silencio. Desde la perspectiva de la superación del proceso de duelo, nos encontramos negando la situación en el sentido de: "ya va a pasar," "tienes que seguir adelante." De esta forma no se generan los aprendizajes que hacen al proceso de integrar la ausencia. Desde ese lugar el efecto es la búsqueda de intentar no percibir el dolor, con la falsa creencia de que así duele menos, dando curso al efecto contrario, donde el dolor permanece y se "camufla" expresándose en diversas formas, entre ellas el consumo de sustancias. El hecho de evitar el sufrimiento del duelo aplaza la calma y la posibili-

dad de descubrir una nueva relación con la persona que ya no está; desde el recuerdo grato y la serenidad. Pues del otro lado de la tristeza y de su curso se encuentra la aceptación, de la nueva realidad. Aunque suene simple al leerlo, sabemos que no lo es, pues el tabú en torno a la muerte y el consumo de sustancias, comparten similitudes y conexiones en la forma en que son tratados en nuestra sociedad. Lo que acrecienta la estigmatización, la vergüenza y el temor a ser juzgados. Más aún si hablamos de aquello que pasó hace tanto tiempo y ya debiera de haberse superado. Lo cual disminuye la posibilidad de recibir ayuda, apoyo y contención, ya sea de amigos, familiares, terapeutas o grupos de apoyo.

Este trabajo pretende contribuir a la formulación de marcos legales que garanticen la posibilidad de transitar este tiempo de pérdidas de una forma acompañada, con la accesibilidad y tiempos necesarios para la realización de gestiones burocráticas, dentro de los tratamientos por consumo de sustancias.

Quisiera aquí enfatizar también en la necesidad de reducir el estigma de buscar ayuda profesional, pues será beneficioso que la persona pueda acceder a terapia o a asesoramiento durante el duelo. Para también contribuir a reducir principalmente la tendencia a la automedicación y a los riesgos y daños asociados a los consumos de sustancias.

Considero necesario continuar trabajando ante los desafíos que se presentan ante la imposibilidad de vivir el proceso de duelo de manera saludable. Una de las primeras acciones que podemos realizar como profesionales es identificarlo.

Otro de los cometidos de esta presentación refiere a dejar en evidencia la falta de acceso a servicios de tratamiento y apoyo específicos en cuanto a los procesos de duelo, más aún en la conjunción con personas que presentan consumos problemáticos de sustancias. Lo cual se evidencia ya desde las anamnesis en protocolos sugeridos, en los cuales las preguntas referentes al histórico de pérdidas significativas, no se encuentran presentes. La mayor presencia de redes de apoyo y la accesibilidad a servicios de salud mental, en lo referente al proceso de duelo y consumos problemáticos de sustancias, favorecería la promoción de la resiliencia. Además de contribuir a la generación de conciencia pública al respecto de la importancia de dar lugar a este momento vital.

Considero relevante habilitar desde el encuentro terapéutico a personas que presentan consumos de sustancias psicoactivas, la identificación del camino de

pérdidas, en tanto es común recibir a personas que relatan cómo han perdido: autoestima, familia, amigos, dinero, trabajos, incluso a sí mismos; más aún cuando el consumo de sustancias se ha visto incrementado, o cuando se presenta en un vínculo de dependencia. Se evidencia la pérdida del control en las decisiones que han tomado, la pérdida de salud y de conexión con los demás. Por lo cual contribuir al reconocimiento de estas pérdidas, desde un enfoque compasivo y reparador, es el inicio de un camino de recuperación, identificando el proceso de duelo desencadenado en cada pérdida y permitiendo la expresión de las emociones que esto implica. Pues incluso, el propio camino de recuperación implica el inicio de otro ciclo de pérdidas que también desencadenan duelos y que en tanto la persona posea información de las etapas o momentos que atravesará, le posibilitará poder tomar mejores decisiones aceptando cada emoción y pensamiento como parte del mismo proceso. Es decir, en sí mismo el dejar de consumir sustancias o usarlas de distinta forma, implica dejar o modificar ese vínculo. Aquí la persona pasará por momentos y estados de nostalgia al respecto de hábitos asociados al consumo, al respecto de su identidad y estilo de vida; construidos en torno al vínculo con las sustancias. Esos momentos requieren de tiempo para ser resignificados por medio de la adquisición de otros hábitos, los cuales son un camino de desafíos cotidianos que pueden llevar a sentimientos de vacío. Así también en cuanto a las relaciones con otras personas se da la ambivalencia de perder relaciones vinculadas con el consumo y el reencuentro con relaciones anteriores dañadas por el mismo consumo, por lo que el acompañamiento terapéutico en cuanto a las posibilidades de reparación, de reconciliación o aceptación del final de una relación son fundamentales. Y repercutirán en micro duelos, que se sucederán dentro del tratamiento. Durante este proceso también se reconocen aquellas oportunidades que no fueron tomadas y se vivencian como pérdidas, ante lo cual es importante contribuir hacia la creación de nuevas metas y propósitos desde el presente que se habita. En algún sentido, reconstruir el deseo como capacidad humana de acción que nos proyecta. Para así, valorar e identificar los aprendizajes alcanzados hasta el momento como parte de la vida, aun estando en situaciones de riesgo o daños asociados al consumo de sustancias. Es decir enfatizar en los aprendizajes logrados durante los procesos de pérdida y recuperación.

Algunos de los aprendizajes recogidos desde mi práctica y que desde este enfoque he evidenciado es el del autoconocimiento, animándonos a reconocer las causas subyacentes de los consumos problemáticos, así como los desencadenan-

tes y las vulnerabilidades singulares que lo han perpetuado. Lo que permite el desarrollo de nuevas habilidades, mediante el reconocimiento de aquellas que ya se poseen y se ponían en acción durante situaciones de consumo o durante el intento del cese o modificación del mismo. Estas habilidades de afrontamiento, de manejo del estrés, de toma de decisiones, de la capacidad de enfrentar situaciones desafiantes; son aprendizajes que están presentes pero que no se reconocen por estar asociados al consumo. El desafío es que, más allá del uso de la sustancia, se pueda valorar y visualizar estos aprendizajes, para poder así darle otro cauce y sentido a estas habilidades. Así sucede que los resultados suelen apreciarse de forma muy rápida, en la concreción de los objetivos propuestos, lo que evidencia aún más que estas habilidades y aprendizajes son propias de la persona, por lo que continuar reforzándolas es fundamental para el proceso de tratamiento. Lo cual contribuye a la reconstrucción de una nueva identidad, más allá del consumo de sustancias. Identidad que se reconoce en sus valores y las metas que se van concretando a partir de ir aceptándose de forma autocompasiva en su histórico traumático y vulnerable.

Otro de los aportes que he pretendido a través de este trabajo es el de la necesidad de reconocer la posibilidad de explorar temas existenciales y espirituales, dentro de las estrategias de tratamiento; en la búsqueda del significado en y de la vida, en la reconexión con valores espirituales o filosóficos. Aquí la escucha empática y sin juicios morales adquiere una gran importancia para la generación del vínculo terapéutico, vínculo que consolida la vivencia de la confianza relacional, que habilita la experiencia real de vincularse más allá del estigma de ser “adicto”. Recuperando el significado, sentido o propósito de la vida, más allá del logro de dejar, disminuir o modificar el patrón del consumo de sustancias. Permitiendo a las personas procesar sus emociones en el aprendizaje de integrar la tristeza, la ira y otras emociones que pueden haber contribuido al incremento del consumo.

Son muchas las personas que refieren sentir un vacío existencial, una sensación de que algo fundamental falta en sus vidas. La espiritualidad, el sentido o el propósito de vida; puede proporcionar un marco para explorar preguntas fundamentales sobre el significado de la misma. Así como también contribuir al desarrollo de la resiliencia. Evidenciando los desafíos y adversidades que han transitado de una manera más constructiva.

## Anexos.

### Referentes afectivos - familiares.

Las familias y la historia de las personas son determinantes a la hora de comprender cómo se duela y si este proceso se vincula con el consumo de sustancias psicoactivas. Es importante realizar esta pregunta a la hora de definir las estrategias de intervención en los tratamientos: ¿Cómo duela esta familia? En tanto el uso de sustancias psicoactivas posee su propósito, su sentido; muchas veces como búsqueda relacionada al vacío que provocan las pérdidas a nivel familiar o incluso social. Hay autores que expresan la relación que existe entre las familias, la persona que presenta consumo de sustancias y las vivencias traumáticas. Como se mencionó, los duelos no integrados pueden ser parte de estas vivencias.

Así Cancrini (1997) describió tipografías familiares, en relación a cómo se conforman las familias ante el consumo de sustancias, mencionando según sus términos:

1. Toxicomanía traumática: A raíz de una vivencia traumática para la familia, alguno de sus integrantes tiende a aislarse e inicia la conducta de consumo, la cual se desencadena en dependencia. El objetivo suele ser el aplacar el dolor, como forma de evasión, como defensa. La familia vivencia el consumo de sustancias también como un hecho traumático.
2. De la neurosis actual: implica un conflicto, del cual la persona es parte. Lo que genera sentimientos de malestar y disminución del deseo en cuanto a intereses, actividades y vínculos. Suelen ser estructuras familiares donde aparece un desbalance de las figuras parentales en cuanto a las implicancias al respecto del vínculo filial (límites débiles, contradicciones en la comunicación). Quien consume queda como el depositario de estereotipos negativos.
3. De transición: Quien consume suele presentar dificultades para asociar el consumo con situaciones de vida y alterna entre estados de euforia y depresión. La familia suele presentarse como quien se sacrifica (codependencia) y no es valorada por quien consume. Así se retroalimentan mediante la percepción de ser castigados por la otra parte. Sin poder asumir la responsabilidad que cada quien posee ante la situación de consumo.

4. Sociopática: son personas que provienen de familias desorganizadas, multi-problemáticas, empobrecidas, con conductas antisociales. En las que ya suelen existir, problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y exteriorizan el problema mediante el pasaje al acto, en la repetición de estos comportamientos.

En lo concerniente al proceso de duelo y el rol que desempeña la familia es sustancial considerar cómo la misma cursa, expresa y habilita o no la integración del mismo. En esta consideración es fundamental identificar cómo se ejerce por parte de cada miembro el lugar de cuidado y apoyo durante este proceso. Pues, todas las personas están implicadas en el curso del dolor, aunque de diferente forma. Estas formas serán variables y proporcionales al vínculo que se tenga con quien falleciera o ante la situación perdida. De allí la importancia de brindar acompañamiento técnico accesible y comprensible, para proporcionar atención integral en el tratamiento por consumo de sustancias.

La situación de duelo genera crisis, que se manifiesta a nivel familiar y es esperable que la tensión y el estrés se acumulen. Es básico respetar estos momentos y abordarlos no como expresiones patológicas, sino como naturales. Pues, cada persona tiene sus propias necesidades emocionales y mecanismos de afrontamiento ante el duelo (negación, culpa, ira, ambivalencia, racionalización, irritabilidad, impotencia, etc.). Las familias suelen pasar por momentos de agotamiento, desasosiego y desconexión; explosiones emocionales que imposibilitan la funcionalidad cotidiana anterior al suceso. También las familias presentan sus propias dinámicas y formas de comunicación, en donde no siempre se permiten expresar sus sentimientos, preocupaciones y deseos. Aquí es necesario estar atentos para brindar asistencia técnica, como mediadores, brindando apoyo y orientación en las intersecciones de los consumos de sustancias psicoactivas y el proceso de duelo; para que todas las partes implicadas expresen sus preocupaciones y temores.

Es importante identificar y comprender los diferentes roles y dinámicas familiares, pues cada familia tiene su propia forma de reaccionar y lidiar ante estas situaciones. Castro M. (2007), refiere que ante la enfermedad y el padecimiento las familias pueden organizarse y expresarse de diferente formas, lo cual impacta también en los modos en cómo se relacionan con los equipos de salud. Así define:

1. Familias presentes continentales: Son las que acompañan de manera activa, brindan apoyo emocional, físico y respaldan al equipo de salud. Estas familias suelen tener buena comunicación y capacidad de contención.
2. Familias presentes acompañantes: Se encuentran presentes pero de manera más pasiva. Pueden tener dificultades para movilizarse emocionalmente y su comunicación con el equipo de salud puede ser limitada. Algunas veces, pueden mostrar indiferencia hacia quien padece y viceversa.
3. Familias presentes conflictivas: Suelen generar perturbación emocional, ya sea mediante exigencias o reproches. Pueden generar un estado de ansiedad exacerbado y dificultar la responsabilidad de quien padece en su propia situación.
4. Familias ausentes circunstanciales: Son aquellas en las que debido a diferentes circunstancias, no pueden estar físicamente junto a quien padece (viajes, distancia geográfica, u otras limitaciones). Aunque su ausencia es temporal, puede afectar la dinámica familiar y el apoyo que se recibe.
5. Familias ausentes estructurales: Aquí hay una falta de presencia emocional y física. Puede haber limitaciones, desagrado, hostilidad y falta de alianza con el equipo de salud. La distancia afectiva y la falta de apoyo son características de esta dinámica familiar.

Además de los roles familiares, es importante tener en cuenta los factores que afectan la reacción de la familia ante el padecimiento y la muerte. Como por ejemplo el papel que desempeña quien padece, o quien falleció, o el tipo de enfermedad o de forma de muerte. Es decir, considerar durante el tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, los valores y creencias familiares, el funcionamiento previo al padecimiento o fallecimiento; el momento emocional y el ciclo vital de la familia y del individuo.

Por su parte, Pichón Riviére E., (1997) expresa el concepto de “chivo emisario,” siendo éste un rol asignado grupalmente y asumido por un miembro del grupo, que denota la característica de líder negativo, en tanto asume y es depositario de los aspectos negativos y atemorizantes del grupo, proceso que lo segrega del mismo. Lo cual indica que esa persona se ha hecho cargo de las ansiedades del grupo. Este

rol, asumido de forma inconsciente, procura al grupo la posibilidad de disociar los aspectos buenos del grupo, de los aspectos malos.

Es posible aplicar este concepto en el trabajo con personas que consumen sustancias psicoactivas, donde se reconoce que las familias suelen depositar en quienes las consumen la causa de todas las dificultades que como grupo vivencian. Esta persona suele ser expresión también, de la resistencia al cambio que la familia sostiene.

A la luz del proceso de duelo, esta persona suele expresar el dolor no elaborado, o no integrado a nivel familiar; al respecto de cómo ha transitado el grupo el proceso de pérdida. Este mecanismo es una forma de respuesta al sufrimiento familiar, el cual sostiene desde su rol, como válvula canalizadora y sanadora a la vez de ese sufrimiento. Lo cual alivia la tensión emocional del grupo, pues se desplaza la responsabilidad del mismo, hacia un individuo. El chivo emisario puede sufrir ostracismo, rechazo o marginación por parte de los demás miembros del grupo. Los cuales no pueden asumir la dinámica psicológica familiar, subyacente o los problemas. Esta persona es funcional al sistema en tanto receptáculo de la culpa y la responsabilidad de las dificultades del grupo, de las tensiones y de los conflictos. Lo cual permite la distracción de los mismos, pues el chivo emisario se percibe como la fuente de todos los problemas. Así la familia evita la introspección, o el enfrentar y abordar los conflictos internos más profundos o históricos, o incluso los secretos que acompañan tal trama vincular. Desde aquí se consolida la identidad y la cohesión familiar, al unirse contra un “enemigo común”, bajo la sensación de unidad.

El chivo emisario funciona a la vez como amortiguador emocional, aunque los demás miembros de la familia no lo reconozcan, pues es él quien carga con la culpa y la vergüenza familiar, y proporciona a los demás una sensación temporal de alivio emocional vivido a nivel inconsciente.

Esta dinámica contribuye a mantener la homeostasis dentro del sistema familiar, en tanto al atribuir los problemas a un individuo, se evita la necesidad de cambiar las dinámicas familiares subyacentes y arraigadas. La persona que asume este rol de manera inconsciente, protege las relaciones y la armonía superficial en la unidad familiar.

Es importante destacar que estas dinámicas son inconscientes y complejas, pues la percepción de alguien que consume sustancias psicoactivas; no es la de asu-

mir este rol funcional a la dinámica familiar, sino por el contrario porta un estigma social. Pues recibe la etiqueta de “problemático” y esta es una percepción que retroalimenta la familia y la sociedad en general. Sociedad que desde la incomprensión y desconocimiento, reacciona desde el miedo hacia las personas que presentan consumo de sustancias, reforzando el estigma.

La estigmatización y la culpa no son estrategias efectivas que los equipos de salud deban de reforzar, más bien es importante identificar las distintas dinámicas familiares, desde una perspectiva comprensiva y educativa, en lo que respecta al consumo de sustancias psicoactivas, dado que es un fenómeno complejo y multifacético. Más aún en cuanto a la intersección entre las vivencias traumáticas, los consumos y las tramas vinculares.

Otro concepto a considerar en la intersección de las personas que consumen sustancias psicoactivas y el proceso de duelo, tiene que ver con las formas de vínculos que establecen lealtades familiares. En tanto estas lealtades inciden en el proceso de integración del duelo a nivel familiar y también en el uso de sustancias. A decir de Boszormenyi-Nagy y Spark: “Los compromisos de lealtad son como fibras invisibles pero resistentes que mantienen unidos fragmentos complejos de conducta relacional, tanto en las familias como en la sociedad en su conjunto.” (2003, p.57). Es decir, estos compromisos en un modo inconsciente, refieren a leyes de fidelidad que se cumplen en el entramado de las relaciones interpersonales. Regulan la cohesión grupal y los roles que se asumirán. Se expresan mediante expectativas a alcanzar o mediante sentimientos de culpa si no se logran. Así se internalizan las creencias, intereses y mitos familiares; que se traducen en relatos. Para garantizar la supervivencia del grupo, un grado de lealtad es sano, pero también sucede que existen expresiones negativas de la lealtad: formas patológicas de vínculo. Las cuales se expresan mediante conductas destructivas o autodestructivas. Para el grupo estas expresiones suelen ser comportamientos desleales, como se evidencia en el consumo de sustancias. Todo lo antes dicho tiene un impacto incluso a nivel epigenético, en tanto la vivencia traumática compleja, puede potenciar la generación de cambios heredables en la expresión génica o en el fenotipo de un organismo, influenciados por factores ambientales, estilo de vida y otros factores externos. Causando, impacto en el desarrollo embrionario, la respuesta a factores ambientales y la adaptación a cambios en el entorno. Lo que puede influir en la susceptibilidad a enfermedades. Y por ende la replicación del trauma a nivel transgeneracional.

Maté G. (2021) define que nadie elige sufrir dolor, y que éste nos dispone para la supervivencia la cual se transmite transgeneracionalmente. Mediante la repetición de los mismos patrones vinculares, educativos, incluso mediante formas distorsionadas de transmitir el apego y el cariño. Son comportamientos aprendidos que se replican, en forma de compulsiones y de consumos, más allá de los consumos específicos de las sustancias. Que desencadenan comportamientos ansiógenos que se alivian tras la repetición de la misma conducta; más allá de las consecuencias negativas, las cuales se identifican pero no son suficientes ante la magnitud de calmar el sufrimiento o restablecer el equilibrio perdido.

Así, la sociedad de consumo es algo que nos contiene a todos y que todos replicamos, en tanto nos cause placer o alivio.

Maté G. (2021) propone integrar en las estrategias de prevención de enfermedades y trastornos mentales, la promoción de entornos compasivos y de apoyo. Donde la empatía y la comprensión son esenciales para el acompañamiento terapéutico. No así como ha sido históricamente desde el modelo abstencionista, desde el que se han implementado estrategias punitivas, de castigo o aislamiento; con la concomitante estigmatización y no accesibilidad a servicios, lo que generó mayor segregación, vulnerabilización y empobrecimiento; mecanismo social de retroalimentación de la vivencia traumática de forma iatrogénica.

En cuanto a la importancia de reconocer la memoria social del trauma y su pasaje transgeneracional, también Laub D. (2017) expresó acerca de la transmisión de traumas en sobrevivientes del Holocausto, y cómo las experiencias traumáticas de la generación anterior influyeron en la psicología y la memoria de las generaciones posteriores. También Miller A. (2006) describió sobre la dinámica de la transmisión de traumas y expresa que los traumas infantiles no resueltos pueden ser transmitidos a través de patrones de crianza inadecuados en las generaciones posteriores.

La situación traumática transgeneracional del curso del duelo puede derivar en que aun sin conocer a la persona fallecida, se establezcan y repliquen patrones de crianza que influyen en la forma en que las personas vivirán los dolores propios de la vida. A veces, esta vivencia puede ser expresada como una carga que se sucede más allá del tiempo y más allá del dolor mediante patrones comportamentales de consumos como forma sintomática de expresión del dolor del duelo no integrado, del duelo patológico. O puede suceder que según la etapa en la que ha

quedado el duelo congelado (según lo antes mencionado), la persona puede desencadenar patrones comportamentales de enojo, e irritabilidad, de ansiedad o de tristeza profunda o de depresión, que llevan a vínculos que generan patrones de crianza mediados por la violencia, o por el abandono, o por la sensación de vacío constante que hace que los adultos referentes no puedan asumir la responsabilidad de los cuidados totales de las personas a cargo. Así, como mecanismo de afrontamiento y supervivencia las personas a ser cuidadas se transforman en cuidadoras a edades muy tempranas. Este fenómeno denominado parentificación fue expresado por Böszörményi-Nagy I. (1991 y 2003). Desde este lugar se suele asumir la herida vincular como propia, ya sin la identificación de qué o quién lo origina, se asume la responsabilidad de la herida de un modo culpógeno, que suele tener afectaciones en el desarrollo y en procesos de aprendizaje. De este modo la herencia traumática se replica más allá del tiempo. De allí la importancia de considerar en las estrategias de acompañamiento a personas que consumen sustancias psicoactivas, el histórico personal y familiar, incluyendo preguntas por los seres fallecidos, o relatos que les refieren, incluso a los procesos de duelo que se sucedieron. Para así mediante la habilitación de la palabra, -aunque más no sea desde un lugar supuesto-, dar lugar en la realidad psíquica, a quienes han padecido transgeneracionalmente.

### **Muerte Duelo y Cultura. (Disciplinamiento y medicalización).**

La muerte se encuentra dentro del proceso biológico que abarca el transcurso de la vida desde el nacimiento del ser humano. Según Belando (1998) quien refiere a San Martín, Pastor y Aldeguer el concepto científico de muerte ha pasado de concebirse como la detención del proceso respiratorio a considerarse la detención del proceso cardiovascular por la paralización del corazón y de ahí a la concepción actual de muerte cerebral. Se puede diferenciar entre muerte natural (consecuencia del proceso de envejecimiento) o muerte accidental, o un proceso de enfermedad. A causa de los factores de riesgo asociados al estilo de vida, gran parte de las muertes en la actualidad se encuentran relacionadas a enfermedades o accidentes. Y se asocian cada vez más a la hospitalización, volviéndose una experiencia solitaria, mecánica, deshumanizada e impersonal. En este momento la persona suele ser apartada de su entorno familiar y trasladada a un centro asistencial. En el cual y por lo general, no tendrá demasiada injerencia u opinión en cuanto a las decisiones sobre su hospitalización.

A decir de Silva Forné D. (2021):

ARIÈS nos acerca a las diferentes maneras en que la sociedad occidental se ha relacionado con el fenómeno de la muerte, desde la Edad Media hasta el último tercio del siglo XX ... encontramos ... el lugar que la muerte ha ocupado en nuestras sociedades y los rituales que la han acompañado. El cambio que el poder médico introdujo a inicios del siglo XX en el tratamiento del paciente, provocó modificaciones radicales en el vínculo con el moribundo. Hasta entonces, éste sabía que la muerte se aproximaba y había “puesto sus asuntos en orden”. La muerte era una gran ceremonia, casi pública. (2021. Pp. 2 a 4).

Y continua:

... se consolidó una forma de practicar la medicina ... paternalista, donde el médico en su rol benefactor tomaba todas las decisiones vitales, en mérito a su saber especializado, en desmedro de la voluntad de pacientes y parientes. Es también la época del higienismo, de la asepsia, de la utopía de una sociedad sin enfermos, así como asimismo del auge de la eugenesia y del internamiento como solución para todos ... Los ... cambios experimentados en las últimas décadas en el tratamiento médico, tendiendo paulatinamente a una desacralización de la profesión médica y a una relación más horizontal con el paciente, han culminado en profundos cambios -todavía no asimilados completamente por la corporación médica- que se patentizan en el nuevo paradigma del consentimiento informado y la autonomía del paciente. En este nuevo marco teórico es que comienzan a ver la luz propuestas legislativas en algunos países occidentales, que buscan restituir al paciente su dignidad, devolviéndole las decisiones sobre su propia muerte, antaño expropiadas en nombre de la ciencia. (2021. Pp. 2 a 4).

Lo que se mencionó da cuenta de la importancia de humanizar el proceso de muerte mediante la consideración de contemplar los deseos y las necesidades de las personas y de quienes le acompañan. En lo que respecta al proceso de duelo es también necesario dar paso y lugar a integrar y a humanizar este tiempo en la vida cotidiana, pues en la sociedad actual bombardeada por la publicidad que promueve el “vivir en un mundo feliz, sin dificultades,” con rápido acceso a mecanismos de consumo, así como la accesibilidad a analgesias; se produce la pronta patologiza-

ción de un proceso que es natural. Lo que repercute en diagnósticos de depresión, ansiedad y de otros trastornos que suelen ser relacionados con el duelo, más no son parte del mismo.

Como se menciona en Cannabis medicinal (2019) Suppa Altman J., (et al):

Se sabe que cuanto más breve es el tiempo invertido en la consulta médica y cuanto menos soberana es la clínica, más se polimedica, actitud aún más desarrollada frente a patologías psíquicas donde se impone la llegada de medicamentos para trastornos del comportamiento, fracasos escolares o cuestiones de pánico (Rollason 2003). En este sentido, la UOF se presenta como una estrategia para observar cómo se manipulan con medicamentos aquellos procesos humanos como la menopausia, la soledad, la vejez, la infelicidad, la soledad, el duelo, el aislamiento por problemas sociales, la pobreza o el desempleo, entre otros. (2019. p.159).

Contribuye a esta mirada los aportes de Bayce R. (2012) quien menciona: “Desde Michel Foucault (1984) y varios más podemos agregar, en apoyo al imaginario dominante, el control y disciplinamiento ascéticos en aras de la mayor producción, productividad y calculabilidad capitalistas.” (2012. Pp. 71).

En la actualidad la percepción de la “falta de tiempo” y de espacio para vivir el proceso de duelo, acrecienta la posibilidad de que ésta sea una experiencia traumática ante la pérdida de un ser querido. Contribuye a esto el que se espera que las personas sean fuertes a nivel emocional ante el dolor y que rápidamente se supere la situación. Lo que crea mecanismos defensivos exacerbados para ocultar el dolor. Esto acrecienta el sentimiento de soledad.

A decir de Butler, J. (2006) es necesario considerar la vulnerabilidad como una condición común a todo ser humano. Aunque en algunas situaciones sociales ésta se acrecienta y es aquí donde la violencia, el sufrimiento de la pérdida y también las posibilidades de duelo; varían según la cultura, dado que la condición de vulnerabilidad cobra distintos sentidos. Expresa la necesidad de aprehender la vulnerabilidad del otro, principalmente ante el sufrimiento de la pérdida y considerar el duelo como potencial herramienta política. En tanto la conciencia de la pérdida lleva a un primer plano la vulnerabilidad y el reconocimiento de los lazos de interdependencia.

Otra de las características que en nuestra cultura aleja la posibilidad de integración de lo sucedido, refiere a la tendencia de separar mediante la laicidad el proceso de muerte y duelo; en tanto ni quien se encuentra agonizante, o quienes duelan pueden libremente implementar los rituales que consideren según sus creencias o religiones, dado que dentro de la institución hospitalaria suele no permitirse la intimidad o privacidad necesarias para ese momento.

Ante esto quisiera mencionar brevemente que efectos que la pandemia por COVID-19 durante el año 2020 y 2021, ha tenido un impacto significativo a nivel mundial y ha generado desafíos relacionados con el proceso duelo. En tanto, se han visto interrumpidos y distorsionados el proceso de duelo y la expresión o el acompañamiento del dolor. Así como la imposibilidad de llevar a cabo las prácticas cotidianas de cuidados de quienes se estaban enfermos o internados en centros de salud. También se vieron interrumpidas o modificadas las prácticas de rituales funerarios a nivel de todo el planeta. La vivencia de soledad y miedo, se acrecentó debido a la situación de confinamiento y a las medidas de distanciamiento social.

A decir de Gonçalvez Boggio L. (2021):

... duelos en familias que no pudieron despedirse adecuadamente de sus muertos por COVID-19. Si bien todos, en algún momento, hemos experimentado la muerte de un ser querido, los fallecidos por/con COVID-19 han tenido muertes repentinas y solitarias, que aumentaron el padecimiento y la fantasía dolorosa del proceso de morir institucionalizado en soledad. En muchos casos se han perdido los rituales que permiten comenzar a simbolizar la pérdida. Los abrazos, la compañía, el hecho de velar según las costumbres religiosas o familiares, todo esos actos resultan fundamentales para la elaboración de los duelos. Probablemente una de las secuelas de la pandemia será el trabajar esos duelos que, a falta de ritos, se volverán traumáticos. Como psicoterapeutas deberemos encontrar la forma de ayudar a quienes los estén sufriendo. (2021. pp. 22 - 23).

Ante todo lo antes expresado es fundamental proporcionar apoyo emocional a las personas que cursan el proceso de duelo. Este apoyo es una tarea educativa, en tanto considerar de forma más consciente a la muerte como parte de la vida, involucra la exploración de diferentes perspectivas y creencias sobre la muerte y el

duelo. Dado que son sucesos que si o si llegarán a la vida, por ser parte inherente de la misma. La educación para la muerte implica la visualización de aspectos como el de asumir la conciencia de nuestra mortalidad, en pos de valorar más la vida y tomar decisiones significativas. También el respetar e integrar la comprensión de las diferentes culturas y tradiciones relacionadas con la muerte (rituales funerarios, creencias religiosas y filosofías sobre la vida después de la muerte). Es en la medida en que aceptamos esta realidad que es posible integrar y reconocer el miedo a la muerte, que subyace a todos los miedos.

### **Aportes a las narrativas.**

¿Se les pregunta a las personas en consulta sobre sus duelos pasados? ¿Realizamos un recorrido por las pérdidas significativas, las que marcaron un antes y después en sus vidas?

A decir de Gonçalves Boggio L. (2023): “Algunos de los acontecimientos tempranos que pueden causar reacciones traumáticas prolongadas y que podemos pesquisar en la anamnesis como las primeras fuentes del Trauma Temprano son: Shock traumático... Muerte de la madre... Muerte en la familia... Pérdidas traumáticas y duelos.” (2023. pp. 8).

Es importante durante la entrevista y como parte de las estrategias de intervención en tratamientos con personas que presentan consumos de sustancias psicoactivas dar lugar a la realización de este recorrido. En la mayoría de las situaciones y desde mi experiencia suelen referir que: “nunca habían hablado de esa forma con alguien, de lo sucedido tras la pérdida.” Lo cual afianza el vínculo terapéutico.

A decir de Castelli L., Garibaldi C. y Rossal M. (2019):

Elegimos hablar de “trayectorias de vida”, ya que siguiendo a Bourdieu (1997), entendemos la complejidad que implica poner en palabras y bajo un hilo cronológico la vida de una persona; más bien construimos una trayectoria a partir de lo que ellas narran, cuya importancia radica más en la relevancia del hecho-episodio-momento a identificar y en el sentido otorgado al mismo, que en la linealidad de lo temporal o el orden de un proceso biológico. ... pensar en términos de trayectorias de vida nos ayuda a humanizar a quienes son vistos como seres deshumanizados, totalizados por la

violencia. Lejos de ese punto de vista ... nos proponemos mostrar cómo las y los usuarias/os de pasta base sienten, piensan y actúan, también movidos por imperativos morales que comparten con el común de la sociedad. ... recorrer sus trayectorias de vida nos permite conocer sus redes familiares, afectivas, laborales y sus experiencias haciendo parte de ellas y pensar bajo qué tipo de circunstancias sociales y emocionales las personas se vinculan al consumo de distintas drogas. ... saber de la presencia o ausencia de distintos dispositivos estatales de protección y prevención en momentos clave; durante la temprana infancia, en sus transiciones a la adultez o en períodos en los que intentan mantenerse fuera del consumo. ... Lins Ribeiro (1989) llama "rompe-rutinas" a la tarea antropológica de descotidianizar ... Las narraciones sobre sus trayectorias de vida son registros de la memoria y desde este lugar son productos fragmentarios, inacabados e incluso cambiantes. Pero lejos de pensar esta estrategia como insuficiente metodológicamente, entendemos que nos permite conocer cómo las personas que entrevistamos ordenan narrativamente su vida pasada y actual en el momento en que las conocimos y los sentidos que les dan a los hechos que describen, analizan y manifiestan a través de sus emociones. Hoy, encontrándose muchas/os de ellas/os en la calle y en situación de consumo o intentando tomar distancia de esa práctica, es por demás valioso tener la posibilidad de acercarnos a los modos en que evocan su trayectoria, a quiénes nombran y cómo, con qué sentires. (2019. Pp. 137 - 138).

Complementa esta metodología lo expresado por Eira G. (2013):

Austin propone la nominación enunciado performativo para aquel enunciado que no se limita a describir un hecho sino que, por el mismo hecho de ser expresado, realiza el hecho. ... en una suerte de procedimiento ritual de legitimación tautológica. La posibilidad de la percepción cognitiva (vale insistir; significada) diagrama efectos específicos que se traducen en un orden de acontecimientos que retro-alimenta su inteligibilidad. ... se inscriben en procesos sociohistóricos, en condiciones materiales de existencia, que los hacen posibles. Las condiciones de enunciación se alimentan de condiciones que han sido resultantes de procesos anteriores, diferidos en una trama histórica que las ha instituido como tales. ... se trataría de un proce-

dimiento tecnológico de acuerdo al modo que Foucault (1990b) ha propuesto para entender la tecnología; conjunto polifacético de discursos, herramientas, pragmáticas, normas, y regímenes de afección. En efecto, el acto performativo convoca —y se inscribe— en un conjunto de acontecimientos extralingüísticos que acuden para diagramar y perfeccionar las condiciones de enunciación que lo hicieran posible... significan y son significados; «hablan» y «hacen hablar», desde una matriz paraverbal que — también— es práctica significada, aunque no sea —necesariamente— enunciada. Se trata, entonces, de una particular modalidad de iteración que, no satisfecha con la repetición, se encarga de depurar una estrategia de semiotización a partir de una forma específica de repetición con un estado mutable... allá de la indiscutible instrumentalidad del logos médico en la operativa que le es específica, tiende a trascender la especificidad concreta de su campo disciplinar para instituirse (precisamente por el prestigio que le otorga tal instrumentalidad) en una forma privilegiada de modular la gestión de la vida. ... ante la frontera entre la vida y la muerte, le confieren un protagonismo estratégico en un orden político que se sostiene en la gestión efectiva de la reproducción —y protección— de la fuerza de trabajo, así como (variable que adquiere se torna cada vez más significativa) del mercado consumidor. (2013. p. 189 - 204).

Y continua:

Las tramas simbólicas en las que habitan los colectivos humanos se despliegan como «sistemas de concepciones expresadas en formas simbólicas», y es a través de ellos que dichos colectivos «se comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento sobre las actitudes hacia la vida». Como señalara Geertz (2002), procedencia de la paráfrasis anterior, el hombre es un animal que vive atrapado en la red de los propios símbolos que él ha creado, y desde ella intenta significar los acontecimientos que lo trascienden. Ahora, como animal gregario, este se inscribe ante la presencia de múltiples colectivos caracterizados por no ser lo que los otros son, y en este juego se produce la significación de la mismidad; la otredad y la identidad, planos mutuamente constituyentes en el juego binario de las diferencias colectivas. Los otros y los no(s)otros. (2013. pp. 189 - 204).

Así, como técnicos, no deberíamos naturalizar, minimizar, desestimar, los discursos de las personas con quienes trabajamos pues los mismos refieren a formas de relatar, de racionalizar circunstancias de sufrimiento encarnado en las relaciones sociales, que les sostienen y de las que forman parte. Es decir, estos relatos son en sí mismos e implican las condiciones de su existencia. Que se pueden plasmar mediante la construcción de entrevistas, genogramas (en su expresión gráfica de relaciones transgeneracionales y de determinaciones contextuales según el espacio y el tiempo) y la recolección de información bibliográfica.

## Referencias Bibliográficas

- Aitziber P., Conejero S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 36, núm. 1, pp. 74-83, 2019. Sociedad Mexicana de Psicología A.C.
- Aldrich C.K. (1974). Some dynamics of anticipatory grief. En *anticipatory grief* (editado por Schoenberg B., Carr A.C, Peretz D y Kutscher A.H). Columbia University Press, New York.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Bayce R. (2012). Los trasfondos del imaginario sobre 'drogas': valores culturales, geopolítica, intereses corporativos y hechos mediáticos. En: *Aporte universitario al Debate Nacional sobre Drogas*. Fondo universitario para la comprensión pública de temas de interés general de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República (Udelar).
- Belando, M<sup>a</sup>.R. (1998). Educar para la Vida, Educar para la Muerte. Reflexiones y propuestas sobre la muerte y la vejez. *Anales de Pedagogía*, 16, 199-225.
- Bermejo, Jose Carlos, Villaceros, Marta, & Fernandez-Quijano, Inención. (2016). Escala de mitos en duelo. Relación con el estilo de afrontamiento evitativo y validación psicométrica. *Acción Psicológica*, 13(2), 129-142. Enlace: <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.15965>
- Butler, J. (2006). *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua: Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Framo, J. (1991). *Terapia familiar intensiva: Aspectos teóricos y prácticos*. Trillas, S.A.

- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. (2003). *Lealtades invisibles: Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Harper & Row.
- Bowlby, J. (2000). *El apego*. Paidós Iberica.
- Bowlby J. (1993) *La pérdida afectiva*. Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Paidós.
- Bronfenbrenner, U.; Ceci, S.J.(1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. En: *Psychological Review*: 4: pp 568-586.
- Cabodevilla I. (2003). *Las reacciones de duelo*, en Die, M., *Psicooncología*, Ades ediciones.
- Castro M. (2007). *Tanatología: La familia ante la enfermedad y la muerte*. Trillas.
- Cancrini, L.; De Gregorio, F. y Nocerino, S. (1997). *Las familias multiproblemáticas*.
- Coletti y J. L. Linares (comps.). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. Paidós.
- Comisión Global de Política de Drogas. *El Problema Mundial de la Percepción de las Drogas*. Informe de 2017.
- Comisión Global de Política de Drogas. *La clasificación de sustancias psicoactivas. Cuando se dejó atrás a la ciencia* Informe de 2019.
- Díaz Fernández, O., & Sanabria Carretero, M. (1994). *El fenómeno de la muerte en el campo de la toxicomanía*. En *Revista española de drogodependencias*.
- Domínguez Alquicira, M. (2008). *El trabajo tanatológico en el campo de las adicciones (Reflexiones en torno al programa de los Doce Pasos y su incidencia en la elaboración del proceso de duelo)*. Enlace: [EL TRABAJO TANATOLÓGICO EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES \(cij.gob.mx\)](http://EL_TRABAJO_TANATOLÓGICO_EN_EL_CAMPO_DE_LAS_ADICCIONES(cij.gob.mx))

Domínguez Mondragón, (2009). Calidad y gestión de servicios de salud. La tanatología y sus campos de aplicación. Enlace: Microsoft Word - 04.-Tanatología (semanticsscholar.org) ehufera, (2012). Medicalización de la sociedad: The Lancet y el duelo « Mikrobios (ehu.eus)

Eira Charquero, G. (2013). Cuentos de Gárgolas y Latas...Una aproximación a ciertas narrativas desplegadas (desde) (sobre) (con) a prácticas relacionadas con el consumo de pasta base. En Universidad de la República (Ed.), Aporte Universitario al Debate Nacional sobre Drogas, (pp. 187-208). Montevideo: Comisión Sectorial de Investigación Científica

Fernández S. (2011). Hacia la Sanación Profunda de las Adicciones, Aportes de la moderna

investigación sobre la Conciencia a la construcción de un Modelo Integral para su comprensión y abordaje. Edición: Programa Alter -Acciones EL ABROJO A.C.

Frederick, A., & Levine, P. A. (2016). Waking the tiger: Healing trauma. Tantor Media.

Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. Enlace: [www.Philosophia.Cl](http://www.Philosophia.Cl) (pp. 2-13).

García Caballero, E. (2021). Duelo y adicciones: pérdidas que se resuelven con el consumo vs lo que debo perder al dejar de consumir. Universidad Pontificia Comillas, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. España.

Gómez de Silva, G. (2005). Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española. Fondo de Cultura Económica.

Gonçalvez Boggio L. (2008). El Cuerpo en la Psicoterapia. Nuevas estrategias clínicas para el abordaje de los síntomas contemporáneos. Psicolibros Universitario.

Gonçalvez Boggio L. (2017). Las paradojas de la migración Estrategias psicocorporales para el abordaje del estrés postraumático. Estudio en una población de emigrantes uruguayos retornados. Bibliotecaplural, Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic) de la Universidad de la República.

Gonçalvez Boggio L. (2021) Trauma y pandemia. Efectos psicosociales e intervenciones clínicas. Psicolibros Universitario.

Gonçalvez Boggio L. (2023) Trauma Temprano. Facultad de psicología Universidad de la República.

Grof, S. (1988). Psicología transpersonal: nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia. Kairos.

Grof, S. (2010). Breve historia de la psicología transpersonal. Journal of transpersonal research, 2(2), 125-136.

Grof, S. (1989). El viaje chamánico: observaciones de la terapia holotrópica. Harner, M, y otros (1989). El viaje del chaman. Barcelona: Ed Kairós.

Gunder, M. (2021). Introducing Melanie Klein: A complete guide to child psychoanalysis: Melanie Klein psychology. Independently Published.

Herman J. (2004). Trauma y recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia. Ed. Espasa.

Hooper, L. (2007). The application of attachment theory and family systems theory to the phenomena of parentification. The Family Journal, 15, 217-223.

Horowitz, M., Bonanno, G., Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. Psychosomatic Medicine, 55(3), 260-273. Enlace: <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00004>

Intebi, I (1998). Abuso sexual infantil. En las mejores familias. Buenos Aires: Ed. Gráfica S.A.

Jung, C. (1970). Arquetipos e inconsciente colectivo. Planeta.

Jung, C. (2002). Los arquetipos y lo inconsciente colectivo. Trotta .

- Junta Nacional de Drogas. (2021). Plan Integral de Prevención 2021-2025.  
<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/plan-integral-prevencion-2021-2025/plan-integral-prevencion-2021-2025-0>
- Junta Nacional de Drogas. (2023) Estrategia Nacional para el abordaje del problema de drogas. Período 2021 - 2025. Enlace: <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/institucional/plan-estrategico/periodo-2021-2025>
- Junta Nacional de Drogas (2023). Tratamiento. Enlace: [https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/tratamiento#\\_ftn2](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/tratamiento#_ftn2)
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1991). Compendio de psiquiatría. (2a. ed.). Salvat Editores.
- Keuroglan L. (2018) Las drogas en noticias: una mirada a las representaciones sociales de las drogas en la prensa escrita uruguaya de los años 2002, 2009 y 2013. Universidad de la República. Facultad de Psicología. Maestría en Psicología Social. Uruguay.
- Keuroglan L., Ramírez J., Suárez H. et. al. (2019). Personas, calle, consumos: dos estudios sobre uso de pasta base en Uruguay Aproximaciones cuantitativas y etnográficas. Observatorio Uruguayo de Drogas – Junta Nacional de Drogas. Uruguay.
- Kübler-Ross, E. (2000) Sobre la muerte y Los Moribundos. Mondadori.
- Laplanche, J., y Pontalis, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Laub, D. (2017). Psychoanalysis and holocaust testimony: Unwanted memories of social trauma. D. Laub & A. Hamburger, Eds.
- Levine, P. (2019). Trauma y memoria. Cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo: una guía práctica para comprender y trabajar la memoria traumática. Eleftheria. Traductora: Monteagudo L.

- Lindemann E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101:141-148.
- Mandal, A. M. (2018). Las funciones de la dopamina. Enlace: [https://www.news-medical.net/health/Dopamine-Functions-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Dopamine-Functions-(Spanish).aspx)
- Mate, G. (2023). Mito de la Normalidad: Los traumas, las enfermedades y las curaciones en una cultura tóxica. Urano.
- Maté, G. (2009). In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction. Ed. Knopf.
- Maté, G. (2011). When the Body Says No: Understanding the Stress-Disease Connection. Ed. John Wiley & Sons.
- Miller, A. (2006). El Cuerpo Nunca Miente. Ed. TusQuets.
- Montoya Carraquilla J. (2020). Cuidados al final de la vida. Un acercamiento comprensivo a la enfermedad terminal. Trillas.
- Najmanovich, D. (2008). Mirar con nuevos ojos. Nuevos paradigmas en la ciencia y el pensamiento complejo. Biblós.
- O'Connor N. (2007). Déjalos ir con amor: La aceptación del duelo. Editorial Trillas.
- Organización Mundial de la Salud (2018) Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Enlace: CIE-11 (who.int) (<https://icd.who.int/es/>)
- Organización Mundial de la Salud (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Enlace: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- Payás, A. (2010). Las tareas del duelo. psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional. Barcelona. Paidós.

Pedrero E. García (1998). Las personas mayores ante la muerte. Psicomundo. Enlace: <https://psicomundo.com/tiempo/monografias/muerte.htm>

Pichon Riviere, E. (1997). El Proceso Grupal: Del Psicoanálisis a la Psicología Social (I). Nueva Visión.

Porges, M. (2020). Polyvagal Theory: A self help guide to awake the healing power of the vagus nerve with natural stimulation, overcoming anxiety, stress & depression with exercises, reduce fear, ptsd & healing trauma. Independently Published.

Porges, S. W., & Porges, S. (2023). Our polyvagal world: How safety and trauma change us. WW Norton.

Rando, T.A. (1988). How to go on living when someone go love dies. Bantam Books. N. York.

Real Academia Española, Spanish Royal Academy, (2022). Nuevo Diccionario De La Lengua Española: Vol 2 (23a ed.). Espasa-Calpe.

Rubio J. (1994) Material de estudio Recopilado Duelo normal y patológico. Universidad de Concepción. Enlace: DUELO NORMAL Y PATOLÓGICO Material de estudio Recopilado por: Jorge Rubio Espíndola Psicólogo Universidad de Concepción - PDF Descargar libre (docplayer.es)

Salceda García Caballero, (2020/2021). Duelo y adicciones: pérdidas que se resuelven con el consumo vs lo que debo perder al dejar de consumir. Editorial Facultad de Ciencias Sociales. Madrid.

Schreck H. (2018) Soltar las muletas. De lo no dicho a lo no escuchado de las drogas y la adicción. Psicolibros Waslala.

Shapiro, F. (2014). Supera Tu Pasado: Tomar El Control de La Vida Con El Emdr. Kairos.

- Silva Forné D. (2021). Aproximación a la problemática de la eutanasia y el suicidio asistido. *Revista De Derecho Penal*, 28, 169-198. Enlace: <https://revistas.fcu.edu.uy/index.php/penal/article/view/2684>
- Stroebe M., Schut H. & Boerner K. (2017) Modelos de afrontamiento en duelo: un resumen actualizado. *Estudios de Psicología*. ISSN 0210-9395, ISSN-e 1579-3699, Vol. 38, N° 3, Ejemplar dedicado a: Duelo y procesos de fin de vida.
- Stroebe, M. S., & Schut, H. A. W. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*. *Omega Journal of Death and Dying*.
- Suppa Altman J. (et al.) (2019). *Cannabis medicinal : una cuestión de derechos*. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Defensoría General de la Nación.
- Tomassini, A. (2023). En: *Intervenciones clínicas breves en usos problemáticos de drogas*. Módulo perteneciente a Especialización Estrategias de intervención en usos problemáticos de drogas. Facultad de Psicología UDELAR.
- UNDOC. Enlace: Publications on drug prevention and treatment (unodc.org)
- Vidart, D. (2021). *Marihuana, La Flor del Cañamo: Un alegato contra el poder*. Independently Published.
- Volkow N. Koob G., McLellan A. (2016) Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *N Engl J Med* . 2016 Jan 28;374(4):363-71. doi: 10.1056/NEJMra1511480. Enlace:[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Volkow+ND&author\\_id=26816013](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Volkow+ND&author_id=26816013)
- William J. W. (2009). *El tratamiento del duelo*. Paidós Iberica.
- Worden W. (2022). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. 5.ª edición revisada y ampliada. Paidós.

### **Referencias Audiovisuales:**

Benazzo Zaya y Benazzo Maurizio. (Junio de 2021). Recuperado de: La sabiduría del trauma - The Wisdom Of Trauma con el Dr. Gabor Maté. Enlace <https://thewisdomoftrauma.com/es>

Shiro E. y Gaviria V. (21 de septiembre de 2021). Recuperado de:

Cine Foro: Documental La sabiduría del trauma, de Gabor Maté - YouTube. Enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=3tUq4SYeXq>

## VI. Aspectos éticos en el abordaje del consumo problemático de sustancias

### Consideraciones para la creación de un código de ética desde una perspectiva de Derechos Humanos para profesionales y no profesionales que brindan consejería a usuarios problemáticos de Drogas en Uruguay

Autor: Lic. Psic. Fernando Octavio Zabaleta Wanderley

Tutor: Dr. Martín Fernández Chiossoni

#### Introducción

Este trabajo tiene como objetivo aproximarse al análisis deontológico de herramientas destinadas a orientar el accionar técnico de los actores involucrados en la consejería en drogas y aportar elementos que permitan reflexionar sobre la función normativa que cumplen los códigos de ética en las prácticas profesionales y no profesionales, principalmente en los espacios y contextos en donde se interviene con personas que establecen vínculos problemáticos con sustancias.

Un tema no muy problematizado como el presente, ofrece una gran oportunidad en el escenario institucional y jurídico actual que podría dar respuesta a una amplia gama de situaciones que perjudican el papel de la consejería en materia de drogas. Estos desafíos éticos implican participar activa y conscientemente en la observancia saludable de quienes intentan colaborar a usuarios problemáticos de drogas, tanto con sus consejos y recursos personales, como con conocimientos técnicos procedentes de distintos modelos de intervención. Este escenario tan versátil

y plural permite visibilizar la necesidad de un cuerpo especializado de eticistas que supervisen, orienten y garanticen acciones basadas en evidencias científicas.

Para este cometido, se consideran varios elementos implicados entre la ética y la consejería en drogas. Dos elementos que posiblemente han quedado distanciados por inercia el uno del otro. Estas consideraciones buscan visibilizar conflictos en el quehacer diario de quienes acompañan, brindando una oportunidad valiosa para problematizar un elemento fundamental como la ética en la consejería profesional y no profesional, especialmente ante la incorporación y el uso de nuevas tecnologías con un alto nivel de autonomía en la toma de decisiones, que sin duda, ya están cambiando al mundo y la forma de ofrecer soluciones a problemas complejos.

Elementos tales como dilemas éticos en la intervención propios de esta disciplina, recursos existentes para profesionales y no profesionales de la consejería, países que cuentan con comisiones de estas características y desafíos éticos en la implementación de inteligencia artificial en usos problemáticos de drogas, son algunos de los contenidos que serán determinantes para considerar la relevancia de un instrumento regulador de estas prácticas en el escenario actual.

## **Perspectiva de Derechos Humanos**

A continuación se presentan una serie de antecedentes y reflexiones que permiten comprender la importancia de la ética en drogas con un enfoque en Derechos Humanos, además de brindar algunos elementos que faciliten la comprensión de sus fundamentos.

Los códigos de ética y los Derechos Humanos fundamentales comparten la función de evitar que actos denigrantes y atroces, tales como los cometidos en la Segunda Guerra Mundial se repitan. El primer antecedente en esta materia fue creado dos años después del fin de este inolvidable capítulo bélico de la humanidad, este documento es conocido como el Código de Nuremberg (Organización Panamericana de la Salud, 1947). Aquí se refleja por primera vez, múltiples valores y cuidados necesarios para evitar la realización de experimentos médicos en humanos que deterioren la autonomía de las personas, además de preservar la dignidad de quienes son cuidados. De aquí emanan principios éticos que guían los códigos de cada médico del mundo, buscando asegurar y promover el bienestar humano, asegurando la protección de las personas desde cada práctica.

Sobre la base de lo anterior, se inicia una serie de consideraciones que plantean algunas premisas simples que permiten entender el desafío en cuestión desde una perspectiva de Derechos Humanos. Para ello, será fundamental identificar concretamente qué artículos de la Declaración Universal de Derechos Humanos protegen a usuarios problemáticos de drogas:

La Declaración Universal contiene una serie de condiciones relevantes, como la no discriminación (artículo 2), ningún trato degradante o inhumano (artículo 5), el derecho a la igualdad de acceso a la atención médica y a los servicios sociales (artículo 25/1), pero también que todos tiene deberes para con la comunidad (artículo 29/1) y que las limitaciones de derechos y libertades son admisibles sobre la base de “justas exigencias de la moralidad, el orden público y el bienestar general” (artículo 29/2) (Uchtenhagen, 2010, p. 275).

Cuando se hace referencia a usuarios problemáticos de drogas (desde ahora en adelante UPD), es importante conocer el respaldo que avala ciertas acciones técnicas, asesoramientos y consejerías, además de la forma en que se relacionan con todo el aparato regulador nacional e internacional que busca garantizar la dignidad de los mismos. Estos artículos tienen una relación directa con los derechos de los UPD y el despliegue justo de las garantías necesarias para su cumplimiento. Es por ello que la construcción discursiva y operativa en base a los derechos fundamentales no puede estar ausente en el sistema de cuidados que acompaña este fenómeno.

Otra declaración importante que marcó un antes y un después en la esfera de los mecanismos nacionales e internacionales en relación con el cuidado de la integridad física y mental de la población fue la Declaración de Helsinki, que:

Estipula que el bienestar del paciente siempre debe prevalecer sobre los intereses de la ciencia y la sociedad (artículo 5), y que las consideraciones éticas siempre deben prevalecer sobre las leyes y regulaciones (artículo 9). La Declaración es moralmente vinculante para los médicos, y esta obligación prevalece sobre cualquier ley o reglamento nacional o local, si la Declaración establece un estándar de protección de los seres humanos más alto que este último. (Uchtenhagen, 2010, p. 275)

El aterrizaje de estos principios ha sido históricamente un desafío para las instituciones y los distintos profesionales de la salud, debido principalmente a la dificultad de separar las propias creencias, bases morales e historias personales de la intervención provista. Este es solo un ejemplo del nivel de dificultad que presenta desarrollar los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarias para un desempeño humanamente responsable con otros, sin mencionar el desafío que conlleva conjugar el proceder del variado ecosistema de consejeros profesionales y no profesionales (desde ahora en adelante PNP) que abordan usos problemáticos de drogas.

Un par de años después, el continente Americano firmó la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Organización de los Estados Americanos, 1967) incorporando en la carta normas más amplias sobre derechos económicos, sociales y educativos. Siendo la base para la posterior creación de la Convención Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), órgano que ha fungido como garante y observador de los compromisos asumidos por los países miembros de la región. Otro elemento clave en la búsqueda de efectivizar la igualdad de género como un derecho fundamental, ha sido la lucha por la instrumentalización progresiva entre los países miembros, buscando fortalecer los mecanismos nacionales e intentando incorporar los acuerdos pactados en sus marcos legales. Un ejemplo reciente sería la “Estrategia de Transversalidad para la igualdad y la transformación” la cual fortalece el rol rector de los Mecanismos Nacionales de la Mujer en la transversalización de la perspectiva de género en la política pública, apuntando a la corresponsabilidad intersectorial como andamiaje para su cumplimiento (Comisión Interamericana de Mujeres, 2022).

En el año 2006 la comunidad internacional marca un hito histórico creando la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2006), con la intención de proteger a la sociedad de los nuevos riesgos y vulneraciones vinculados a la implementación de nuevas tecnologías en la salud humana, enfatizando en la aplicación de mecanismos necesarios para crear garantías reales, acercándose a desafíos presentes con conciencia a los futuros cambios en las lógicas imperantes dentro de las ciencias médicas. Es posible encontrar múltiples documentos y versiones de normas internacionales basadas en estos principios, que en muchos casos, han sido el respaldo para el diseño de políticas públicas en distintos países de la región.

Con la finalidad de contextualizar lo anterior, se retoma el planteamiento realizado por la Organización Mundial de la Salud en las “Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas” (2020), en donde se establece el Principio 2 para Garantizar estándares éticos de atención en los servicios de tratamiento para todos los países miembros:

El tratamiento de los trastornos por consumo de drogas debe basarse en normas éticas universales de atención sanitaria, incluido el respeto de los derechos humanos y la dignidad del paciente. Esto incluye responder al derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y bienestar y evitar cualquier forma de discriminación y/o estigmatización. Las personas con trastornos por consumo de drogas deben, en la medida que tengan la capacidad para hacerlo, tomar decisiones sobre el tratamiento, incluido cuándo iniciarlo y suspenderlo, y su naturaleza. El tratamiento no debe ser forzado ni contrario a la voluntad y autonomía del paciente. Se debe obtener el consentimiento del paciente antes de cualquier intervención de tratamiento. Es necesario mantener registros clínicos precisos y actualizados y garantizar la confidencialidad de los registros de tratamiento. Es fundamental evitar eludir los registros sanitarios al registrar a los pacientes que inician tratamiento. Nunca se deben utilizar intervenciones punitivas, humillantes o degradantes (como palizas, encadenamientos, privación de tratamiento y alimentos, etc.). Debería aplicarse un estricto código de ética para el personal. El personal debe abstenerse de defender creencias personales y no debe utilizar prácticas humillantes o degradantes. El individuo con un trastorno por consumo de drogas debe ser reconocido como una persona con un problema de salud que merece un tratamiento similar al que se brinda a los pacientes con otros problemas psiquiátricos o médicos. (p. 9)

Este principio rector de políticas públicas refleja numerosos elementos que requieren de análisis para la creación de un código de ética responsable con la sociedad. Lo primero a considerar es la visión estrictamente sanitarista de la problemática, excluyendo cualquier otro modelo posible para ofrecer a la ciudadanía. Posee un carácter descriptivo de lo que no debe suceder con los UPD en cualquier dispositivo o servicio, pero no profundiza en la complejidad que implica proveer cuidados desde servicios heterogéneos y autónomos que no son fácilmente auditables.

Para disfrutar del más alto nivel posible de salud y bienestar y evitar cualquier forma de discriminación y/o estigmatización se necesita tener acceso y jurisdicción ética para poder evaluar los modelos que fundamentan las prácticas de cada centro de rehabilitación, grupo de autoayuda, centros especializados públicos y privados, programas de tipo comunitarios, por mencionar algunos. Consideraciones éticas tales como la transversalización efectiva de la perspectiva de género, consejería responsable a familiares, interacciones entre consejeros PNP en las comunidades terapéuticas y la aplicación de acciones preventivas y de tratamiento vinculantes y responsables, son necesarias para brindar una mirada inclusiva al hablar de Derechos Humanos.

## Consideraciones generales

Esta sección tiene como objetivo ofrecer dos definiciones importantes para una mejor comprensión del texto; qué son los códigos de ética y qué se entiende por consejería, además de ejemplificar con estructuras simples los modelos éticos para la toma de decisiones, resaltando el potencial que tienen ante situaciones en las que se presenten dilemas éticos.

## Definiciones

La primera definición que debe delimitarse es qué se entiende por código de ética. Para esto, se tomará lo descrito por White y Popovits, eticistas especialistas en el tema, quienes lo entienden como:

Un conjunto de normas que dictan quién, cuándo, dónde, cómo y bajo qué condiciones uno puede afirmar que se adhiere y practica una profesión. Estos códigos suelen estar vinculados a una licencia o certificación por parte de un organismo independiente. Dichos códigos trascienden las preocupaciones provincianas de una agencia determinada y no se aplican a ninguna persona fuera de la clasificación profesional (2001, p.12).

En cuanto al término consejería, se hará referencia a la definición proveniente del Currículo del Centro Nacional de Transferencia de Tecnología de Adicción (ATTC, por sus siglas en inglés, National Addiction Technology Transfer Center), fundada por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA,

por sus siglas en inglés, Substance Abuse and Mental Health Services Administration) de Estados Unidos, la cual define la consejería como “un proceso colaborador que facilita el progreso del cliente hacia las metas y objetivos del tratamiento” (Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental [SAMHSA], 2010 p. 113). También agrega elementos descriptivos de este tipo de consejería:

La consejería incluye los métodos que sean sensibles con las características individuales del cliente y la influencia de las personas significativas, así como con el contexto cultural y social del cliente. La competencia en consejería se construye basándose en el entendimiento, la apreciación y la habilidad de usar adecuadamente las contribuciones de varios modelos de consejería en adicción que apliquen a las modalidades de cuidado para individuos, grupos, familias, parejas y personas significativas. (SAMHSA, 2010 p.113)

### Modelos aplicados para la toma de decisiones

Los PNP que trabajan con usuarios de drogas enfrentan problemas éticos constantemente, lo cual requiere un proceso de resolución proactiva para ello. Ante esto, prácticas guiadas por herramientas estructuradas tales como los modelos éticos en la toma de decisiones, pueden colaborar en la identificación clara de quiénes se ven implicados y quiénes se ven afectados por estas acciones.

Para alcanzar ese cometido, se visibiliza la existencia de herramientas que permiten manejar disyuntivas éticas, identificando a los actores involucrados en cada situación, reconociendo los posibles riesgos en el curso de las decisiones tomadas, pudiendo anticipar posibles vulneraciones de derechos a los que los usuarios pueden estar expuestos, además de sus posibles rutas de acción para la solución del problema. Modelos como los siguientes pueden hacer una diferencia significativa antes de tomar una decisión frente a un dilema ético:

Modelo White - Popovits:

1. ¿De quién son los intereses en juego y quién puede resultar perjudicado? O dicho de manera más simple: ¿quiénes son los potenciales ganadores y perdedores?

2. ¿Qué valores universales o culturales específicos se aplican a esta situación y qué curso de acción sugeriría esos valores?
3. ¿Cuáles de estos valores están en conflicto en esta situación?
4. ¿Qué normas de derecho, propiedad profesional, política organizacional o práctica histórica se aplican a esta situación? (White y Popovits, 2001, p. 25-27).

Modelo Forester - Miller:

1. Identificar el problema.
2. Aplicar el Código de Ética de ACA.
3. Determinar la naturaleza y dimensiones del dilema.
4. Generar potenciales cursos de acción.
5. Considere las posibles consecuencias de todas las opciones y determine un curso de acción.
6. Evaluar el curso de acción seleccionado.
7. Implementar el curso de acción (Forester y Miller, 2016).

Ética clínica, una metodología de análisis ético-práctico:

1. ¿Cuáles son las cuestiones ético-prácticas planteadas?
2. Identificar datos clínicos importantes: datos que interferirán con las decisiones médicas que podrían tomarse en este caso.
3. Identificar las responsabilidades de los distintos actores en el proceso de atención.
4. Identificar los diversos valores, normas y principios éticos considerados por cada participante en la situación sanitaria como esenciales para lograr un resultado favorable.
5. Identificar los conflictos de valores, normas o principios que se dan en esta situación.
6. Imagine opciones para superar los conflictos éticos identificados.

7. Elegir la opción que mejor preserve los valores compartidos en común para poder realizar un proyecto de cuidado.
8. Dar una justificación racional para esta elección (Benaroyo, 2004, p. 1306).

Este tipo de modelos simples logran abrir la conversación sobre las herramientas consideradas para el trabajo cotidiano con las distintas poblaciones que experimentan múltiples vulnerabilidades durante su participación en los espacios de consejería con PNP. En ocasiones estas situaciones pueden establecer relaciones de poder en donde el profesional, sin intención de causar daño, puede generar mecanismos coercitivos sobre los usuarios por una deficiente evaluación del problema enfrentado. Es aquí donde las distintas dimensiones de la ética toman especial importancia, como la “ética comunitaria” que plantea como objetivo el bienestar del conjunto en sí, no haciendo distinción entre intereses públicos y privados, democratizando la participación comunitaria en esta definición del bien común (Callahan, 2003). Para ello, se requiere practicar la ética en la comunidad y no para la comunidad, hacer parte a sus miembros y no objetos de cuidados externos.

En este punto, pueden plantearse muchas interrogantes tales cómo ¿con qué herramientas cuentan los consejeros PNP en drogas cuándo se presentan dilemas éticos? ¿Los consejeros PNP en drogas cuestionan sus prácticas cuando los resultados de sus intervenciones no son los esperados? ¿Los consejeros PNP en drogas responden a algún cuerpo profesional especializado? ¿Existe una comisión encargada de evaluar las prácticas de todos los actores que brindan consejería en drogas? ¿Si esta no existe, quiénes serían los encargados de crear esta comisión de ética?

### Recursos disponibles a nivel global

Antes de mencionar los recursos encontrados, es importante resaltar la escasa disponibilidad de literatura en español y de acceso público sobre códigos de ética, manuales, libros y publicaciones científicas mínimamente relacionados con ética aplicada en la consejería en drogas. La mayoría de recursos existentes se encuentran en inglés y su predominancia ha ido en aumento desde 1950 hasta la actualidad (Babor et al., 2017, p. 13). Por otra parte, en décadas recientes se ha presentado una disminución significativa de bases de datos especializadas y gratuitas sobre bibliografía en drogas, principalmente en Estados Unidos y Europa, esto debido a percepciones erróneas de mayor accesibilidad a la información por medio de motores

de búsqueda predominantes, lo que ha generado un sesgo de disponibilidad en los gobiernos que destinan recursos económicos para su funcionamiento (Mitchell et al., 2012, p. 1). Disminuyendo los presupuestos destinados al mantenimiento de las mismas y en muchos casos, clausurando definitivamente los repositorios.

En la bibliografía existente, resalta un reciente artículo de revisión sistemática de la Universidad de Melbourne que busca como objetivo identificar los recursos éticos actualmente disponibles para las personas que brindan consejería cuando se encuentran en un dilema ético (Silkoff et al., 2018). Este estudio es particularmente útil para el presente escrito por la objetividad que brinda al contabilizar los recursos con criterios de utilidad y practicidad para el tema en consideración.

Los datos encontrados se clasificaron en dos, con subtipos para el primero:

1. Ética normativa, incluidos códigos de ética basados en reglas y ética conceptual (incluida la ética basada en principios);
2. investigación ética empírica; e
3. investigación que combine la ética normativa y ética empírica.

Partiendo de las 99 publicaciones analizadas en esta revisión sistemática, se encontraron 39 publicaciones que cumplen el criterio de utilidad para los profesionales de la consejería, de éstas; 33 publicaciones de base en la ética normativa; 4 publicaciones basadas en normas; 29 publicaciones de base ética conceptual; 4 publicaciones de ética empírica; y 2 publicaciones que incorporan la ética normativa, así como la ética empírica.

Se puede resaltar que los códigos de ética creados en Australia (Fry, 2007), Canadá (Canadian Addiction Counsellors Certification Federation, 2020), Estados Unidos (Association for Addiction Professionals, 2021), Nueva Zelanda (Daapanz, 2020) y Reino Unido (Addiction Professionals Registration Body and Network, 2020) son de tipo normativos, basados en conceptos y principios. Tienen incidencia a nivel nacional y regulan las prácticas de la consejería en drogas. Cuentan con comisiones de ética, estatutos claros y mecanismos necesarios para su implementación y en algunos, la incorporación de modelos en la toma de decisiones éticas. Dentro de esta categoría le siguen una serie de libros dedicados a brindar una guía a los profesionales de las adicciones y artículos científicos.

Dentro de las publicaciones sobre ética empírica se encontraron estudios llevados a cabo en centros especializados en Canadá, Suiza y Países Bajos. Su finalidad es brindar datos objetivos sobre aspectos éticos en entornos muy particulares y específicos, tales como dispositivos clínicos y centros de autosuministro de sustancias. Estos se consideran de mayor utilidad porque cumplen con el criterio normativo para las acciones técnicas basadas en evidencias.

Esto puede brindar una perspectiva más clara de cuáles recursos están disponibles y cuáles pueden ser los marcos regulatorios de referencia para la adaptación de un código a la medida de las necesidades del Uruguay. Las características interministeriales de la Junta Nacional de Drogas proveen un escenario legal fértil e inclusivo para su debida implementación. Contar con esta estructura unificada de ministerios permite pensar medidas progresistas que verdaderamente sean útiles para la población en general, principalmente para los UPD en su circulación por los distintos ministerios durante su recuperación.

## Contexto actual

El marco jurídico vigente tanto para el tratamiento como la prevención en drogas se sustenta principalmente en la Ley N° 18211 que reglamenta al Sistema Integrado de Salud (Uruguay, 2007) el cual es universal, brindando cobertura y prestaciones específicas a UPD. Otra ley que prima en el cuidado y tratamiento a usuarios de drogas es la Ley de Salud Mental N° 19529 (Uruguay, 2017) la cual explicita en el artículo 5 cómo debe ser abordado este fenómeno desde una perspectiva integral y comunitaria. También se podría considerar para el análisis el Decreto legal N° 274/013 (Uruguay, 2013) donde se establece un marco regulatorio para los establecimientos especializados en la atención y tratamiento de personas con usos problemáticos de drogas. Desde este marco se propone definir los estándares de calidad en la atención.

En Uruguay existen propuestas de abordaje a UPD basados en estándares de calidad internacionales, sin embargo, cuando se habla de situaciones complejas en donde se plantean problemas a los diferentes actores que desde diversos espacios abordan este fenómeno, no cuentan con una guía, manual, protocolo y/o código normativo en ética. Disciplinas tales como la medicina, psiquiatría (Uruguay, 2014), psicología (CPU, 2001) y trabajo social (ADASU, 2001) poseen sus propias comisiones de ética, además de los mecanismos necesarios para la recepción y evaluación de

casos con posibles violaciones a la normativa establecida. Estas estructuras de revisión y supervisión profesionales podrían parecer, por su función, suficientes para la gestión de calidad que ofertan sus afiliados, pero esta práctica profesional emergente de prevención e intervención surgen nuevas encrucijadas; distintas y comunes a la vez.

Un claro ejemplo de la posibilidad de incorporar aspectos relativos al uso de sustancias es el código ético del equipo de salud elaborado por la Asociación Médica Argentina (Hurtado, Dolcini y Yansenson, 2012). Este contiene un capítulo completo –capítulo 30– sobre las intervenciones dirigidas a usuarios problemáticos de drogas en donde se aborda la complejidad y la multifactorialidad características del fenómeno de las drogas. Aunque la terminología utilizada proviene del modelo sanitarista, este código de ética logra asumir responsabilidades propias del fenómeno y se desarrolla en 14 artículos, contemplando una serie de factores importantes a tener en cuenta desde la práctica ética de los trabajadores de la salud.

Estas comisiones cuentan con una base profesional especializada en la evaluación rigurosa y sistemática de las prácticas reguladas para garantizar el uso correcto de sus facultades profesionales desde el marco legal que rige en el territorio. Gracias a esta observancia permanente se logra disminuir los posibles daños que puedan generar las intervenciones profesionales en la vida de la ciudadanía. Permitiendo a la población cierto nivel de protección, sometiendo a los profesionales a revisiones, correcciones en su proceder técnico y en casos necesarios, la suspensión temporal o definitiva de licencias para ejercer en su disciplina. Generando un espacio de observancia que impida o al menos disminuya el abuso de poder, malas praxis, vulneraciones y daños significativos a quienes interactúan con la oferta profesional inmediata.

Sin embargo, la existencia de códigos de ética por sí solos no responde a la necesidad propia de esta disciplina que distintas profesiones abrazan en su quehacer cotidiano como una de las tantas áreas de incidencia. Para aterrizar lo antes mencionado, Scott (2000) plantea que:

Los consejeros y los psicólogos basan sus valores y prácticas profesionales en un fundamento de normas éticas que son similares, pero no idénticas, en todas las disciplinas. Las normas éticas de cada disciplina de consejería están claramente articuladas en sus respectivas asociaciones profesionales

y son bien conocidas por la mayoría de los profesionales y académicos en el campo de la consejería. Los consejeros en adicciones, sin embargo, no sólo operan bajo un conjunto un tanto diferente de normas éticas, sino que también se enfrentan a situaciones únicas que resultan en desafíos éticos con sus clientes que otros consejeros no tienden a enfrentar (p. 209).

Al ejercer en un campo tan específico, se puede encontrar un gran vacío de normas y principios éticos en la compleja problemática de drogas. Todas estas disciplinas, han estado vinculadas históricamente a la consejería en drogas, sin embargo, en la actualidad esta práctica no se limita a estas profesiones, sino que un amplio abanico de actores sociales se encuentra vinculados a la consejería por PNP, forjados por la necesidad de brindar una respuesta a quienes lo solicitan y operando en la sociedad desde distintos flancos. La populosa y variada oferta de OSCs dedicadas a la consejería a usuarios de drogas capta gran porcentaje de la población objetivo para servicios de atención y prevención. Lo que deviene en un sin fin de acciones técnicas no reguladas que podrían resultar en perjuicio de los usuarios.

Esta reducida visión de la pluralidad de actores PNP que se desempeñan en abordajes de usuarios con vínculos problemáticos, dificulta regular y mejorar la efectividad de las interacciones y la protección de todos y todas las implicadas en cada abordaje. Por otra parte, se habla de protección de Derechos Humanos y no de mecanismos que garanticen preservar la dignidad de quienes se ven afectados por el estigma estructural del entorno cultural predominante.

Buena parte de la atención en el territorio uruguayo destinada a UPD es proveída por los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos. Con datos más precisos, se puede resaltar la diferencia importante entre la cantidad de actores sociales y fuera de la órbita profesional regulada que brindan atención y consejería a UPD:

En efecto, la mayor cantidad de puntos de acceso o de recursos en el territorio está conformada por los grupos de autoayuda de Alcohólicos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA), que entre las dos instituciones despliegan en el país 242 lugares donde funcionan los grupos. Por otro lado, los recursos religiosos en el territorio son en su mayoría hogares de las organizaciones Beraca y Remar, reuniendo 17 puntos de acceso. Entre AA, NA y grupos re-

ligiosos se encuentran el 61% de los puntos de acceso (Junta Nacional de Drogas, 2023, pp. 4-5).

Un elemento que no es menor en el contexto imperante, es la cantidad de personas que deciden acceder a los grupos de autoayuda y comunidades religiosas que brindan alternativas a las propuestas del prestador integral de salud del Estado, como instituciones de asistencia médica colectiva. Se puede encontrar que:

En lo que refiere a la cantidad de usuarios atendidos en estos puntos de acceso se encuentra registros en 336 de los 390 puntos de acceso. En estos, en el mes anterior al relevamiento se atendieron 5.994 usuarios. En la tabla 19 se visualiza que la mayoría de usuarios han recurrido a Alcohólicos Anónimos y a Comunidades Religiosas, el reporte entre ambas es de 2.504 personas; en un segundo lugar aparece la atención en los Centros Ciudadela donde se registran 671 personas en proceso terapéutico, Centros Especializados donde se atendieron 624 usuarios, Centros públicos no integrales con un registro de 611 personas en tratamiento en el mes del relevamiento y los Tratamientos de Base Comunitaria de la Renadro que mantuvieron un abordaje con 562 usuarios (Junta Nacional de Drogas, 2023, pp. 52-53).

Parte significativa de la oferta es cubierta por OSCs y empresas registradas en la categoría de educación privada o servicios similares. Desde esta categoría pueden operar con suficiente libertad para proveer servicios fuera de la observancia del Estado. Esto puede limitar el monitoreo, penalización y cierre de servicios que vulneren los derechos de los usuarios.

No hay duda acerca de la capacidad de respuesta desarrollada por AA y NA para atraer usuarios a sus comunidades a partir de grupos de autoayuda basados en la metodología de facilitación en 12 pasos. Esta política interna de brazos abiertos y sin plazos a término son atractivas para quienes no logran acceder a propuestas con un alto nivel de flexibilidad, además de disminuir la carga y los costos que representa para los gobiernos la atención de usuarios de drogas. Otro elemento no menor es la evidencia científica de la eficacia y el impacto positivos a largo plazo de las metodologías de trabajo de AA y NA en años recientes (Kelly et al., 2020; White et al., 2020). Esto no resta responsabilidad en el proceder de sus

miembros, al contrario. A mayor incidencia, mayor necesidad de ser auditables por las autoridades correspondientes.

Un elemento no menor es la nula información sobre principios éticos disponibles en sus repositorios digitales. Esto genera muchas interrogantes sobre sus procesos de revisión en las prácticas que ejecutan día a día. Muchos de sus consejeros son participantes de los mismos programas basados en la metodología de doce pasos y mantienen relaciones duales con los miembros de los grupos, fluctuando entre ambos roles (participante/consejero), deteriorando el vínculo y desvirtuando la finalidad que se ofrece con la consejería (Hecksher, 2007).

En un estudio llevado a cabo en la India se muestra con claridad la importancia de monitorear las prácticas asociadas a la consejería y tratamiento en usos problemáticos de drogas, estos pueden revelar múltiples abusos en materia de derechos y presentar una ventana de oportunidad importante en la creación de un marco regulatorio acorde a la problemática:

Para garantizar una atención adecuada, la filosofía de tratamiento de las instituciones debe construirse sobre una sólida base ética. No es posible funcionar dentro de un marco ético si no se cumplen las leyes del país en cuanto al registro y la autorización de los centros de tratamiento, la dotación de personal según las normas mínimas de atención y la garantía de que no se producen violaciones de los derechos humanos dentro de estos centros. En lugar de ser un lugar de curación, nuestro estudio indica que muchos de los centros de tratamiento, especialmente los de propiedad privada, se han convertido en lugares de tortura. La desatención de los organismos gubernamentales competentes, la falta de regulación en la profesión de la adicción y, en cierta medida, la falta de concienciación de los usuarios de los servicios contribuye a esta crisis (Saji y Hemalatha, 2021, p. 312).

Otro desafío histórico ha sido atraer a la población a servicios profesionalizados y disminuir el riesgo de estar expuestos a intervenciones poco confiables. Como esto no es posible en su totalidad, la auditoría, monitoreo y evaluación de los estándares de calidad en el servicio que faciliten esta mejora constante son notoriamente indispensables. Lo que abre a la reflexión sobre qué elementos en las evaluaciones de calidad pueden estar faltando, qué herramientas presentan una oportunidad

de mejora significativa en los servicios existentes y qué mecanismos son clave para esta observancia garante de derechos de los usuarios.

Este tipo de ejercicios permiten visualizar la situación actual de los prestadores de servicios desde sus distintos flancos, pero más importante aún, es la necesidad de conocer lo que sucede en estos dispositivos y centros de internación. Algo no menor es la visión con la cual se proveen estos servicios a la ciudadanía y hacia donde se apunta la recuperación, cuestionando un estado de enfermedad constante o la búsqueda del bienestar. Farisco invita a reflexionar la perspectiva desde dónde se asume este bienestar y quiénes lo deberían facilitar:

Esto sugiere la visión del “estar bien” como una condición multinivel y multidimensional: el bienestar puede percibirse generalmente tanto a nivel inconsciente como consciente, y es el resultado de diferentes factores, tanto internos como externos al sujeto (por ejemplo, componentes corporales e influencias ambientales). Entre los factores que influyen en el desarrollo cerebral se encuentran las influencias sobre el bienestar subjetivo procedentes del entorno sociocultural, incluidos los contextos político, cultural y educativo: la información procedente de estas fuentes es interiorizada por el sujeto y contribuye a modelar su bienestar personal consciente e inconsciente. La relevancia de los factores externos en la configuración de las acciones individuales plantea la cuestión de la responsabilidad social, si no en términos éticos, al menos en términos de política pública (Farisco et al., 2018, p. 4).

## Consideraciones técnicas en el tratamiento

Las siguientes consideraciones están orientadas a contemplar algunos de los múltiples elementos conjugados durante la consejería y cómo éstos al no ser auditados detrimentan la labor del cuidado dirigido a UPD. Gran parte de los siguientes aportes han sido ampliamente estudiados y problematizados por distintos autores.

Es justo reconocer en este punto que en Uruguay existen Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) con códigos de ética institucionales. Esto no significa que sean por sí mismas herramientas para el trabajo de la consejería, ni que por sí solas contemplen todos los escenarios comunes en la problemática. Para la mayoría de

los casos cumple la función de requisito que respalda a la organización de posibles malas praxis de sus empleados, depositando la responsabilidad en el técnico y no la empresa que contrata. Igualmente, la simple existencia de un documento no determina su cumplimiento.

Cuando se hace referencia a responsabilidades en la práctica profesional, las OSC tienen la confianza de contar, en su mayoría, con técnicos que se remiten a un código de ética profesional de base. Esta confianza depositada en las comisiones de ética de algunas profesiones genera grandes vacíos si se habla de consejería en drogas. Ya que no es lo mismo un código de ética que regule una licencia profesional y un código que regule un área común de PNP que brindan consejería en drogas.

Como menciona White y Popovits, existen distinciones pragmáticas y de diseño entre las distintas concepciones de ética en drogas:

Un Código de Práctica Profesional es un conjunto de normas a las que están sujetos todos los miembros de una organización, independientemente de los códigos de ética individuales a los que el personal pueda ser responsable a través de sus especialidades profesionales. Los códigos de ética dan forma a las normas de práctica dentro de las especialidades profesionales; los códigos de práctica profesional dan forma a los valores y estándares de práctica dentro de las organizaciones. El CPP surge del reconocimiento de las dimensiones éticas en la relación entre el cliente y la organización. Los administradores, miembros de la junta, personal administrativo, personal de mantenimiento, personal de asesoramiento, voluntarios y pasantes (todos miembros de la organización) están sujetos a los estándares establecidos en el CPP (2001, pp. 12-13).

Cada código responde a necesidades específicamente contempladas en estas prácticas profesionales, permitiendo que un cuerpo reglamentario acompañe en situaciones extremadamente complejas; el ejercicio de poder injustificado, vínculos perjudiciales, exposición a situaciones perversas de los sistemas de cuidados, etc. Esta distinción entre los códigos de ética exclusivos en determinadas disciplinas y los códigos de prácticas profesionales en la consejería en drogas aumentan considerablemente los niveles de consciencia en la toma de decisiones, ya sea por el mero conocimiento de determinados principios rectores o por el temor a estar ex-

puestos ante mala praxis. Por otra parte, es comprensible no encontrar un código de prácticas profesionales que aúne a todos los interlocutores en la consejería en drogas por la variedad de actores que conforman el entramado. Silkoff et al. (2018) dice al respecto que:

Las posibles razones de la relativa falta de interés en relación con la ética en la práctica de AOD pueden incluir los diversos antecedentes profesionales y no profesionales de la fuerza laboral, lo que podría dificultar la construcción de una base sólida de conocimientos éticos en comparación con otras áreas de la atención médica. La dependencia de sustancias también es un área relativamente marginal de la atención sanitaria; Es posible que la investigación sobre la ética en la atención sanitaria no aborde las preocupaciones de la AOD debido a su marginación. Un ejemplo de esto es el área aliada de la psiquiatría, una especialidad médica que tiene una superposición significativa con la práctica de la AOD. El “Manual de Ética Psiquiátrica de Oxford” tiene 94 capítulos, ninguno de los cuales está dedicado a la dependencia de sustancias (p. 35).

Este escenario también se presenta en todos los códigos de ética actuales en las profesiones reguladas del Uruguay. Generando un efecto de vacío legal y de responsabilidad social no muy clara, en donde es depositada una gran carga en los programas y dispositivos de atención estatal. Este efecto de piezas faltantes se presta a crear distancia con la complejidad del fenómeno y la falta de apoyo en el proceso de acompañar y aconsejar.

## Relaciones duales

Las relaciones duales o múltiples son de los temas a nivel profesional más controversiales de la consejería en drogas. Cada cierto tiempo se escucha a un/a colega comentar sobre casos que ameritan sanciones administrativas o la cancelación de licencias en profesiones encargadas del cuidado de la ciudadanía. Estos son más comunes de lo que se puede imaginar y han sido materia de análisis por muchos profesionales a nivel mundial desde hace varias décadas.

Normalmente las situaciones en las que se implican relaciones sexuales y vínculos afectivos-amorosos tienden a resonar por más tiempo y ser temporalmente

un tema de conversación pública entre colegas. En casos extremos, este tipo de situaciones llegan a la opinión pública y generan revuelo. No obstante, como toda efervescencia esta tiende a disminuir su intensidad hasta llegar al olvido. Para poder comprender el nivel de complejidad que esto implica, es justo iniciar con algunas definiciones planteadas por algunos de los interlocutores de esta manifestación dentro de la compleja tarea en la consejería en drogas. White y Popovits definen las relaciones duales de la siguiente forma:

El concepto de “relación dual” abarca la existencia de cualquier relación entre la institución/trabajador y un cliente fuera de la relación de servicio. La preocupación ética es la forma en que las relaciones duales pueden comprometer la calidad y la integridad del proceso de servicio. En la relación de ayuda profesional, la institución/trabajador asume un deber especial por el bienestar del cliente que supone objetividad, honestidad, defensa, disponibilidad y continuidad. Cualquier relación preexistente o de rol secundario con el cliente puede poner en peligro estas condiciones, provocando un deterioro de la eficacia del servicio y posibles incumplimientos de la conducta ética (2001, p.185).

Otro ejemplo puede ser la multiplicidad de escenarios en donde las relaciones duales se pueden presentar en las comunidades que se trabaja, generando dilemas éticos para el profesional de usos problemáticos de drogas que coexisten en entornos educativos, comerciales, recreativos, etc. Scott expresa que:

Todos los códigos de ética profesional consideran que las relaciones duales no son éticas, pero varían en términos de las condiciones bajo las cuales estas relaciones pueden ocurrir. Por lo tanto, los consejeros a veces se sienten confundidos acerca de los límites de sus relaciones con los clientes (Chapman, 1997). Los consejeros que trabajan en programas de tratamiento de adicciones a menudo luchan con un conjunto único de problemas relacionales (2000, p. 213).

Herlihy y Corey (2015) reconocen las consecuencias y el daño que esto puede causar a los profesionales y sus oficios al brindar consejería:

La propia profesión de consejero se ve perjudicada por la conducta poco ética de sus miembros. Como profesionales, tenemos la obligación tanto de evitar causar daño en las relaciones duales como de actuar para evitar que otros hagan daño. Si no asumimos estas responsabilidades, nuestra credibilidad profesional se erosiona, las agencias reguladoras intervendrán, los clientes potenciales se mostrarán reacios a buscar asistencia de asesoramiento y menos personas competentes y éticas ingresarán a programas de formación de consejeros. Los profesionales concienzudos deben ser conscientes no sólo del daño potencial a los consumidores sino también del efecto dominó que amplía el potencial de daño (p. 15).

Es sabido que en el vínculo que se busca establecer con el beneficiario de la consejería en drogas es cercano y de confianza, lo que por su misma naturaleza humana puede desdibujar la línea profesional de la personal, Berton (2013) lo plantea de la siguiente forma:

El consejero es, por naturaleza, una actividad íntima que requiere una estrecha relación entre el consejero y el cliente para ser más eficaz en la consecución de los objetivos del tratamiento. Debido a este estrecho vínculo necesario, la intimidad clínica puede confundirse con la intimidad sexual. Además, aunque a los clínicos de otras disciplinas se les enseña a no tocar y a mantener una distancia de seguridad..... tocar es una parte normal del tratamiento de la adicción, especialmente abrazar (Powell & Brodsky, 2004). Los clientes pueden tener reglas culturales con respecto a las caricias que influyen en su reacción y participación (Reamer, 2001). Incluso si los consejeros son conscientes de que el sexo está proscrito, el comportamiento apropiado puede ser confuso en nuestro entorno liberalmente íntimo (p. 43).

El nivel de complejidad que conllevan las relaciones duales no se limitan a la proximidad o la reducida oferta de profesionales en un territorio delimitado, muchas veces estos entrecruzamientos pueden estar relacionados con afinidades propias de la vida en comunidad, Herlihy y Corey explica que:

Quizás algunos de los ejemplos más claros de situaciones en las que las relaciones duales pueden ser inevitables ocurren en la vida de los practicantes

rurales. En una comunidad rural aislada, el ministro local, comerciante, banquero, esteticista, farmacéutico o mecánico podría ser cliente de un consejero en particular. En tal entorno, el consejero puede tener que desempeñar varios roles y es probable que considere más difícil mantener límites claros que para los colegas que practican en áreas más densamente pobladas. Vale la pena señalar que los “mundos pequeños” pueden existir en entornos urbanos y rurales. En muchas comunidades muy unidas, es probable que ocurran contactos y relaciones no profesionales porque los clientes a menudo buscan consejeros que comparten sus valores y están familiarizados con su cultura. Estos “mundos pequeños” podrían incluir congregaciones religiosas, aquellas en recuperación del abuso de sustancias, la comunidad gay/lesbiana/bisexual/transgénero, algunos grupos raciales o minoritarios étnicos y los militares. (2015, p. 10).

## Relaciones de poder

Otro elemento de gran importancia a considerar es la relación de poder establecida entre los PNP de la consejería en drogas y los beneficiarios cuando existen medidas legales implicadas en su participación en un espacio, Doyle plantea que:

En el campo del abuso de sustancias, el consejero a menudo tiene un poder sustancial sobre el cliente debido a la frecuencia con la que los clientes participan en el sistema judicial. A menudo se exige a los clientes que participen en asesoramiento o tratamiento como condición para la libertad condicional, y la violación de este requisito podría resultar en su encarcelamiento (Milam y Ketcham, 1981). Por lo tanto, los consejeros tienen un gran poder sobre los clientes, poder que puede conducir a la explotación. Cuando la explotación aparece en la interacción personal entre el consejero y el cliente, rápidamente surgen serios problemas de relación dual (1997, p. 429).

Estos mecanismos coercitivos presentan situaciones difusas, brindando a los PNP potestad sobre los usuarios, exponiendo a los mismos a criterios subjetivos de evaluación, pudiendo tergiversar la finalidad de las medidas legales y los efectos positivos esperados. Sin mencionar el potencial que presentan para la explotación laboral, sexual y económica que esto podría implicar. Talef (2009) afirma que:

Tenemos conocimientos que cambian a las personas. En virtud de nuestra capacitación y educación, nos especializamos en influir en los clientes en términos de sus decisiones y acciones. De este modo tenemos una influencia potencial sobre la vida de nuestros clientes. Si se utiliza incorrectamente, este poder puede explotar. Lo mismo se aplica al poder de las expectativas que muchos clientes tienen respecto de nuestra capacidad para ayudarlos a cambiar. Estamos investidos, nos guste o no, del poder para lograr cambios. Se nos da poder para hacer cosas que la gente común y corriente tiene prohibidas. Nos pagan para inmiscuirnos en los secretos más profundos y oscuros de un cliente. Tenemos poder para influir en el comportamiento de un cliente en términos de recompensas o desaprobación (p. 177).

Otro elemento que no es menor y que puede ser tomado en consideración a futuro, es el rol que cumplen los actores de la prevención y los dilemas éticos en juego cuando se asume este rol de conocimiento, implicando poder sobre las y los destinatarios, White y Popovits lo describen con mucha claridad en el siguiente párrafo:

Gran parte del desarrollo de normas éticas que rigen el tratamiento de las adicciones se basa en el desequilibrio de poder en la relación de consejería que el profesional que ayuda podría explotar en detrimento del cliente. Algunos trabajadores de la prevención atacarían la aplicabilidad de este modelo al trabajo de prevención, sugiriendo que el modelo "profesional-cliente" huele a clasismo y elitismo y que no existe tal diferencia de poder en la relación entre los trabajadores de la prevención y las personas con quienes trabajan. Esta posición plantearía algunas de las siguientes preguntas que pueden estar en el centro de cualquier discusión sobre cuestiones éticas en la prevención. ¿Existen funciones asumidas o actividades realizadas por trabajadores de prevención en las que exista tal poder? ¿Existen condiciones bajo las cuales los destinatarios de los servicios de prevención son vulnerables debido a sus características especiales o la naturaleza del contexto del servicio de prevención? Si se evita el estatus profesional y se abolió el estatus de cliente, ¿existen normas de conducta apropiada o inapropiada que rijan las relaciones entre los trabajadores de prevención y sus diversos electores? ¿Carece el contexto de prevención de las posibilidades de explo-

tación a las que se dirigen las normas éticas en el contexto del tratamiento? (2001, p. 259).

Estas reflexiones y preguntas llevan a una conversación no saldada en entornos de prevención y tratamiento. Los roles de poder no se discuten comúnmente entre los equipos técnicos y personal de salud, entre hacedores de políticas públicas y empresas que brindan servicios privados y especializados. Estas relaciones de poder suceden sin mucho escrutinio, con baja observancia y con confianza plena en el bagaje académico y personal de sus interlocutores. Es en este punto donde una oportuna, responsable y consciente conversación se puede considerar de utilidad en la sociedad.

Obligaciones tales como la búsqueda del bienestar de los usuarios son elementos que pueden ejemplificar los elementos claves para un accionar consciente en el poder que conlleva la tarea de los consejeros PNP en el proceso de rehabilitación de los usuarios. Definiciones como las que brinda Berton, pueden servir de ejemplo para la extrapolación de ciertos principios base utilizados por otras profesiones como un eje central que regule el uso del poder concedido por el rol:

**Beneficencia:** Según este principio, el concepto de beneficencia se basa en la preocupación del clínico por el bienestar de los clientes. El clínico fomentará el respeto y la sensibilidad y basará las intervenciones terapéuticas en aquellas que sean más beneficiosas y que mejor incrementen la experiencia vital positiva del cliente (Geppert & Roberts, 2008) (2013, p. 15).

Una de las acciones menos cuestionadas en el accionar técnico es la baja administrativa o criterios de expulsión de un programa de drogas. Esto es básico en el acceso o circulación de los usuarios por el sistema salud, y su falta de regulación ética desde un órgano externo deja por fuera elementos importantes tales como el no causar daño o reducir los tiempos de respuesta a cuidados necesarios en la rehabilitación o modificación del vínculo con la sustancia empujando a las personas a circular por instituciones privadas con prácticas no supervisadas y el uso de técnicas no sustentadas en evidencias científicas. White et al. plantea como uno de los objetivos para disminuir la baja administrativa que:

Cumplir con la obligación ética de dar de baja y derivar (al menos nominalmente) a los clientes que no responden a los servicios del programa. El supuesto que guía este objetivo se deriva de la necesidad de proteger a los clientes de la exposición continuada a tratamientos que son ineficaces o potencialmente dañinos debido a los prejuicios ideológicos o los intereses financieros del proveedor de servicios (White & Popovits, 2001). Para atenuar este argumento a favor de la BA existe otro mandato ético: no abandonar clínicamente a los clientes a los que se ha prometido lealtad y disponibilidad (2005, p. 3-4).

Resulta importante conocer las bases en la toma de decisión a la hora de efectivizar una acción técnica. Esto se podría analizar desde el contenido de los protocolos vigentes y los modelos en la toma de decisiones en escenarios asociados al tratamiento de UPDs.

Estos criterios de evaluación deben partir desde una mirada ética y no de una apreciación superficial y distante de la situación, es decir, el conjunto de acciones que se deben tomar para no privar a las personas de un tratamiento o asesoramiento debidamente evaluado deben iniciar desde una base común, por ello la importancia de un código de ética para quienes brindan consejería a usuarios de drogas. Para ello se necesita desarrollar la llamada sensibilidad ética de White y Popovits que nos enseña que:

La sensibilidad ética es la capacidad de salir de uno mismo y percibir las complejidades de una situación a través de las necesidades y experiencias del cliente, la agencia, las instituciones aliadas y el público. Es la capacidad de proyectar las posibles consecuencias de la acción o inacción de uno en estas diversas partes. Es la capacidad de reconocer cuando uno está en terreno ético. Es la capacidad de identificar y analizar las cuestiones éticas precisas involucradas en una situación particular y de aislar y articular deberes conflictivos. Es la capacidad de sopesar las ventajas y desventajas de diversas acciones y de formular soluciones éticamente apropiadas a situaciones complejas (White y Popovits 2001, p.7).

El cambio de lógica que implica la ética en la consejería puede ser justamente lo que la ciencia en drogas precisa para lograr acercar a los consejeros cada día más a prácticas basadas en evidencias. La construcción del hábito en el uso del análisis crítico de los problemas cotidianos, puede alimentar el deseo de revisar las prácticas y la presencia o ausencia de evidencias en las acciones ejecutadas.

### **Consideraciones éticas en el uso de la inteligencia artificial en usuarios problemáticos de drogas**

Recientemente la humanidad llegó a la era de la Inteligencia Artificial (IA), esto devela un desafío socioético levemente discutido en el ámbito de los usos de drogas. Implicando un nuevo reto, presentando muchas aristas que derivan en grandes oportunidades para la mejora de servicios y a la vez, en grandes riesgos para la ciudadanía. Este diálogo sobre los usos éticos de estas herramientas es incipiente y precisa de actores informados sobre la complejidad del tema para animar a la sociedad a participar activamente en su proceso de regulación y posterior implementación.

Este proceso gradual de digitalización requiere mecanismos sofisticados para la protección de los derechos fundamentales, ya que contiene características complejas en términos de análisis y reglamentación que pueden obstaculizar su armonización. La inteligencia artificial, por definición es una “disciplina científica que se ocupa de crear programas informáticos que ejecutan operaciones comparables a las que realiza la mente humana, como el aprendizaje o el razonamiento lógico” (Real Academia Española, 2023). El uso de herramientas con este alcance exige normativas similares a las propuestas adaptadas a los dilemas éticos contemporáneos.

Para contextualizar históricamente el tema, es necesario referirse a una de las primeras propuestas de regulación de la gobernanza en el uso ético de la información: el Acuerdo de Oviedo. Brent (2021) señala que este acuerdo plantea importantes desafíos en relación con el uso de datos vinculados a la salud, la bioética y las posibles consecuencias de la manipulación de información personal. Entre estos desafíos se destacan los riesgos asociados a la falta de consentimiento informado por parte de los usuarios, así como otros factores clave. Además, el uso inadecuado de la información puede acentuar las brechas existentes entre poblaciones vulnerables y las élites que controlan los avances tecnológicos, lo que podría generar sesgos en la información sobre personas que consumen sustancias y enfrentan sus consecuencias.

En el año 2021, durante la pandemia, la Unión Europea (UE) crea la Ley de Inteligencia Artificial (UE, 2021) dando inicio a la regulación de todos los posibles usos beneficiosos de la IA con la intención de prevenir los potenciales peligros que estos implican en los países miembros y países afiliados. Siendo el continente pionero en materia de derechos, la UE ha invitado al resto de países a sumarse al esfuerzo de reducir el impacto que pueden generar los vacíos legales en la implementación de nuevas tecnologías. Esta carrera a contrarreloj se inicia en un escenario poco favorable para la participación ciudadana, viéndose excluida en la toma de decisiones que afectan el bienestar común. Sin embargo, la competencia ya iniciada por las grandes empresas acelera su ritmo en la búsqueda de liderazgo y financiación por parte de las grandes potencias económicas obstaculizando su observancia, lo que obliga a los gobiernos a moverse rápidamente frente a posibles riesgos de IA.

El último esfuerzo en la historia reciente para concienciar sobre la necesidad de regular el uso de la IA fue la creación de la Declaración de Bletchley (Gobierno del Reino Unido, 2023) donde las grandes potencias mundiales participaron para ratificar sus compromisos en el cumplimiento de diversos puntos vitales que la humanidad necesita abordar, confrontar y delimitar en sus usos. Estas acciones simbólicas y pragmáticas de esfuerzos unificadores pueden indicar el nivel de impacto que estas tecnologías tendrán en cada faceta de la experiencia humana en un futuro cercano.

Si bien se ha hablado de avances europeos en el ámbito jurídico, se puede afirmar que en América Latina y el Caribe se han dado pasos importantes para la regulación de la IA. Este año se consolidó la primera versión del Índice Latinoamericano de Inteligencia Artificial (ILIA), donde se agrupan y mencionan varios datos pertinentes para una aplicación tecnológica progresiva desde una perspectiva ética:

Al momento de la medición, Uruguay había declarado recientemente un interés y la voluntad de tomar medidas en cuanto a su estrategia nacional en IA. Para ello ha iniciado en junio de este año una revisión de la estrategia junto con UNESCO y CAF para evaluar el grado de preparación en la aplicación ética y responsable de sistemas de IA, junto con una revisión del marco institucional para gobernanza, implementación y sostenibilidad de políticas de IA (Centro Nacional de Inteligencia Artificial, 2023, p. 104).

Otro dato importante es el enfoque predominante en esta primera fase de implementación de la IA para promover la transformación digital en el Estado uruguayo que podría demorar el acceso al debate público sobre la importancia de preservar la dignidad humana y garantizar la instrumentalización de los derechos fundamentales:

Uruguay es el único país dentro de los considerados en el ILIA que cuenta con una agencia independiente habilitada por ley con competencias en esta materia. En efecto, la Estrategia Nacional de IA es liderada por AGESIC, agencia dotada de competencias regulatorias. Sin embargo, esto también la restringe a un ámbito de acción más acotado, lo que explica que la estrategia de Uruguay está orientada explícitamente al Gobierno Digital y no a otras áreas de la sociedad (u objetivos de bien común), como sí lo hacen las otras estrategias de la región (ILIA, 2023, p. 108).

Ahora, la preocupación radica principalmente en el impacto que puede tener el uso de estos programas inteligentes a gran escala, dado que pueden generar significativos sesgos algorítmicos. En el caso del UPD, ya existe un sesgo importante en la percepción del problema, por lo que la incorporación de herramientas sin las garantías adecuadas podría representar un riesgo adicional para las poblaciones más vulnerables. Esto no solo incrementa la posibilidad de injusticias y daños colaterales en los procesos de rehabilitación, sino que también aumenta la probabilidad de violaciones a la confidencialidad y privacidad de los datos, errores en el procesamiento de la información, uso malintencionado de los datos e interpretaciones ajenas a propósitos terapéuticos.

El documento titulado “Ética y gobernanza de la inteligencia artificial para la salud” describe el dilema ético en el uso de esta tecnología donde destaca el elemento deshumanizante contenido en esta herramienta:

En una guía publicada en marzo de 2020, la Oficina señaló que la IA y los macrodatos pueden mejorar el derecho humano a la salud cuando “las nuevas tecnologías se diseñan de manera responsable” y podrían garantizar que ciertas poblaciones vulnerables reciban una atención eficiente e individualizada, como dispositivos de asistencia, aplicaciones medioambientales integradas y robótica. Sin embargo, la Oficina también señaló que dichas

tecnologías podrían deshumanizar la atención, socavar la autonomía y la independencia de las personas mayores y plantear riesgos importantes para la privacidad de los pacientes, todo lo cual es contrario al derecho a la salud (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Elementos importantes a tener presentes es la inclusión de consentimientos informados para que quede constancia de la incorporación de la IA en la elaboración de estudios que impliquen la recopilación de datos médicos confidenciales de personas con dependencia a sustancias y ser sujetos de control y monitoreo por los prestadores de salud (Erguzel et al., 2019). Es importante que el uso de datos en poblaciones vulnerables en donde la implementación de acciones orientadas a la prevención o el tratamiento de personas usuarias de drogas tenga un sentido ético.

También es necesario un cuerpo profesional que cuente con la total capacidad explicativa de los modelos algorítmicos utilizados y sus finalidades dispuestas, asumiendo responsabilidad, capacidad de reparación y constante revisión de los procesos establecidos por programas de inteligencia artificial para la mejora de la salud. Amjad (2023). Plantea problemas previsible que podrían hacer una diferencia significativa en la protección de UPD en materia de datos personales en la inevitable digitalización de indicadores relacionados a la salud:

Como solución, los tratamientos futuros para la adicción que integren inteligencia artificial deberían incluir marcos teóricos que ayudarían a garantizar que estas intervenciones específicas se implementen correctamente, pero también deberían garantizar estándares mínimos de calidad y homogeneidad al abordar inquietudes relacionadas con la protección de datos, la privacidad y la confidencialidad. Esto aumentaría la confianza entre los proveedores de atención médica, los sistemas de inteligencia artificial y los pacientes, ya que los datos personales no se manejarían incorrectamente y ayudaría a prevenir violaciones que podrían comprometer los datos de los pacientes y provocar el robo de identidad u otros daños (p. 1).

En este momento es importante considerar si esta lógica aplicada a la ciencia es funcional o disfuncional en la sociedad, si presenta y combina los criterios necesarios para mejorar la vida de todos sus habitantes. De no tomar las precauciones

pertinentes, podría generar dificultades para discernir entre lo necesario y lo que simplemente se despliega desde el ritmo trivial de la moda:

La política de drogas actual afirma estar basada en evidencia. Las recomendaciones de políticas se basan en hallazgos científicos sobre “lo que funciona” y, por lo tanto, tienen muchas posibilidades de generar resultados positivos. La política de drogas se basa principalmente en principios de ética consecuente (utilitaria) (Uchtenhagen, 2010, p. 277).

Esta ética utilitaria que prima en silencio es la que debe estar sometida al escrutinio ciudadano. Poder transparentar la finalidad de los instrumentos y sus propósitos es fundamental definirlos colectivamente, de lo contrario, se estaría alimentando un uso indiscriminado de herramientas útiles a quienes gestionan el poder más allá de los límites acordados socialmente.

Considerar la implementación de metodologías de diseño sociotécnico en todas las etapas del proceso de revisión de la “Estrategia de Inteligencia Artificial y de elaboración de la Estrategia Nacional” (Presidencia de la República, 2023). Tales como el Diseño para Valores (Van den Hoven et al., 2015), basándose en metodologías de Diseño Sensible al Valor (Friedman, 1997; Friedman y Hendry, 2019; Friedman y Hendry, 2012) y Diseño Participativo (Schuler y Namioka, 1993). Pueden colaborar en el diseño coherente de principios que protejan la dignidad, solidaridad, autonomía, privacidad y los Derechos Humanos fundamentales de todos los ciudadanos. Como nos dice Aizenberg y Van den Hoven:

Diseñar para los derechos humanos no debe verse como un obstáculo para la innovación técnica. Por el contrario, creemos que es clave lograr interacciones innovadoras entre humanos y sistemas de IA de una manera que satisfaga las necesidades de las partes interesadas en consonancia con los valores morales y sociales encarnados por los derechos humanos. Eso no significa que sea un camino fácil de recorrer: aprender a comunicarse entre disciplinas, resolver tensiones de valor entre las partes interesadas y reconocer que una mayor automatización e inteligencia artificial no siempre es la solución deseada (Aizenberg & van den Hoven, 2020. P. 11).

## Conclusiones

La ética en la consejería en drogas ha sido un tema pendiente a nivel global, un problema tan complejo y cambiante como el uso de sustancias requiere de herramientas claras y asequibles. Al no contar con la claridad que facilita la mirada deontológica en la interacción con la problemática de drogas, las mismas intervenciones pueden ser parte de los factores de riesgo a los que los usuarios están expuestos en el proceso de problematización de sus consumos. El dilema ético que representa la instrumentalización de la Inteligencia Artificial suma otra capa de dificultad a los nuevos retos sociales que representa el fenómeno de las drogas y sus usos.

El campo de las drogas, requiere un cuerpo de eticistas profesionales críticos con facultades legales accesibles para mejorar las prácticas y sancionar las acciones que se alejen de los principios básicos de cada intervención, no causar daño. En este punto se puede apreciar la necesidad de un órgano independiente y neutral que proteja los derechos fundamentales de los usuarios en donde la transversalización de la perspectiva de género se transforme en principios éticos que faciliten el balance de las lógicas de intervención existentes.

Contemplar la función que cumplen todos sus actores, desde hacedores de políticas públicas hasta los consejeros de comunidades terapéuticas, puede aproximar a un grado de responsabilidad colectiva en los que todos asumen los contenidos compartidos a los usuarios, las bases científicas que fundamentan la intervención, los roles de poder, los riesgos de explotación directa o indirecta de quienes presentan extrema vulnerabilidad, los posibles daños físicos y psicológicos que cada recomendación, estrategia y consejo puede causar a los beneficiarios de cualquier servicio disponible, podría mejorar enormemente la calidad de los servicios prestados.

Sería de gran importancia considerar la creación de un equipo interdisciplinario de especialistas en ética, ya sean originariamente desde las distintas comisiones de ética de las disciplinas de mayor incidencia en el fenómeno de las drogas o desde un cuerpo independiente emergente desde los órganos rectores del Estado que puedan auditar las prácticas en drogas, y a la vez, crear una guía práctica para personas que brindan consejería, pensada para los actores sociales que acompañan, en donde puedan encontrar herramientas, principios y evidencias empíricas para hacer frente a los desafíos cotidianos.

## Referencias bibliográficas

- ADASU. (2001). *Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay*. ADASU Comisión de Ética. [https://www.adasu.org/noticia.php?id\\_prod=46&id\\_cat=5&prod=COMISION%20DE%20ETICA](https://www.adasu.org/noticia.php?id_prod=46&id_cat=5&prod=COMISION%20DE%20ETICA)
- Addiction Professionals Registration Body and Network. (2020) Addiction professionals standards of conduct and ethics. FDAP. <https://www.addictionprofessionals.org.uk/Pages/Category/code-of-practice>
- Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental [SAMHSA]. (2010). *Competencias para consejería en adicción: Conocimiento, Destrezas y Actitudes de la Práctica Profesional*. Serie de Publicaciones para Asistencia Técnica TAP 21. [https://www.google.com/url?q=http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/TAP21.pdf&sa=D&source=-docs&ust=1702231756400357&usg=AOvVaw1SeliEjgvFMSNOBaQikGCJ](https://www.google.com/url?q=http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/TAP21.pdf&sa=D&source=-docs&ust=1702231756400357&usg=AOvVaw1SeliEjgvFMSNOBaQikGCJ)
- Aizenberg, E., & van den Hoven, J. (2020). Designing for human rights in AI. *Big Data & Society*, 7(2). <https://doi.org/10.1177/2053951720949566>
- Amjad, F. (2023). Ethical Aspects of Integrating Artificial Intelligence in the Landscape of Addiction Treatment: A Comprehensive Examination of Moral and Technological Nexus. Robert Wood Johnson Medical School. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.16644.30084>
- Association for Addiction Professionals. (2021). Code of Ethics. NAADAC. <https://www.naadac.org/code-of-ethics>
- Babor, T. F., Morisano, D., Noel, J., Robaina, K., Ward, J. H., & Mitchell, A. L. (2017). Infrastructure and Career Opportunities in Addiction Science: The Emergence of an Interdisciplinary Field. In T. F. Babor, K. Stenius, R. Pates, M. Miovský, J. O'Reilly, & P. Candon (Eds.), *Publishing Addiction Science: A Guide for the Perplexed* (pp. 9–34). Ubiquity Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctv3t5qwx.8>

- Benaroyo, L. (2004), *Méthodologie en éthique clinique : une approche intégrant les diverses dimensions éthiques du soin*, Rev Med Suisse, -10, no. 2486, 1304–1307.
- Berton, J. (2013). *Ethics for Addiction Professionals*. John Wiley & Sons. <https://www.perlego.com/book/1000416/ethics-for-addiction-professionals-pdf>
- Brent, M. (2001). *The impact of artificial intelligence on the doctor-patient relationship*. Council of Europe. <https://www.coe.int/en/web/bioethics/the-oviedo-convention-and-human-rights-principles-regarding-health>
- Callahan, D. (2003). Individual Good and Common Good: A Communitarian Approach to Bioethics. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(4), 496–507. <https://doi.org/10.1353/pbm.2003.0083>
- Canadian Addiction Counsellors Certification Federation. (2020). *Code of Ethical and Professional Conduct and Disciplinary Procedures*. CACCF. . <https://www.caccf.ca/wp-content/uploads/2022/09/CACCF-PCR-Policy.pdf>
- Centro Nacional de Inteligencia Artificial. (2023). Índice Latinoamericano de Inteligencia Artificial. CENIA. [https://indichelatam.cl/wp-content/uploads/2023/09/ILIA-ESP\\_compressed.pdf](https://indichelatam.cl/wp-content/uploads/2023/09/ILIA-ESP_compressed.pdf)
- Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias. *Conocimientos, Destrezas, y Actitudes de la Práctica Profesional*. Serie de Publicaciones para Asistencia Técnica (TAP) 21. Publicación de DHHS Núm. (SMA) 08-4171. Rockville, MD: Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, 2006; reimpresso 2007 y 2008. Versión en español revisada en 2010. [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/TAP21.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/TAP21.pdf)
- Comisión Interamericana de Mujeres. (2022). *Estrategia de Transversalidad+ para la Igualdad y la Transformación*. Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA). [https://www.oas.org/es/cim/docs/Estrategia\\_transversalidad\\_ESP\\_fn.pdf](https://www.oas.org/es/cim/docs/Estrategia_transversalidad_ESP_fn.pdf)

- CPU. (2001). Código de Ética del Psicólogo/a. CPU. <https://www.psicologos.org.uy/so-bre-cpu/codigo-de-etica/>
- Dapaanz (2020). *Tikanga Matatika: Dapaanz Code of Ethics*. Addiction Practitioners Association of Aotearoa New Zealand. <https://dapaanz.org.nz/wp-content/uploads/tikanga-matatika-2021-final.pdf>
- Doyle, K. (1997). Substance abuse counselors in recovery: Implications for the ethical issue of dual relationships. *Journal of Counseling & Development*, 75(6), 428-432. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1997.tb02358.x>
- Erguzel, T., Noyan, C., Eryilmaz, G., Ünsalver, B., Cebi, M., Tas, C., Dilbaz, N., Tarhan, N. (2019). Binomial Logistic Regression and Artificial Neural Network Methods to Classify Opioid-Dependent Subjects and Control Group Using Quantitative EEG Power Measures. *Clin EEG Neurosci*, 50(5), 303-310. <https://doi.org/10.1177/1550059418824450>
- EU. (2021). The Act. The Artificial Intelligence Act. <https://artificialintelligenceact.eu/the-act/> Farisco, M., Evers, K., & Changeux, J.-P. (2018). *Drug Addiction: From Neuroscience to Ethics*. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 595. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00595>
- Forester-Miller, H., & Davis, T. E. (2016). Practitioner's guide to ethical decision making (Rev. ed.). Retrieved from <http://www.counseling.org/docs/default-source/ethics/practitioner-s-guide-toethical-decision-making.pdf>
- Friedman, B., y Hendry, D. (2012). *The envisioning cards: A toolkit for catalyzing humanistic and technical imaginations*. Association for Computing Machinery. DOI: 10.1145/2207676.2208562.
- Friedman, B., y Hendry, D. (2019) *Value Sensitive Design: Shaping Technology with Moral Imagination*. MIT Press. ISBN 9780262039536

- Friedman, B. (1997) *Human Values and the Design of Computer Technology*. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 1575860813 (9781575860817)
- Fry, C. (2007). *Making Values and Ethics Explicit A New Code of Ethics for the Australian Alcohol and Other Drug Field*. Alcohol and other Drugs Council of Australia. [https://www.youthadtoolbox.org.au/sites/default/files/documents\\_global/ADCA%20code%20of%20ethics.pdf](https://www.youthadtoolbox.org.au/sites/default/files/documents_global/ADCA%20code%20of%20ethics.pdf)
- Hecksher, D. (2007). Former Substance Users Working as Counselors: A Dual Relationship. *Substance Use & Misuse*, 42(8), 1253-1268. <https://doi.org/10.1080/10826080701446711>
- Herlihy, B., y Corey, G. (2015). *Boundary Issues in Counseling: Multiple Roles and Responsibilities: Third Edition* (p. 321). <https://doi.org/10.1002/9781119221586>
- Hurtado, E., Dolcini, H. y Yansenson, J. (2012). Código de ética para el equipo de salud: con la colaboración de la Sociedad de Ética en Medicina. Asociación Médica Argentina. <https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/ama-codigo-etica-castellano.pdf>
- Junta Nacional de Drogas. (2023). *Situación y características de la oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas*. Junta Nacional de Drogas. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/situacion-caracter-isticas-oferta-atencion-tratamiento-para-personas-uso>
- Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012880>
- Mitchell, A. L., Lacroix, S., Weiner, B. S., Imholtz, C., & Goodair, C. (2012). Collective amnesia: Reversing the global epidemic of addiction library closures. *Addiction*, Vol.107, n°8, 1367-1368. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03813.x>

Organización de los Estados Americanos. (1969). Convención americana sobre derechos humanos (Pacto de San José). [https://oas.org/dil/esp/tratados\\_B-32\\_Convencion\\_Americana\\_sobre\\_Derechos\\_Humanos.htm](https://oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm)

Organización Mundial de la Salud. (2020). *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*.

<https://www.who.int/publications-detail-redirect/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240029200>

Organización Panamericana de la Salud. (1947). International research codes of ethics: The Nuremberg code. *Bulletin of the Pan American Health Organization*;24(4),1990. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/27102>

Presidencia de la República (2023, julio 4). Comienza el proceso de revisión de la Estrategia de Inteligencia Artificial y de elaboración de la Estrategia Nacional. <https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/comunicacion/noticias/comienza-proceso-revision-estrategia-inteligencia-artificial-elaboracion>

Real Academia Española (2023). Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.7 en línea]. <https://dle.rae.es>.

Saji, J. y Hemalatha, K. (2021). Addiction treatment in India: Legal, ethical and professional concerns reported in the media. *Indian Journal of Medical Ethics*, 306-313. <https://doi.org/10.20529/IJME.2021.030>

Schuler, D., & Namioka, A. (1993). Participatory design: Principles and practices. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. <https://psycnet.apa.org/record/1993-97696-000>

Scott, C. (2000). Ethical Issues in Addiction Counseling. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43(4), 209-214. <https://doi.org/10.1177/003435520004300405>

- Silkoff, D., Guillemin, M., Chenhall, R., & McDougall, R. (2018). What ethical resources are available to Alcohol and Other Drug practitioners? A systematic review. *Clinical Ethics*, 13(1), 34-52. <https://doi.org/10.1177/1477750917738111>
- Taleff, M. (2009). *Advanced Ethics for Addiction Professionals*. Springer Publishing Company. Uchtenhagen, A. (2010). Ethical perspectives in caring for people living with addictions: The European experience. *International Review of Psychiatry*, 22(3), 274-280. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.482097>
- UNESCO. (2006). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa)
- United kingdom government. (2023, noviembre 1). The Bletchley Declaration by Countries Attending the AI Safety Summit. <https://www.gov.uk/government/publications/ai-safety-summit-2023-the-bletchley-declaration/the-bletchley-declaration-by-countries-attending-the-ai-safety-summit-1-2-november-2023#contents>
- Uruguay. (2007, diciembre 13). Ley N° 18211. Creación del sistema nacional integrado de salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Uruguay. (2013, septiembre 3 ). Decreto No 274/013. Reforma del marco regulatorio para los establecimientos especializados en la atención y el tratamiento de "usuarios problemáticos de drogas" (upd). <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-reglamento/274-2013>
- Uruguay. (2014, octubre 17). Ley N° 19286. Aprobación del código de ética médica. . <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19286-2014>
- Uruguay. (2017, septiembre 19). Ley N° 19529. Ley de Salud Mental. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Van den Hoven, J., Vermaas, P., y Van de Poel, I. (2015). *Handbook of Ethics, Values, and Technological Design Sources, Theory, Values and Application Domains*. Springer Reference. DOI 10.1007/978-94-007-6970-0

White, P., y Popovits, R. (2001). *Critical Incidents: Ethical Issues in the Prevention and Treatment of Addiction*. <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/940928>

White, W, Galanter, M, Humphreys, K, Kelly, J. *We do recover: Scientific studies on Narcotics Anonymous*. Selected Papers of William White [Internet]. 2020. Available from [http://www.williamwhitepapers.com/pr/dlm\\_uploads/2020-Review-of-ScientificStudies-on-NA.pdf](http://www.williamwhitepapers.com/pr/dlm_uploads/2020-Review-of-ScientificStudies-on-NA.pdf)

White, W. L., Scott, C. K., Dennis, M. L., & Boyle, M. G. (2005). It's Time to Stop Kicking People Out of Addiction Treatment. *Counselor (Deerfield Beach, Fla.)*, 6(2), 12-25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6338434/>

## Posfacio:

### Especialización en Estrategias de Intervención en Usos Problemáticos de Drogas: memoria y reflexión pedagógica

Autores: Dr. Juan Fernández Romar y Mag. Evangelina Curbelo Arroqui

Mientras estamos en pleno proceso de edición de este texto, nuestra **Especialización** está realizando una nueva convocatoria a interesados en integrar la cohorte 2025. Esta reedición surge como resultado de la renovación del convenio firmado entre la Junta Nacional de Drogas y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República en julio de 2021.

Nuevamente la convocatoria está dirigida a profesionales universitarios con experiencia en el abordaje de problemas asociados al consumo de drogas y constituye un eslabón más en una larga serie de acuerdos de trabajo establecidos por la Facultad de Psicología con la Junta Nacional de Drogas desde 1995. Entre estos antecedentes, destaca el **Convenio Marco de Cooperación Recíproca**, vigente desde el 9 de febrero de 2009, que posibilitó la instrumentación de una gran cantidad de actividades.

Como antecedente directo de esta Especialización se encuentra el **Diploma en Drogas, Regulación y Control**, iniciado en 2014. Diploma que fue diseñado para fortalecer las competencias de los profesionales vinculados a las políticas de drogas, abarcando desde la gestión y el monitoreo hasta el trabajo práctico. Tuvo tres ediciones y fue desarrollado en la Facultad de Ciencias Sociales dentro del marco del Espacio Interdisciplinario, con el propósito de evitar la predominancia de una única perspectiva disciplinar.

La **Especialización en Estrategias de Intervención en Usos Problemáticos de Drogas** se presentó oportunamente como una evolución y actualización de dicho Diploma y se distinguió por su estructura curricular de 60 créditos, de los cuales 15 se destinan al Trabajo Final.

La modalidad de cursado de la Especialización combinó enseñanza a distancia (la mayoría de los cursos se realizaron online) con instancias presenciales e integró a docentes provenientes de diversas áreas del conocimiento, como derecho, química, psicología, biología, medicina y antropología.

La formación estuvo (y continúa estando) organizada en seis módulos temáticos que comprenden un total de doce cursos y objetivo siendo el de “brindar formación a profesionales universitarios de cualquier disciplina con experiencia en la temática, capacitándolos en el diseño, análisis e implementación de estrategias de intervención en usos problemáticos de drogas desde una perspectiva interdisciplinaria” (Propuesta de Especialización, 2021, p. 2).

La especialización subraya la importancia de construir “un horizonte epistémico y discursivo más completo y común entre técnicos y profesionales que trabajan en este ámbito” (Propuesta de Especialización, 2021, p. 2). Esto resulta fundamental en un campo tan dinámico y complejo, donde el enfoque interdisciplinario se torna indispensable. La formación ofrece herramientas para analizar el fenómeno multifacético de las drogas desde distintas perspectivas y explorar diversas estrategias de abordaje y atención. De este modo, los profesionales adquieren la capacidad de identificar, evaluar y seleccionar, desde un enfoque crítico, las estrategias más adecuadas para los dispositivos y poblaciones con las que trabajan.

En este contexto, la Especialización asume como premisa que: “Las drogas configuran un fenómeno heterogéneo que no puede ser reducido a una única dimensión que permita entenderlas de manera unívoca como delito, problema geopolítico, enfermedad o fenómeno de mercado. Todo enfoque parcial limita su comprensión” (Propuesta de Especialización, 2021, p. 4).

A continuación, se presentan los objetivos establecidos en la **Propuesta de Especialización** aprobada por el Consejo Directivo Central (CDC) que están en línea con lo señalado anteriormente:

## Objetivo general

- ✓ Contribuir al diseño e implementación de estrategias de intervención en usos problemáticos de drogas con fines diagnósticos, clínicos o preventivos, sustentadas en conocimientos científicamente fundamentados y en el respeto a los derechos humanos.

## Objetivos específicos

- ✓ Formar profesionales en niveles de especialización de posgrado en el análisis y puesta en práctica de estrategias de intervención en usos problemáticos de drogas desde una perspectiva interdisciplinaria.
- ✓ Promover la producción y difusión de conocimientos de calidad, pertinencia y relevancia social en el campo de las problemáticas sanitarias asociadas a usos de drogas.
- ✓ Propiciar la consolidación de un espacio de referencia interdisciplinario e inter-servicios universitarios para el asesoramiento, diseño, monitoreo y evaluación de proyectos de intervención en drogas.

La **malla curricular** instituida de la Especialización procura posibilitar el logro de los objetivos detallados incluyendo perspectivas actualizadas que contemplen las novedades emergentes en el campo.

Módulo 1: Marcos normativos sobre drogas (6 créditos)

Módulo 2: Química y farmacología de las drogas (6 créditos)

Módulo 3: Usos tradicionales de sustancias psicoactivas (6 créditos)

Módulo 4: Fundamentos y estrategias de las clínicas de las adicciones. (15 créditos)

Módulo 5: Prevención de usos problemáticos de drogas (6 créditos)

Módulo 6: Reducción de riesgos y daños y estrategias de abordaje comunitario (6 créditos)

Módulo Optativo: Taller de escritura del trabajo final de la especialización.  
(Brinda créditos adicionales)

Trabajo final individual: 15 créditos.

(Equivalencia: 1 crédito igual a 5 horas aula)

## Composición de la primera cohorte 2022

Se recibieron 216 postulaciones pertenecientes a cinco nacionalidades: Italia (1), Brasil (2), Argentina (2) y Ecuador (1), aunque en todos los casos se trataba de personas residentes en Uruguay.

En cuanto a la formación académica, 152 postulantes (72,38%) eran licenciados en Psicología, mientras que los 64 restantes provenían de diversas disciplinas. Estas incluían Trabajo Social, Medicina, Enfermería, Educación Social, docencia en Educación Secundaria, Derecho, Comunicación, Nutrición, Obstetricia, Magisterio, Psicomotricidad, Negocios Internacionales y Musicoterapia.

Se seleccionaron 40 postulaciones basadas en la calidad de los antecedentes presentados, y se ordenaron otras cinco en lista de espera como suplentes. La cohorte final quedó compuesta en términos disciplinares de este modo:

- ✓ Psicología: 47,5%
- ✓ Trabajo Social: 30%
- ✓ Medicina: 2,5%
- ✓ Enfermería: 2,5%
- ✓ Educación Social: 2,5%
- ✓ Otras Profesiones: 12,5% (incluye Obstetricia, Comunicación, Derecho, Psicomotricidad y Nutrición).

Estos datos reflejaron la diversidad interdisciplinaria de la cohorte, lo cual contribuye significativamente al enfoque integral e interdisciplinario de la especialización, fortaleciendo el intercambio de perspectivas y experiencias en el abordaje de los usos problemáticos de drogas.

## Distribución por Lugar de Residencia

- ✓ Montevideo: 21 personas (70%)
- ✓ Canelones: 5 personas (17%)
- ✓ Salto: 1 persona (3%)
- ✓ Soriano: 1 persona (3%)
- ✓ Tacuarembó: 1 persona (3%)
- ✓ Colonia: 1 persona (3%)
- ✓ San José: 2 personas (7%)
- ✓ Río Negro: 1 persona (3%)
- ✓ Florida: 2 personas (7%)
- ✓ Artigas: 2 personas (7%)
- ✓ Paysandú: 1 persona (3%)
- ✓ Maldonado: 2 personas (7%)

Completaron la cursada 29 estudiantes con las siguientes características:

## Distribución por Edad

- ✓ 20-30 años: 3 personas (10.34%)
- ✓ 31-40 años: 13 personas (44.83%)
- ✓ 41-50 años: 11 personas (37.93%)
- ✓ 51-60 años: 2 personas (6.90%)

## Formación

- ✓ Licenciado/a en Psicología: 20 personas (68.97%)
- ✓ Licenciado/a en Trabajo Social: 6 personas (20.69%)
- ✓ Licenciada en Enfermería: 1 persona (3.45%)

- ✓ Licenciado/a en Nutrición: 1 persona (3.45%)
- ✓ Educadora Social: 1 persona (3.45%)

### Ámbito de Trabajo

- ✓ Dispositivos RENADRO: 21 personas (72.41%)
- ✓ Dispositivos ASSE: 4 personas (13.79%)
- ✓ Otros (Junta Nacional de Drogas, Programa MIDES, Ejercicio liberal, Secundaria, Aldeas
- ✓ Infantiles): 4 personas (13.79%)

### Distribución por Lugar de Residencia

- ✓ Montevideo: 12 personas (41.38%)
- ✓ San José: 3 personas (10.34%)
- ✓ Salto: 2 personas (6.90%)
- ✓ Río Negro: 2 personas (6.90%)
- ✓ Paysandú: 2 personas (6.90%)
- ✓ Artigas: 2 personas (6.90%)
- ✓ Maldonado, Colonia, Canelones, Lavalleja, Florida, Flores: 6 personas (20.68%)

Al finalizar el ciclo formativo, se instrumentó una encuesta de evaluación entre los estudiantes que completaron la formación. En esta, todos los participantes manifestaron estar de acuerdo en que la formación recibida respondió a sus necesidades. Además, el 96,6% destacó que las temáticas abordadas fueron relevantes, se alinearon con los objetivos del posgrado y que el programa ofreció un contenido interesante, actualizado y pertinente.

Estos resultados reflejaron un alto nivel de satisfacción por parte de los estudiantes con la Especialización, así como la relevancia y pertinencia del enfoque y los contenidos ofrecidos. No obstante, esa encuesta también permitió identificar algunos aspectos a mejorar, como el reclamo de una mayor presencialidad en la

formación y el fortalecimiento de los cursos con perspectiva clínica. Elementos que han sido considerados en la planificación y organización de la segunda edición.

A partir de lo reseñado anteriormente y de la calidad de los trabajos finales alcanzada por quienes cursaron la primera edición, consideramos que la **Especialización en Estrategias de Intervención en Usos Problemáticos de Drogas** ha consolidado su lugar como una propuesta formativa innovadora y pertinente en el campo del abordaje de consumos problemáticos. Los resultados obtenidos no solo evidencian el cumplimiento de los objetivos planteados, sino que también destacan la relevancia del enfoque interdisciplinario para responder a la complejidad del fenómeno de las drogas. Asimismo, la diversidad en la formación académica y los ámbitos de desempeño de los participantes enriqueció el intercambio de perspectivas, fortaleciendo un aprendizaje colaborativo y crítico.

El alto nivel de satisfacción expresado por los estudiantes pone de manifiesto que los contenidos, las metodologías y los objetivos de la Especialización se alinearon con las expectativas y necesidades profesionales de quienes participaron.

La renovación del convenio entre la Junta Nacional de Drogas y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República respalda la continuidad y ofrece la posibilidad de seguir construyendo un espacio de referencia en la región para la formación en políticas y estrategias de intervención en usos problemáticos de drogas.

Con la apertura de la convocatoria para la cohorte 2025, se renueva la invitación a los profesionales interesados en sumarse a esta experiencia formativa. Este nuevo ciclo promete no solo dar continuidad a los logros alcanzados, sino también avanzar hacia una propuesta cada vez más robusta, sensible a los desafíos actuales y comprometida con la transformación de las prácticas en este campo.

De este modo, nuestra Especialización reafirma, una vez más, su vocación de contribuir al desarrollo de profesionales capaces de analizar críticamente, diseñar e implementar estrategias efectivas y éticas en el abordaje de los consumos problemáticos, siempre en defensa de los derechos humanos y la justicia social.

Montevideo, diciembre de 2024.





Presidencia  
Uruguay

Secretaría Nacional  
de Drogas



Facultad de  
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA