



PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES DESDE LO PSICOSOCIAL



Prevención y tratamiento de las adicciones desde lo psicosocial [recurso electrónico] / Ignacio Aldeanueva Fernández...[et. al.] . -- Medellín : FUNLAM, 2015

252 p.

Incluye referencias bibliográficas al final de cada capítulo

ISBN: 978-958-8399-94-2

ABUSO DE DROGAS - ASPECTOS LEGALES; ABUSO DE DROGAS - ASPECTOS PSICOLÓGICOS; ADICTOS - PREVENCIÓN - MÉXICO; JUEGOS DE AZAR - ASPECTOS PSICOLÓGICOS; DROGADICCIÓN; DROGAS Y JÓVENES ; DROGAS - LEGISLACIÓN; DROGAS - ASPECTOS ECONÓMICOS; DROGAS Y FÚTBOL - ASPECTOS SOCIALES - MEDELLÍN; LUDOPATÍA - ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA; ADICCIONES - PREVENCIÓN; BARRAS BRAVAS - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN; FÚTBOL Y VIOLENCIA - ASPECTOS SOCIALES - MEDELLÍN; VIOLENCIA Y FÚTBOL - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN ; comp., Lopera Jaramillo, Ángela Maritza; comp., Jaramillo Jaramillo, César Augusto; comp., Montaña Pardo, Wilson Armando; comp., Botina Narváez, Sandra Lorena

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

ISBN: 978-958-8399-94-2

Fecha de edición: 19 de agosto de 2015

Compiladores: Ángela Maritza Lopera Jaramillo
César Augusto Jaramillo Jaramillo
Wilson Armando Montaña Pardo
Sandra Lorena Botina Narváez

Autores: Gabriela María Richard
Paulina Beverido Sustaeta
Xóchitl De San Jorge Cárdenas
Betzaida Salas García
Daniel Alfonso Montoya Vásquez
Diana Urrego Velásquez
Isabel Cristina Posada Zapata
Martha Suescún
Henry Holguín Osorio
Jorge Mario Rubio Sánchez
Mauricio Alejandro Bedoya Jiménez
Gabriel Antonio Mejía
Belkis Cifuentes
Sandra Milena Restrepo Escobar
Diana Cristina Celis Velásquez
Eliana María Hernández Ramírez
César Augusto Jaramillo Jaramillo
Leisy Magdali Arroyave Taborda
Ramón Francisco Valeriano Sánchez
Lina María Álvarez Saldarriaga
Lina María Pareja Hincapié
Sebastián Tamayo Salinas
Sandra Lorena Botina Narváez
Wilmer Artemo Arboleda Sierra
Gustavo Adolfo Calderón Vallejo
Damien Le Gal
Marcela Roa Cubaque
Paola Barreto Bedoya
Mónica Pérez Prada
Guiomar Rubiano Díaz

Corrección de estilo: Liliana María Vallejo Gómez

Diagramación y diseño: Arbey David Zuluaga Yarce

Jefe Departamento de Fondo Editorial: Carolina Orrego Moscoso

Edición: Fundación Universitaria Luis Amigó

Hecho en Colombia / Made in Colombia

Financiación realizada por la Fundación Universitaria Luis Amigó.

Los autores son moral y legalmente responsables de la información expresada en este libro, así como del respeto a los derechos de autor; por lo tanto, no comprometen en ningún sentido a la Fundación Universitaria Luis Amigó. Se permite la reproducción parcial del contenido, siempre y cuando no se utilice con fines comerciales, y se respeten los derechos de citación del autor y de la Funlam como institución editora. Prohibida la reproducción total, por cualquier medio o con cualquier propósito, sin autorización escrita de la Fundación Universitaria Luis Amigó.



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

LAS INTERVENCIONES

El abordaje integral de las adicciones con enfoque en el entramado socio-institucional	6
Intervención psicosocial para el fortalecimiento de los factores protectores en jóvenes frente al consumo de sustancias psicoactivas	16

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES

Políticas Públicas para el abordaje de las adicciones en México	29
---	----

PROBLEMÁTICAS CONEXAS DE LAS ADICCIONES

Violencia en el fútbol asociada a consumo de sustancias psicoactivas	35
--	----

ADICCIONES Y POBLACIONES ESPECÍFICAS

Significados y valores que los jóvenes atribuyen a la marihuana	46
Reinsertados	58
Identidad y prácticas de consumo de sustancias psicoactivas en población inmigrante. El caso de los inmigrantes colombianos en España.....	64

ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Adicciones tecnológicas: del móvil y los videojuegos a los juegos de azar	88
Relación existente entre el uso de videojuegos y el rendimiento académico de adolescentes entre los 12 y 14 años del municipio de la Estrella	99
Representaciones sociales del tratamiento de las adicciones comportamentales por los profesionales de las ciencias sociales y de la salud	111

LEGALIZACIÓN DE LAS DROGAS

Prohibición e interdicción: una mirada errónea del mercado de las drogas	130
--	-----

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN. MESA METROPOLITANA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SPA

Las zonas de orientación universitaria, una opción de intervención psicosocial para el consumo de drogas	142
Mesa Metropolitana de Jóvenes	153
Experiencia Plan Metropolitano de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas: por jóvenes y para jóvenes. En la Gobernación de Antioquia construimos entornos protectores	158
Prevención del primer consumo de sustancias psicoactivas Programa Medellín Libre de Adicciones	169

INVESTIGACIONES EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

El trabajo en red de diversos grupos de investigación en adicciones en instituciones de educación superior	193
Relación entre movilidad geográfica y consumo de drogas en estudiantes universitarios	201
Vida universitaria y uso controlado de drogas	209
Diagnóstico de percepción, riesgo y consumo de drogas en estudiantes de una institución de educación superior (IES): Evidencias para el diseño de estrategias para la prevención	218

PRÁCTICAS DE TRATAMIENTO

Educación basada en la conciencia, meditación trascendental, salud mental y jóvenes usuarios del sistema de Responsabilidad Penal	228
Programa de intervención multimodal para niños, niñas y adolescentes con patología dual, en situación de calle en el municipio de Medellín, Colombia	243

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de las drogodependencias y otras adicciones en la sociedad actual ha sido un tema de interés en los proyectos políticos y agendas de desarrollo local, nacional e internacional, por su proyección, tendencia e impacto para la salud pública, mental y social. Esto ha exigido tanto a los profesionales expertos y científicos como a la comunidad en general asumir una posición ética y política ante este fenómeno, donde los discursos, construcciones y referentes de orden sociocultural definen las concepciones no sólo de las adicciones, sino de lo que significa la prevención y el tratamiento.

Es así como la Fundación Universitaria Luis Amigó, desde hace dos años lidera la organización de este evento que en los primeros cinco años se realizó de manera interinstitucional. Este evento académico denominado Congreso Internacional en Adicciones, posibilita que se tracen desafíos en torno a la prevención y tratamiento desde los diferentes modelos, enfoques y perspectivas teóricas que dan cuenta de aproximaciones, reflexiones, avances y resultados de diferentes prácticas, tanto académicas, científicas e institucionales como de colectivos formados por diversos grupos, poblaciones específicas y escenarios a nivel social comunitario, educativo, organizacional y de salud, donde se han empezado a generar líneas de intervención y de actuaciones de gran relevancia reconocidas socialmente.

Por la trayectoria y experiencia en el abordaje de las adicciones propuesto por la Fundación Universitaria Luis Amigó, desde los eventos académicos, entre otros espacios, se ha reflexionado ampliamente el modelo biopsicosocial y se ha convocado a disciplinas de las ciencias de la salud a hablar de la adicción como un problema de salud pública. En el devenir académico y científico, en el que la relación entre consumo/abuso de drogas se realizaba a partir de estudios científicos que definían categorías y variables para ser analizadas y estudiadas en comunidades académicas e instituciones, se percibe un gran interés y necesidad de las diferentes entidades y organizaciones de profundizar en el enfoque psicosocial propuesto por la psicología social, dado que las condiciones culturales, económicas y sociales, específicamente de Latinoamérica, demandan el abordaje de esta problemática a partir de modelos construidos desde estos contextos y coadyuvando a los ya existentes, definidos en y para otras realidades.

Los retos a nivel de prevención y tratamiento en una sociedad contemporánea y, además, globalizada, conllevan ir más allá de los referentes de contextos europeos y americanos que han realizado aportes significativos a las adicciones, para focalizarnos en Latinoamérica, donde se han realizado importantes desarrollos, estudios y prácticas dirigidas a entender la adicción como un problema de salud pública, un problema social y político que comprende las condiciones económicas, referentes culturales de la población -especialmente de grupos vulnerables-, pero también de nuevas culturas urbanas y grupos que han ido emergiendo a raíz de las dinámicas sociales y la situación política de los países. Lo anterior posibilita generar un diálogo de saberes que implique una búsqueda por la integralidad de la prevención, el tratamiento y la intervención psicosocial, donde las distintas disciplinas aporten y enriquezcan técnica y metodológicamente las acciones profesionales, académicas e institucionales, haciendo lectura de las verdaderas necesidades de los sujetos que viven las adicciones.

Se ha pretendido integrar metodologías, técnicas y prácticas de ciudad, región y país; y que diferentes actores, dentro de sus propuestas, proyectos y actividades, de manera interdisciplinar, o si se quiere transdisciplinar, fortalezcan el componente psicosocial, el cual es alimentado por las teorías y experiencias de disciplinas como la psicología, la sociología, las ciencias políticas, la pedagogía social y económica, con el fin de generar procesos de desarrollo humano más integrales y, a su vez, más eficaces en el campo de las adicciones.



LAS **INTERVENCIONES**

El abordaje integral de las adicciones con enfoque en el entramado socio-institucional

Gabriela María Richard*

Fundación ProSalud, Córdoba, Argentina

Resumen

El abordaje preventivo del fenómeno adictivo, flagelo social de alta complejidad, requiere superar estrategias fragmentarias, mediante un enfoque integral de la dinámica vincular que lo configura. Este enfoque interpela el rol de la comunicación en la construcción de los sistemas de creencias, favorece escenarios habilitantes de lazos saludables en la trama socio-institucional y, desde una perspectiva de largo plazo, ubica a los niños en un lugar central de la estrategia.

Palabras clave

Adicciones, prevención, trama social, escuela y niños.

* Licenciada en Psicología, Fundación ProSalud; Córdoba, Argentina. Directora Curso Posgrado Prevención y Asistencia de Adicciones en la Adolescencia. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Directora Fundación ProSalud, Córdoba, Argentina. Correos electrónicos: infoprosalud@gmail.com, adiccionesunc@gmail.com, gabriela.m.richard@gmail.com

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

En Argentina, durante los últimos años, el fenómeno de las adicciones adquiere una complejidad y gravedad crecientes que se expresan de diversos modos en el plano vincular: a) niños que nacen de individuos adictos, que luego deberán cumplir funciones parentales; b) redes sociales primarias atravesadas por valores y prácticas ligadas al mercado de las drogas legales e ilegales; c) familiares que, aún sin estar insertos en redes de producción/comercio/consumo, no cuentan con recursos para guiar a sus hijos de modo consistente hacia la elección de prácticas saludables; d) accesibilidad creciente a drogas legales e ilegales y a los efectos del marketing; e) herramientas preventivas poco accesibles para los niños y sus familias; f) desarrollo de vínculos -entre niños, niños y adultos, etc.- con bajo aprovechamiento de habilidades sociales y emocionales positivas; g) carencia de políticas públicas para el abordaje integral de las adicciones en el ámbito educativo, sanitario y social; recursos humanos con pobre formación en el tema adicciones; h) avance de la cultura del consumo de drogas con fines sociales o recreativos; i) habituación a prácticas institucionales de tipo asistencial o preventivas fragmentarias, sin aprovechamiento de recursos locales, ni articulación territorial con otros actores sociales, entre otros.

Esta complejidad, condicionada por tendencias individualistas e instituciones públicas y privadas con roles de responsabilidad social desdibujados, contrasta con la presencia consistente e incisiva de una sociedad de consumo que moldea identidades y estimula un entramado vincular favorable a su lógica de producción, publicidad, venta y consumo, que se aplica también al consumo de sustancias psicoactivas.

En respuesta a este escenario desafiante, las estrategias de prevención y asistencia deben desarrollar una revisión continua, para lograr ser actualizadas a un ritmo que les permita competir con las tendencias impuestas por la lógica de mercado. En consecuencia, resulta fundamental trabajar para activar recursos innovadores, que permitan afrontar el desafío que supone el fortalecimiento y expansión de un entramado saludable, en tanto bien público, que permite desarrollo social con equidad y sustentabilidad.

Tradicionalmente se ha enfocado el problema en la etapa crítica del proceso adictivo, aportando respuestas asistenciales de tipo individual, pobres en lo preventivo y de escaso impacto en el universo poblacional. La gravedad, magnitud y celeridad con la que avanza este flagelo requiere un abordaje sostenido en el tiempo, a una escala colectiva, acompañado por políticas públicas consistentes. Para ello, deberá comprenderse el carácter intangible de ciertas acciones a llevar a cabo, cuyos resultados recién habrán de observarse en el mediano y largo plazo.

En este contexto se ubica Fundación ProSalud, organización de la sociedad civil de la ciudad de Córdoba (Argentina), que lleva a cabo proyectos de promoción de la salud, prevención y asistencia de adicciones. Su trayecto institucional, en gran parte vinculado a la Universidad Nacional de Córdoba -su sede está en el Hospital Nacional de Clínicas- y en articulación con diversos actores sociales municipales, provinciales y nacionales, le ha permitido desarrollar una variedad de herramientas para trabajar en el campo socio-sanitario.

En el año 2009, directivos que tienen a su cargo la inspección de escuelas públicas de nivel primario y, posteriormente, vecinos que integran las Juntas de Participación Vecinal¹ de tres zonas de la ciudad de Córdoba, ante el agravamiento de la problemática de las adicciones que identifican, solicitan a esta institución la implementación de acciones para la prevención en niños y adolescentes.

Como respuesta, se diseñan los proyectos *Cuenten con nosotros* -prevención de adicciones en la infancia- y *Barrios que protegen y crean* -prevención de las adicciones en el ámbito comunitario-, a los que se hará referencia en esta ponencia.

REFERENTE TEÓRICO

Esta propuesta de abordaje cuenta con los siguientes referentes teóricos: enfoque salubrista (Saforcada, 2001), epidemiología de las adicciones (Miguez, 1998), redes sociales (Rovere, 2000), bien público (Toro & Rodríguez, 2001), pensamiento complejo (Morin, 1994), las teorías interaccional y sistémica, y la psicología positiva (Fernández, Ladero, Leza & Lizasoain, 2009).

El paradigma salubrista ubica en el centro de la estrategia lo saludable como bien público y la promoción de factores salutógenos, en cuanto facilitadores de cambios en este sentido, aportando a una función motivacional consistente.

La perspectiva de redes sociales facilita el enfoque sobre los vínculos interpersonales e interinstitucionales como fundamento y estrategia del desarrollo saludable. Cada integrante de la trama vincular tiene la posibilidad de reconocer su participación en la misma y, según sea su elección, constituirse en factor de cambio o de cristalización de lo ya establecido. Si aplicamos esto a la prevención de adicciones, emerge el interrogante acerca del modo en que nosotros mismos, como agentes de salud y referentes del proceso

¹ Las Juntas de Participación Vecinal están conformadas por referentes de centros vecinales y organizaciones de la sociedad civil. La ciudad de Córdoba está organizada a través de 11 Centros de Participación Comunitaria, cada uno de los cuales cuenta con una Junta.

preventivo que emprendemos, estamos condicionando la dinámica vincular con nuestro lenguaje verbal y no verbal, con nuestras acciones y con la propuesta metodológica que implementamos; no sólo con la información que proveemos (Richard, 2009).

Al incluir la dimensión de lo vincular y comunicacional en el diseño de las estrategias de abordaje, aumentan las posibilidades de eficacia. Las intervenciones de tipo socio-educativo deberán abordar la dinámica mediante la cual la representación social de salud y de adicciones, expresada en el plano comunicacional, condicionan la formación de actitudes y conductas que se expresarán en un entramado social específico y, a la vez, podrán colaborar o no al sostenimiento o modificación de tales representaciones sociales. El registro de este proceso hará posible un resultado satisfactorio en la medida que propicie adecuaciones en las tres dimensiones: conductuales, actitudinales y de representaciones sociales.

MARCO NORMATIVO

Derechos Humanos y *Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas*, con prioridad en los derechos a la salud e identidad y el art. n° 33: “proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias” (<http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>).

OBJETIVOS

- » Facilitar el desarrollo de fortalezas a nivel personal, institucional y barrial para prevenir las adicciones en niños y niñas en barrios en situación de vulnerabilidad social de la Ciudad y favorecer el ejercicio de la convivencia saludable entendida como bien público.
- » Colaborar con programas de prevención primaria que se implementan en instituciones educativas, sanitarias y barriales, o con el diseño de los mismos en el caso de que no los hubiera, o fortalecer y amplificar las acciones vinculadas con cuidado de la salud y el desarrollo de lazos socio-institucionales saludables que ya se están llevando a cabo.
- » Gestar un escenario propicio para el desarrollo de un plan local de promoción socio-sanitaria que integre y/o articule iniciativas institucionales afines al tema.

- » Capacitar recursos humanos adultos (docentes, profesionales de la salud y referentes sociales) y jóvenes (escolarizados o no) como promotores socio-sanitarios barriales, en tanto formadores de opinión y educadores entre pares.
- » Facilitar la identificación temprana de procesos adictivos para su contención y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Propuesta para el abordaje integral de las adicciones a partir de la demanda de escuelas de nivel primario (2009-2014) y tres centros de participación comunal (municipalidad de Córdoba): Empalme (2013), Arguello (2010-2013) y Mercado (2010-2013). Estas actividades son llevadas a cabo por un equipo técnico, integrado por psicólogos, trabajadores sociales y médicos. Se trabaja con 16 escuelas de nivel primario (6 a 11 años), 9 escuelas de nivel medio (12 a 18 años), 8 centros de atención primaria de la salud y 8 centros vecinales.

La estrategia de abordaje se construye en torno a tres dimensiones complementarias:

- » **Motivación:** El sentimiento de pertenencia a un entramado social que funciona con acuerdos básicos en torno a objetivos compartidos opera como valioso reforzador positivo. Este entramado, enfocado en alcanzar todo lo placentero y disfrutable que deviene de las prácticas saludables, se torna más atractivo que las argumentaciones exclusivamente de tipo prohibitivo. También contribuye a la motivación la asociación de ejes temáticos afines al tema adicciones, sentidos como problemas por los destinatarios: sexualidad, convivencia, alimentación. En todos los casos, se retoma el foco sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la capacidad de construir lo saludable en cada elección cotidiana.
- » **Red:** Interacción entre individuos e instituciones, que incluye la comunicación verbal, no verbal y escrita (papel, internet). Implica la identificación de recursos locales, el fortalecimiento de los mismos -en tanto nodos de la trama- y la promoción de lazos entre ellos.
- » Se pone en valor, en el plano colectivo, el trabajo en promoción de la salud y prevención de adicciones. Para los emergentes en el campo de las adicciones que revistan mayor complejidad, usa como apoyo el Servicio de Orientación Telefónica sobre Adicciones y VIH/Sida, Línea Red Vida que presta Fundación ProSalud (gratuito), y el Programa Red GPS (Grupos ProSalud) para jóvenes y para familiares o amigos de jóvenes con este problema.

- » **Proceso:** Se plantea el modo en que cada etapa de trabajo podrá contribuir al logro de resultados en el mediano y largo plazo. Para disminuir el desaliento que esto pueda generar y potenciar mecanismos de incidencia, se trabaja en la visibilidad pública, mediante uso de material de apoyo en papel y digital: gestión para el posicionamiento social de lo saludable y las conductas de autocuidado como bien público.

El diagnóstico inicial, de tipo participativo, identifica los recursos locales, con lo que se genera entusiasmo y confianza en la posibilidad de amplificarlos. La implementación del proyecto evita superponer acciones o crear nuevas comisiones/foros/redes.

Las actividades se organizan en torno a la capacitación de referentes de instituciones educativas y barriales conjuntamente. Un aspecto fundamental de las mismas es la posibilidad que ofrecen para socializar, compartir miradas sobre problemas y soluciones, y establecer vínculos con pares que ocupan roles de conducción, en marcos que ofrecen contención y guía respecto de temas que son de gran preocupación. Esto se aprovecha especialmente cuando los participantes están vinculados por el espacio territorial compartido, lo que facilita ulteriores acciones compartidas.

La metodología de trabajo que se utiliza es de tipo participativo, ya que favorece la construcción de conocimientos en forma grupal, reflexiva y dinámica; e implica organizar un modelo de comunicación que facilite la retroalimentación, propiciando un espacio creativo, agradable y de aprendizaje conjunto.

La selección de los contenidos constituye una de las piezas claves del proyecto: opera como condición para la generación de consensos básicos acerca del marco teórico y posibles estrategias para incluirlo según los objetivos establecidos. En todos los casos, se logra acuerdo acerca de los beneficios del paradigma salubrista y de la necesidad de definir el rol de responsabilidad social institucional frente a los beneficiarios. Se propone la disociación instrumental para ejercer el rol profesional/docente si alguno de los integrantes es consumidor de alguna sustancia legal o ilegal, hecho que deberá reservar solo para su ámbito privado, en caso de que aún no problematice este tipo de comportamiento y no tenga decidido modificarlo. El ámbito público requiere un discurso unificado por parte del mundo adulto, en su rol de guía del proceso educativo.

Para facilitar la transferencia de los contenidos teóricos a la práctica institucional, simultáneamente se implementa el subproyecto *Cuenten con nosotros* en las escuelas primarias de las zonas seleccionadas (en muchos casos, la aplicación es previa al trabajo con otros actores sociales).

Esta estrategia cumple funciones complementarias al establecimiento de un espacio donde se combinan prevención específica e inespecífica de adicciones para niños y niñas. Ellas son: sensibilizar a la institución para el diseño de un proyecto preventivo propio -o fortalecerlo en el caso de que ya exista-, operar como

modelo de identificación para las maestras que tienen como responsabilidad realizar actividades preventivas destinadas a la población infantil y ofrecer la posibilidad de ayudar al desarrollo del entramado social, mediante la participación de referentes de la comunidad como colaboradores.

Las características de este dispositivo semi-estructurado lo hacen apto para el entrenamiento profesional en el campo de la prevención de adicciones. En consecuencia, para ampliar la cobertura del proyecto, en atención a las limitaciones presupuestarias para responder a la demanda creciente, se establecieron convenios con cuatro instituciones académicas para que accedan a una formación pre-profesional: dos públicas (Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Provincial de Córdoba) y dos privadas (Universidad Católica de Córdoba, Universidad Empresarial Siglo XXI). En una perspectiva de mediano plazo, se espera que estos profesionales noveles, con competencias desarrolladas en el campo de la prevención de adicciones, contribuyan al fortalecimiento de la trama socio-institucional saludable.

El trabajo con los adolescentes y jóvenes de la comunidad se aborda desde la capacitación de líderes y la promoción de la organización institucional, para que operen como educadores entre pares. Esta modalidad, que se aplica desde hace 15 años, se ha tornado más eficaz a partir de la resignificación del servicio que ellos pueden prestar. La propuesta actual prioriza el desafío de “cómo ayudar a los más chicos”. Al ubicar a los adolescentes en un rol proactivo y reparador, se benefician sus redes primarias -hermanos, primos, vecinos- y también pueden plantearse cuestiones relativas a su proyecto de vida, y posible paternidad en condiciones más o menos saludables.

Para activar y nutrir el entramado comunitario, tanto los adolescentes y familiares como los líderes sociales barriales integran una nómina de voluntarios que es consultada por las instituciones educativas para el desarrollo del programa anual de actividades. Este rol también puede ser desempeñado por familiares de los alumnos de las escuelas, facilitando un vínculo cooperativo antes que competitivo entre familia y escuela.

En relación al trabajo con los efectores de salud, este se enfoca en la capacitación para el trabajo comunitario de manera programática -complementario a la prevención-, en la detección temprana del problema y acompañamiento para la adherencia al tratamiento, cuando sea necesario.

Las actividades de capacitación y prevención en el ámbito escolar, y aquellas de asesoramiento institucional para el desarrollo de programas preventivos locales se integran mediante el establecimiento de un programa marco, al que se denomina *Programa de Abordaje Integral de las Adicciones (PrAIA)*. Este tiene una duración anual y consta de un menú de actividades básicas, compartidas por todas las instituciones participantes. Es la participación para su realización, tanto de modo conjunto como independiente, la que

fortalece y dinamiza la red socio-institucional. Su aspecto intangible, en tanto reforzador de representaciones sociales que asignan poder a las prácticas saludables, cumple un rol fundamental complementario a la acción misma.

Se realizan actividades de asesoramiento institucional, con frecuencia quincenal, para acompañar los procesos de organización interna y, bimestralmente, reuniones de seguimiento con los referentes participantes en las capacitaciones.

CONCLUSIONES PROVISORIAS

Los resultados alcanzados con el *Proyecto Cuenten con nosotros* se potenciaron con la aplicación complementaria del proyecto *Barrios que protegen y crean*, que le dio marco y resignó la dinámica vincular de las instituciones en lo territorial.

Las instituciones habituadas a usar el enfoque asistencial y a activarse solo frente a la detección de problemas puntuales por consumo o venta de drogas paulatinamente descubren que pueden y deben realizar aportes sobre el conjunto para fortalecer los recursos saludables que en él existen, y que esto es más disfrutable y productivo en términos socio-sanitarios.

En general, inicialmente se observan numerosas dificultades para abrirse al trabajo conjunto, frente a las cuales los proyectos operan favoreciendo una ampliación en el registro de posibilidades y beneficios. Con ello, también emergen alternativas de solución.

Los resultados esperados se expresan en la modificación de prioridades: de la realización de eventos y charlas a la ejecución de un plan de actividades y del trabajo compartido entre diversos actores sociales. De ellos, los menos permeables a este cambio, muestran ser los efectores de salud.

Las expectativas depositadas en la familia como factor de protección no parecen corresponderse en todos los casos con la realidad, por lo que se requiere reforzar la labor de educación y contención hacia la misma.

Las políticas públicas gubernamentales, pese a disponer de financiamiento para este tipo de proyectos, diseñados y ejecutados por Fundación ProSalud, no logran acompañar estos procesos de modo orgánico.

Los resultados satisfactorios en esta etapa requieren un plazo mínimo de tres años adicionales para arraigar en la dinámica institucional y comunitaria. Estos suponen acciones instituyentes que aún deben fructificar. Las políticas públicas poco visibles o cambiantes no contribuyen en este sentido.

El rol de las organizaciones de la sociedad civil sigue siendo de gran importancia para un abordaje integral del fenómeno adictivo. Esto es así tanto en la autonomía de criterio y la creatividad de la puesta técnica como en la gestión de los recursos que son necesarios. Sin embargo, el rol del Estado es indelegable. Al no contar este tipo de proyectos con el respaldo de políticas públicas de mediano y largo plazo, que faciliten la articulación entre recursos de distintas áreas y que prevean presupuesto para su ejecución, queda abierto el interrogante acerca de si estos lograrán cumplir con su función social frente al dramático avance del fenómeno adictivo.

Los proyectos de intervención socio-educativa deberán contar, en sus evaluaciones de proceso, con un margen para interpelar sobre las dinámicas vinculares de la red socio-institucional en las que tienen lugar.

REFERENCIAS

- Dabas, E. & Najmanovich, D. (1995). *Redes. El lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, P. L., Ladero, J. M., Leza, J. C. & Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid: Panamericana.
- Míguez, H. (1998). *Uso de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (1999). *Gerencia de Atención Integral a los y las adolescentes. De adolescentes para adolescentes. Guía para facilitadores*. San Salvador: Autor.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar*. Buenos Aires: Paidós.
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Madrid: Gedisa.
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONUDD. (2013). *Estándares internacionales de la prevención del uso de drogas*. Recuperado de http://www.iapa.df.gob.mx/work/sites/iapad/resources/PDFContent/1619/No%208_Estandares_Internacionales_Prevenccion_ONUDD_2013-1.pdf
- Richard, G. (2010). Prevención de adicciones. Reflexiones desde la perspectiva del vínculo adulto/joven. En M. Barron: *Adicciones. Los nuevos paraísos artificiales. Indagaciones en torno de los jóvenes y sus consumos*. Serie Adolescencia Educación y Salud. Córdoba: Brujas.
- Richard, G. (2011). Salud, redes sociales y producción de sentido en prevención de adicciones. Reflexiones a partir de experiencias en el trabajo con jóvenes. En Dabas, E., Celma, L. & autor. *Haciendo en Redes*. Buenos Aires: CICCUS.

Richard, G. (2009). Tejido social (TS) y Grupos ProSalud (GPS). Abordaje de problemas por consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes. *Revista Sistemas Familiares*, año 21(1). pp. 28-54.

Rovere, M. (2000). *Redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, las comunidades Rosario*. Rosario, Argentina: Secretaría de Salud de Rosario.

Saforcada, E. (2001). *Psicología sanitaria, análisis crítico de los modelos de salud*. Argentina: Paidós.

Toro, J. B. & Rodríguez, M.C. (2001). *La comunicación y la movilización social en la construcción de bienes públicos*. Washington D.C.: BID. Recuperado de <http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/1215/La%20comunicaci%C3%B3n%20y%20la%20movilizaci%C3%B3n%20social%20en%20la%20construcci%C3%B3n%20de%20bienes%20p%C3%ABlicos%20%28l-25%29.pdf;jsessionid=F-62D51B845B67D7497849E4DA49FFF84?sequence=1>

UNICEF. (1989). *Convención sobre los derechos del niño*. Madrid: Autor.

Intervención psicosocial para el fortalecimiento de los factores protectores en jóvenes frente al consumo de sustancias psicoactivas

Henry Holguín Osorio*

Fundación Universitaria Luis Amigó

Resumen

Este trabajo experiencial permitió construir una metodología de intervención psicosocial con técnicas basadas en la animación sociocultural, utilizadas con jóvenes, sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y promoción de habilidades para la vida. La experiencia fue con jóvenes entre 18 y 28 años de edad pertenecientes a una institución educativa de formación técnica de Medellín en el año 2013 y 2014. En el desarrollo de la experiencia con jóvenes se habló sobre los procesos existenciales y la calidad de vida, relacionando la construcción del conocimiento con lo cognitivo, lo emocional y lo social. La intervención desde una perspectiva psicosocial exige muchas miradas y trabajar holísticamente, de tal forma que se permita orientar la toma de decisiones reflexivas en favor del bienestar y del entorno juvenil.

Palabras clave

Intervención psicosocial, jóvenes, factores protectores y sustancias psicoactivas.

* Licenciada Psicóloga, Especialista en Intervenciones psicosociales, Máster Iberoamericano en Animación sociocultural y candidato a magister en Intervenciones psicosociales, Docente de la Facultad de Psicología y Ciencias sociales de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Correo electrónico: henryholguinosorio@gmail.com

El trabajo que se hace con y por los jóvenes en la prevención de sustancias psicoactivas (SPA) requiere de un acompañamiento de profesionales de las ciencias sociales y de la salud formados y entrenados idóneamente para el manejo individual y grupal de esta problemática, que permita el desarrollo de la salud mental, el aumento de los factores protectores y el fortalecimiento de las habilidades para la vida.

En los contextos juveniles actuales se ejecutan metodologías de intervención psicosocial en las que se aplican técnicas basadas en la animación sociocultural, que tienen como fin abordar estos fenómenos sociales para lograr su mitigación e impactar con resultados positivos el proyecto existencial del o de la joven.

Lo psicosocial no ha sido un discurso que tenga fundamentación en una sola vertiente epistemológica o disciplinar que lo defina. Por tanto, hacer una lectura de una problemática implica abordarla desde los paradigmas del pensamiento complejo de Edgar Morin, citado por Giraldo (2005), que dice que “el sujeto necesita objetividad para evitar los errores de la acción”, que “nuestra única realidad inmediata es nuestra representación de la realidad y nuestra única realidad concebible es nuestra concepción de la realidad” (p. 47). Esto permite entender o no cómo se representan los aspectos que le dan menos importancia a un sujeto joven consumidor de drogas frente a los asuntos individuales que están relacionados con otros aspectos sociales frente a lo simbólico, que constituyen las diversas maneras de concebir y percibir el mundo.

Frente a lo psicosocial, es complejo definirlo explícitamente, puesto que está en la nueva mirada de las ciencias sociales de la complejidad. Además, no ha brindado las herramientas metodológicas concretas necesarias para el estudio de fenómenos sociales complejos bajo muchas preguntas que no han sido respondidas satisfactoriamente. En el trabajo cotidiano, los profesionales de la salud y de las ciencias sociales se preguntan ¿qué razones hay en ser humano para consumir droga (*motivación*), aun sabiendo que al consumirla le hace daño (*confrontación*) y por qué, reconociendo el problema, sigue consumiendo (*satisfacción*)?

Dada su complejidad, diferentes autores han definido lo psicosocial desde sus diversas posturas teóricas, con el fin de hacer una lectura de la realidad desde las múltiples determinaciones que acontecen en lo social:

Arévalo (2010) dice que “lo psicosocial es irreverente frente a procesos de atención puramente psicológicos y focalizados en los individuos, e invita a adelantar acciones tendientes a integrar lo emocional y lo relacional con una comprensión desde el contexto” (p. 30).

González y Paniagua (2008) plantean que “lo psicosocial es un concepto integracionista, en donde confluyen lo individual, lo colectivo, en lo cual intervienen aspectos como lo comportamental, lo comunitario, lo familiar, sin dejar de lado la institucionalidad, bien desde lo educativo, bien desde lo socio-comunitario” (p. 28).

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, lo psicosocial transita entre lo *psico* y lo *social*, superando la dicotomía y dualidad entre sujeto y sociedad. El prefijo *psico* hace referencia a la teoría y lo *social* a la estructura de la realidad.

Por consiguiente, hablar desde esta perspectiva implica tener una visión dimensional y multidimensional, es decir, ver al sujeto desde lo personal en interacción con lo familiar, lo social, en un escenario delimitado; es entender sus dinámicas en contexto, donde confluyen subjetividades y representaciones sociales.

Es entonces como lo psicosocial se ocupa de problemas sociales: situaciones en la vida cotidiana de incompatibilidad entre lo que sucede y lo que debería estar sucediendo, circunstancias que emergen en un momento dado en un sector o población determinada. Su discurso transdisciplinar para comprender problemáticas sociales -y en términos de esta investigación- implica una postura desde realidades sujetas al orden de lo familiar, social y personal con relación al bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano.

Para el caso del consumo de drogas como problemática social, Becoña & Cortés (2011) refiere el objetivo de la prevención y resalta que no es que nadie consuma las drogas. Aclara que este es un objetivo idealista y utópico para los profesionales que trabajan esta área; pero resalta el realista:

El que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o que una parte importante de ellos no lleguen a consumir nunca drogas. Realmente lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables (p. 262).

En relación con la intervención psicosocial, es importante saber que tiene en cuenta el aprendizaje obtenido a través de las experiencias de los jóvenes en el proceso activo del día a día y en la construcción del conocimiento desde su comprensión personal de la realidad, lo que le permite visibilizar su proyecto de vida, sus aprendizajes y todo lo relacionado con lo cognitivo, lo emocional y lo social, que lo constituyen como un ser dotado de consciencia y de potencialidad, capaz de apropiarse del mundo.

Si bien hay diversas técnicas para trabajar la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de hábitos de vida saludable en los contextos donde se desarrollan actividades e intervenciones con jóvenes desde la mirada psicosocial, existen otras metodologías, como la animación sociocultural (ASC), que se propone como herramienta altamente eficiente para el trabajo formativo, enmarcada por la pedagogía social. Esta metodología (ASC), según Miranda (2013), es una posibilidad de crecimiento, desarrollo y fortalecimiento en todas las áreas humanas. Permite la toma o movilización de la consciencia con fines generativos.

La animación sociocultural se vive y, al vivirse, transforma vidas. Al ser una propuesta eminentemente pedagógica social, se labora en espacios de encuentro y diálogo concebidos como impulsores de desarrollo personal -y, en este caso, profesional-, con la benevolencia del intercambio de ideas y experiencias. Es una referencia al encuentro con el/la “otro/a” en este mundo relacional y dialógico (p. 184).

Otro concepto que se tiene de la animación sociocultural es la que refiere Úcar (1997): una instancia para la mejora de la calidad de vida de grupos socialmente organizados y en comunidades específicas, con problemáticas particulares, o en el fortalecimiento de aspectos. Por su parte, Merino (1997) define el concepto de animación sociocultural como:

La dinamización y desarrollo de los grupos humanos y de aquellas actividades grupales dirigidas a generar y fortalecer los grupos, en orden a garantizar el protagonismo activo y participativo de los mismos, como tales grupos autónomos e independientes, en el diseño y solución de los problemas sociales y culturales que les afectan (p. 128).

Las técnicas de animación sociocultural son ejercicios experienciales que permiten generar interacciones sociales relacionadas con la actitud personal frente a la vida, con la apertura a las diversas perspectivas de lo que quieren hacer, con la integración hacia otros pares, con el acoplamiento a sí mismo. Esta metodología, que tiene altos factores protectores, permite a los jóvenes tomar distancia frente a la posible inserción en los diversos espacios sociales donde se experimenta el consumo de SPA.

En la intervención psicosocial y en el uso de la animación sociocultural con las y los jóvenes se busca generar factores protectores para el no consumo de SPA: se deben potenciar sus actitudes, interpretar sus necesidades y anhelos, valorar sus acciones sociales, pues estas son las que ayudan a construir los aprendizajes que hacen que entre ellos se articulen, desde la escucha del otro, y no desde la respuesta negativa y la discusión, permitiendo reflexionar sobre el estilo de vida que es necesario adoptar para poder cumplir los propios sueños.

Jóvenes en la intervención psicosocial

Para orientar la construcción del conocimiento y de las acciones en los procesos de intervención psicosocial con jóvenes, es necesario tener en cuenta algunos conceptos que hacen parte de las actividades que se desarrollan con ellos en los propios contextos en los que habitan, pues las juventudes poseen diversas y significativas maneras para comprender y actuar en el mundo. La intervención psicosocial posibilita entender cómo ellos y ellas toman sus decisiones a la hora de relacionarse con las sustancias psicoactivas.

Abordar una construcción teórica unívoca sobre jóvenes es complejo, se hace difícil hacer una delimitación y más cuando se refiere a su multidiversidad. Sin embargo, desde la sociología, la psicología y la biología se ha pretendido definir la juventud como el simple tránsito entre la niñez y la adultez (Rodríguez, 2003; Peláez, 2008). Recuérdese que la psicología, según Pérez (2008), asume el tema de juventud a partir de consideraciones tales como que es una de las etapas más significativas del hombre. Además, en su desarrollo conceptual sintetiza la perspectiva de crisis por ser una etapa del psicodesarrollo humano atravesada por los cambios biológicos, psicológicos y dominada por la fuerza del instinto, y que, por tanto, necesita conducción y control para llegar a la siguiente etapa: la adultez (p. 10).

En esta etapa de transición ocurren muchas experiencias que el joven no siempre vivencia solo; ejemplo de ellas son sus experiencias sexuales, las primeras rumbas con sus amigos y los vínculos afectivos, las relaciones con los pares, la vida escolar, e incluso el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas.

Al respecto, agrega Duarte (2001), citado por Villa (2011), que lo juvenil es una producción que se posiciona de acuerdo con el contexto en que cada grupo de jóvenes se desenvuelve, intentando resolver la tensión existencial que les plantea su sociedad:

Ser como lo desean o ser como se les impone en el marco de la condición de subordinación que tienen frente a la condición adulta, especialmente cuando gozan de la moratoria en la que el tiempo que se otorgan y se les otorga sobre la tierra ha de estar dedicado al aprendizaje, desde la perspectiva de la formación de las maneras como se reproduce el ordenamiento social, que es político, tal y como lo desea y ha estipulado la condición histórica adulta (p. 156).

Sin embargo, esta perspectiva lineal, al naturalizar la juventud como simple etapa de la vida, deja de lado las interacciones con los sujetos y con su mismo contexto social e histórico.

Por su parte, en el componente sociocultural, la juventud es un concepto relativamente reciente, dice Margulis (2001), citado por Donas (2001), y menciona que reduce su alcance a cierta clase de jóvenes: “aquellos que tienen los medios económicos y la herencia cultural que les permite y orienta hacia los estudios, lo que posterga su plena inserción en la actividad económica” (p. 43). Roberto Brito (1996), citado por Villa (2011), habla de que la juventud es:

Como un fenómeno sociológico que, en consecuencia, hay que entender desde la órbita de la reflexión sobre lo social humano y del devenir histórico. En este terreno se puede afirmar que cuando se hace referencia a la juventud se alude a una condición social con cualidades específicas que se manifiestan de diferentes maneras, según la época histórica y la sociedad específicamente analizada en cada época (p. 149).

Por otro lado, para la descripción del joven como un conjunto de múltiples identidades, se puede definir esa juventud, según Reguillo (2000), “como sujetos pasivos que se clasifican en función de las competencias y atributos que una sociedad particular considera deseables en las generaciones de relevo para darle continuidad al modelo asumido” (p. 51). Menciona, además, que se han autodesarrollado de formas en las que ellos y ellas actúan en los contextos exteriores; en este caso, las relaciones con los otros, que evidencian formas de protección y seguridad ante un orden que los excluye y que, hacia el interior, “han venido operando como espacios de pertenencia y adscripción identitaria, a partir de los cuales es posible generar un sentido en común sobre un mundo incierto” (p. 3).

Una primera dimensión de la complejidad es abordar la juventud desde el desarrollo de lo social en los procesos cognitivos. Esta se refiere a cuando el joven se encuentra frente a lo social y logra comprender que todas sus situaciones, tanto psíquicas como sociales vividas en diferentes contextos, son almacenadas en su memoria -los primeros amigos, los primeros encuentros afectivos y amorosos- y le generan un aprendizaje significativo, pues las recuerda con mayor facilidad. Al igual que las primeras experiencias que están asociadas a los ritos de inicio, cada joven experimenta un aprendizaje.

También es importante relacionar, en este caso, los aspectos culturales que cada sujeto social posee a partir de sus representaciones sociales y sus creencias, las cuales se interpretan de muchas formas. Cuando se habla de sustancias psicoactivas socialmente, se ha dibujado al joven que consume ocasionalmente y al que lo hace diariamente como si fueran lo mismo; esto hace parte de las creencias y de las percepciones socio-culturales que los mismos jóvenes tienen de sí y el lugar de los adultos que los estigmatizan.

El contenido de una creencia puede: a) describir el objeto de la creencia como verdadero o falso, correcto o incorrecto; b) evaluarlo como bueno o malo o, c) propugnar un cierto curso de acción o un cierto estado de existencia como indeseable. Entre creencia y actuación existe una relación, pero no como causa-efecto, sino como tendencia, predisposición o prescripción, en el sentido de orientación o norma para la acción. El concepto de creencia, según Rokeach, citado por Araya (2002), se describe como “proposiciones simples, conscientes o inconscientes, inferidas de lo que las personas dicen o hacen, capaces de ser precedidas por la frase: Yo creo que...” (p. 44).

Conociendo lo anterior, se podría decir que los profesionales de las ciencias sociales y de la salud, las instituciones educativas, los marcos sociales e instituciones públicas y privadas, las políticas públicas que incluyen a los adolescentes y jóvenes, la misma familia, se podrían dar permiso para buscar las mejores metodologías y estrategias psicosociales para hacer ejercicios de análisis y poder comprender específicamente por qué se da la edad de inicio en los jóvenes para consumir cualquier tipo de sustancias, qué hace que esto los resignifique o les incremente el nivel de curiosidad.

Si bien la intervención psicosocial es un proceso integral y permanente encaminado a incrementar la capacidad de desarrollo del ser humano, la familia y la comunidad, los factores de protección van aumentando. Esto conduce a que los sujetos pueden ejercer control y poder sobre su ambiente individual y social para afrontar y solucionar problemáticas, y lograr cambios en el entorno social.

Los aprendizajes, el pensamiento y la toma de decisiones que desarrollan la juventud en los procesos sociales generan un discurso simbólico y significativo que los hace diferentes y en estos contextos elaboran códigos únicos. La perspectiva de Touraine, citado por Ruiz (2012), precisa decir que la unidad particular donde se integra la vida pensada, la experiencia y la conciencia del o la joven es cuando un sujeto es dueño de sus obras, se transforma en actor por el control ejercido sobre su propia vida; se construye como sujeto cuando hace consciente lo inconsciente y se inserta en las relaciones sociales para convertirse en un actor social que conjuga la vida personal y los roles sociales que desempeña en el ámbito laboral, cultural o político, “reafirmandose al reconocer al otro como sujeto, no cosificándolo, dándole un lugar de igualdad, individualidad, imprevisibilidad y estableciendo relaciones sociales que le permitan ser capaz de transformar el sistema y producir una nueva situación social” (p. 135).

A la hora de intervenir a los jóvenes, cada vez se hace más complejo y no existe el modelo perfecto que indique que al aplicarlo se vean los resultados inmediatos y precisos. Esto da cuenta de que los diseños estratégicos para mitigar el consumo se dan de la misma manera como se aprendieron, pues aprender y desaprender podrían ser una forma, no para dejar el consumo de la droga, pero sí para construir un espacio para pensar la mitigación. Es por eso que los talleres basados en experiencias significativas motivan a que el joven vea, desde sus pares, representaciones positivas que se puedan lograr incluir para su propia vida.

Recogiendo lo anterior como primer elemento para pensar la prevención de consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de los hábitos de vida saludable en la intervención con las adicciones, se cree que es posible aportar positivamente desde la participación de jóvenes colectivamente. Así lo expresan Acosta y Barbosa (2005), quienes mencionan el sujeto social joven, el cual se caracteriza por la interacción entre iguales, pues las agrupaciones son un escenario privilegiado en el que los jóvenes consolidan una identidad tanto individual como colectiva.

Un segundo elemento conceptual es la esfera de lo emocional de ese joven social que, frente a sus percepciones y situaciones de vida, vive constantemente desde la emoción, ya sea de mayor o menor nivel de intensidad; y este precisamente es un factor crítico y de vulnerabilidad para llegar al consumo de SPA.

Desde la posición de la psicología social contemporánea, se han estudiado múltiples aspectos relacionados con las emociones (Wieder, 1974; Heritage, 1984; Pollner, 1987; Lynch y Bogen, 1996; citados por Belli & Iñiguez, 2008). Según estos dos últimos autores, Mayor (1998) ha afirmado:

Que no hay una definición de emoción comúnmente aceptada. Por este motivo, la historia de las emociones debe verse en el contexto de los cambios ocurridos en la psicología como disciplina general. De hecho, pudiera decirse que “lo que más ha influido en el estudio de las emociones ha sido el cambio constante experimentado por la psicología a lo largo de su evolución disciplinar” (p. 140).

Belli & Iñiguez (2008) recogen los conceptos de emoción y los clasifican en tres categorías: 1) percepciones de la naturaleza de la emoción, las cuales se pueden sintetizar en cinco miradas: la antropológica, la semántica, la comunicativa, la constructora de identidades y la que escapa al control social; 2) procesos de consumo de las emociones y 3) práctica discursiva de la emoción, concebida como producciones lingüísticas.

Lo anterior lleva a pensar lo emocional en el contexto juvenil como área personal de transformación de los sentimientos que alteran la atención del sujeto social y hace que este reconozca algunas conductas que orientan al individuo a dar respuestas comportamentales, llevarlas a su ejecución y poder preservarlas en la memoria. Esto da una pista significativa para comprender los procesos de ese joven social, quien realiza en las dinámicas de intervención psicosocial una actuación de su ser, sentir, pensar, hacer en el mundo, lo cual guarda bajo huellas en su memoria desde su primer beso hasta la primera toma de decisión sobre su vida, permitiéndole ser lo que es, así acierte o se equivoque.

Las emociones son elementos muy importantes en los procesos de la intervención psicosocial, más cuando se habla de consumos de sustancias legales e ilegales, ya que, de alguna manera, generan movilizaciones y procesos reflexivos simbólicos en cada uno de los jóvenes. Si bien es claro, estas se relacionan con las representaciones sociales que tienen los otros, como por ejemplo con elementos como la opinión que, según Moscovici (1979), citado por Araya (2002) expresa que son fórmulas socialmente valorizadas a las que las personas se adhieren y califica “lo social a una representación es necesario poner el acento en la función, más que en el agente que la produce”. Y agrega que “Así, lo social de una representación proviene de su contribución al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales” (p. 31).

El último concepto para entender la intervención psicosocial con el joven es lo social. Este es significativo porque ubica al sujeto joven desde este macro-ámbito para poder comprender su micro universo, que se pregunta por el sí mismo, el cómo se definen, cómo le dan un sentido a la vida y cómo permanecer allí, resignificándose y convirtiéndose en probables actores sociales.

Es preciso reflexionar sobre lo social, lo humano y el devenir histórico que esto representa en el joven hoy. Carbino, citado por Londoño, Patiño, Cano y Arias (2007), hace referencia a una juventud que vive condiciones sociales variadas y con cualidades específicas, que difiere en sus modos de ser, sentir, actuar y que se da según contextos y momentos. Así lo refiere:

Por tanto, en la generación de nuevas sensibilidades, modas y estilos de vida, valoraciones y conflictos, hoy los jóvenes operan y actúan con complejos ámbitos imaginarios, sostenidos a partir de la apropiación de bienes simbólicos, signos, sueños y mercancías visuales que circulan sobre todo en los medios de comunicación y que son la materia prima para las adscripciones identitarias, la afirmación y la diferenciación social (p. 15).

Lo juvenil ha sido definido también por Duarte (2001) como “las diversas producciones culturales y contraculturales” (p. 71) que realizan quienes se agrupan desde su condición juvenil. Estas producciones son ampliamente diversas y heterogéneas y, además, navegan por los distintos espacios sociales en que las y los jóvenes se despliegan.

Desde esa breve descripción y comprensión de los conceptos anteriormente expuestos es que los profesionales de las ciencias sociales hacen la intervención psicosocial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas o, mejor, la promoción de estilos de vida saludables, partiendo de un compromiso de acompañamiento con los jóvenes. En cuanto a los estilos de vida saludables, estos se interpretan de varias formas: Según la Organización Mundial de la Salud (1999), un estilo de vida saludable es una forma de vida que permite disminuir el riesgo de estar gravemente enfermo o de una muerte temprana, es decir, tanto la prevención como la promoción requieren de acompañamientos cercanos, desde un integrante de la familia, un profesor o un amigo, para que el joven, ante una posibilidad de consumo, reconozca que el hacerlo le hace daño.

En ese acompañamiento se recogen diferentes percepciones frente a las representaciones simbólicas sobre lo cognitivo, lo emocional, lo social y desde su quehacer en el mundo, que explican su relación destructiva con sí mismo y con el otro a través del consumo de sustancias psicoactivas; y se busca, con ayuda del par, andar otros caminos creativos y constructivos para resolver su existencia.

Sin duda alguna, cada uno de los sujetos juveniles y sociales asume diferencialmente su construcción sobre el saber vivencial en los procesos de intervención frente a una adicción química o no química. Por lo tanto, el psicólogo recupera el saber del sujeto y lo reconstruye como un insumo significativo para hacer de él una reflexión hacia la construcción del tejido social.

En la construcción del conocimiento en la intervención psicosocial se logra respetar, como un elemento importante para el sujeto social, su igualdad de oportunidades frente a lo que piensa, adolece y siente.

Es significativo y pertinente entender que la construcción del conocimiento no simplemente se hace en la reivindicación de los valores de la sociedad, sino en utilizar las experiencias construidas y aprendidas para hacer de ellas un proceso que logre reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal en cada una de las comunidades.

Acosta y Barbosa (2005) mencionan que deben reconocerse las formas propias de empoderamiento que se construyen y las transformaciones que se han dado en la expresión de los contenidos de la participación juvenil, que se basan en las identidades, orientaciones y modos de actuar juveniles. “Son un énfasis en la relevancia de ciertas características, pero que no son necesariamente contrarias o absolutamente distanciadas de los objetivos y los motivos de la participación en general” (p. 1).

El conocimiento mismo en la intervención psicosocial está dado a partir de las experiencias que recoge el profesional en el campo, que le permiten utilizarlas de manera sustancial en otros procesos sociales, como una autoayuda referencial, ya que muchos de los procesos de intervención están centrados en la ayuda misma, pero también se centran en la retroalimentación y acompañamiento social.

A MANERA DE CONCLUSIÓN


Es indudable que la participación del joven permite que se desarrollen, desde la perspectiva del interventor, el análisis sobre las situaciones y la toma de decisiones de los sujetos jóvenes que impactan en el colectivo humano, no solamente en sí mismos. Por ello, es necesario reconocer lo importante de la intervención psicosocial participativa con jóvenes como metodología razonada, donde lo pedagógico asume un lugar “del juego” y el “estar jugando” como parte de la construcción responsable de la cotidianidad de las y los jóvenes frente a todo aquello que implique un riesgo frente a su desarrollo humano integral (Sen, 2000).

Finalmente, precisar la intervención con jóvenes desde una perspectiva psicosocial exige muchas miradas y trabajar holísticamente frente a la complejidad en la que se inscribe el joven, una multiplicidad de determinaciones que trascienda lo simbólico. Se puede decir que el joven de hoy, además de la edad, que marca un periodo de tránsito, es una construcción de circunstancias determinadas por el contexto, la historia y la cultura, en los que está construyéndose en el aquí y el ahora de una época plagada de retos, pero en la que es posible tomar decisiones sensatas en favor de la calidad de vida del ser humano y de su entorno.

REFERENCIAS

- Acosta, F. & Barbosa, D. (mayo, 2005). *Participación, organización y ciudadanía juvenil. Observatorio de Juventud. Universidad Nacional de Colombia*. Presentado en el IV Simposio Nacional de Investigación y Formación en Recreación. Vicepresidencia de la República / Coldeportes / FUNLIBRE. Cali, Colombia. Recuperado de <http://www.redcreacion.org/documentos/simposio4if/FAcosta.html>
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de ciencias sociales 127*. Costa Rica: Sede Académica, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Arévalo, L. (agosto, 2010). Atención y reparación psicosocial en contextos de violencia sociopolítica: Una mirada reflexiva. *Revista de Estudios Sociales* 36, 29-39.
- Becoña, E. & Cortés, T. [Coordinadores] (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. [Versión PDF]. Valencia, España: Socidrogalcohol. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>
- Belli, S. & Iñiguez-Rueda, L. (abril /junio, 2008). *El estudio psicosocial de las emociones: Una revisión y discusión de la investigación actual*. PSICO, Porto Alegre, Universidad Pontificia Católica de Rio Grande do Sul, PUCRS, 39(2), 139-151. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/download/4019/3034>.
- Donas Burak, S. (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Cartago: Libro Universitario Regional.
- Duarte, K. (2000). ¿Juventud o juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar las juventudes de nuestro continente. *Última Década*, 8(13), 59-77.
- Giraldo, G. (2005). Teoría de la complejidad y premisas de legitimidad en las políticas de educación superior. *Cinta Moebio*, 22, 46-72. Recuperado de www.moebio.uchile.cl/22/giraldo.htm
- González, P., Carlos M., & Paniagua S., R. (2009). Las problemáticas psicosociales en Medellín: Una reflexión desde las experiencias institucionales. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(1), 26-31. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/1452>
- Londoño, S., Patiño, C., Cano, V., & Arias, F. (2007). Representaciones sociales de los jóvenes de la ciudad de Medellín sobre el consumo de sustancias psicoactivas en relación con sus escenarios. *Informes Psicológicos*, 9, 11-40.
- Merino, J. (1997). La Animación Sociocultural en la educación social. Exigencias formativas para el educador social. *Revista Complutense de Educación*, 8(01), 127-155.

- Miranda, S. (enero-junio, 2013). Una experiencia en animación sociocultural situada en un contexto universitario rural de México. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 21, 175-188.
- Peláez Mendoza, J. (mayo-agosto, 2008). Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: Una mirada desde la óptica de los derechos humanos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 34(2). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v34n2/gin05208.pdf>
- Pérez Islas, J. A. y otros. (2008). *Teorías sobre la Juventud, las miradas de los clásicos*. México: Universidad Autónoma de México, UNAM.
- Reguillo Cruz, R. (2000). *Emergencia de culturas juveniles. Estrategias del desencanto*. Buenos Aires: Norma.
- Rodríguez, E., Gutiérrez, R. & Vega, L. (2003). Consumo de Drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: Zona La Merced. *Salud Mental*, 26(005), 73-81. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252608>
- Ruiz, B. (2012). Educación superior generadora de biodesarrollo regional y local. Perspectiva de trabajo social desde las ciencias de la complejidad. *Revista de trabajo social*, 5(8). 128-152.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. México: Editorial Planeta Mexicana.
- Úcar, X. (1997). Animación Sociocultural. Complejidades y modelos de intervención. En *Revista Educación Social*, 5, 86-107. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/download/167366/241711>.
- Villa Sepúlveda, M. (2011). Del concepto de juventud al de juventudes y al de lo juvenil. *Revista Educación y Pedagogía*, 23(60). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4157845.pdf>



**POLÍTICAS PÚBLICAS
PARA EL ABORDAJE
DE LAS ADICCIONES**

Políticas Públicas para el abordaje de las adicciones: México

Ramón Francisco Valeriano Sánchez*

Resumen

¿Logrará la sociedad mexicana consensar en el destructivo tema de las adicciones y dirigir la política pública hacia el bienestar de la ciudadanía, de un modo ético y con apego a la ley y la justicia? Aquí el autor expone las políticas públicas aplicadas en materia de adicciones, basadas en información avaladas por academias, gobiernos nacionales e internacionales. También el autor busca transmitir su experiencia en el ámbito de las políticas públicas con un enfoque humanitario más distante de lo cuantitativo y más allegado a lo cualitativo.

Palabras clave

Políticas públicas, adicciones, sistema de salud, bien común y drogas.

* Abogado, Docente de la Universidad de Guadalajara, México. Director general de la Comunidad Terapéutica Dios por siempre. Correo electrónico: lic.franciscovaleriano@hotmail.com

El hombre es, por naturaleza, un animal POLÍTICO, de acuerdo con Aristóteles, quien lo define como un animal racional (del griego *zōon logikón*), asociando también otro término más conocido que es el definido al inicio de este escrito: animal político cuya raíz reza *zōon politikón* (González, 2010).

Para Aristóteles, citando textualmente: “la pólis es el culmen de la sociabilidad natural del hombre, el lugar donde alcanza su mayor perfección, donde se da el desarrollo pleno de la naturaleza humana; es la obra más excelente que el hombre puede realizar en la tierra” (González, 2010, p. 245), de acuerdo con su libro *Ética a Nicómaco*.

El concepto de política pública, de acuerdo con Weber, “es la dirección del Estado o el esfuerzo de influir en quien lo dirige, mientras que Harold Lasswell, reconocido como el padre de las políticas públicas, basado rigurosamente en un análisis matemático, sostenía que era el medio para lograr mejorar el gobierno de una nación” (Guerrero, 2014, p. 74).

Por lo anterior, el autor considera que las políticas públicas son: “la búsqueda del bienestar de las personas que habitan una nación, mediante la atención ética y digna de los sectores sociales y sus causas problemáticas que rompen el punto de equilibrio” (p. 74).

Elementos como ética y bienestar social juegan un rol determinante en la creación de políticas públicas enfocadas a la atención de los sistemas de salud, destacando, por ejemplo, que las personas con problemas VIH y adicción se encuentran entre las más discriminadas en materia de procuración de fondos y atención en los sistemas de salud (SSA, 2012).

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) reportó que “el consumo de drogas ilegales en México se duplicó en la década pasada, al pasar de 0.8 a 1.5 por ciento entre personas de 12 a 65 años de edad, aunque entre los hombres la prevalencia es de 2.6 por ciento a escala nacional y de 2.9 en las zonas urbanas” (ENA, 2011, p. 487).

Ahora bien, respecto al consumo de drogas en mujeres, 0.9 por ciento utilizó alguna sustancia ilegal en 2011. Pudiera parecer mínimo, pero es resultado de una tendencia creciente: representa más del triple de la incidencia encontrada en 2002, año en que era 0.2 por ciento (Cruz, 2013, p. 98).

El fenómeno adictivo arrebató la dignidad de quien la padece y sobrecarga al sistema de salud encargado de su atención, debido a que la tendencia es a la alza.

De acuerdo con el informe publicado por García (2014), titulado *Políticas públicas y sistemas de atención*, en su informe técnico para el Senado como propuesta del Instituto de Investigación en Adicciones, se expone que en un sistema *ideal*, la función del control y de salud pública permiten mejorar los problemas de esta asociados al uso y abuso de drogas.

Un ejemplo de lo anterior, haciendo referencia al caso México, es uno de los entes gubernamentales de recientemente creación, denominado *Seguro Popular* que es el Sistema de Protección Social en Salud: mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan, de manera integral, las necesidades de salud (SSA Federal, México).

En cuanto a adicciones, el sistema de salud mexicano, denominado *Seguro Popular*, ya cuenta con la modalidad de tratamientos residenciales para personas con problemas de adicciones, sin costos, siempre y cuando esté afiliado a este seguro. Una de sus bondades es que cualquier persona que no cuente con ningún otro tipo de seguridad social de salud puede acceder al servicio, el cual se ofrece en establecimientos de salud privados de excelente calidad, siendo este tan sólo un caso concreto que opera actualmente en todo el país.

En materia de normatividad en México, el gobierno ha trabajado apoyándose en grandes referentes académicos: Universidad de Guadalajara, Universidad Veracruzana, Universidad Nacional Autónoma de México, etc. y en colaboración con organizaciones de corte internacional: Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, que, en conjunto, articulan estrategias para combatir el fenómeno adictivo y todos los efectos que socialmente causa.

Haciendo referencia a un panorama de establecimientos especializados en atención de adicciones, se tiene conocimiento que operan algunos en la clandestinidad, con prácticas que violan los derechos humanos de quienes residen en tratamiento. Como parte de esta situación, las direcciones están a cargo de una persona “recuperada” que, en muchos casos, no tiene siquiera el nivel básico de educación, mucho menos la profesionalización requerida para la atención de una persona en condición crítica de consumo de sustancias adictivas.

Dignidad y autoestima son sensaciones poco vividas en una persona que consume sustancias, debido a la naturaleza de este padecimiento. Estas, así como todas las capas que envuelven el fenómeno -abusos, violencia, situaciones de riesgo, etc.- desenlazan en un trastorno de estrés postraumático, tan solo por citar un diagnóstico, que solamente lo comprende quien ha tenido un historial de actividad con sustancias tóxicas (National Institutes of Health, 2014).

Como respuesta a esta problemática en particular, han surgido documentos que regulan la operación, infraestructura y acreditación de personalidad jurídica, con estricto apego a derecho, a los centros de tratamiento registrados. Tan solo por citar algunos que vale la pena mencionar:

La ley general de salud es el ordenamiento jurídico que reglamenta el derecho a la protección de la salud consagrado en nuestra Constitución, que rige a todas las organizaciones dedicadas a la atención de la salud en México en sus tres tipos:

- I. De atención médica
- II. De salud pública
- III. De asistencia social (NOM-028, 2012)

Otro documento que vale mucho la pena traer a la mesa de discusión es la Norma Oficial Mexicana NOM-028 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, la cual establece los procedimientos y criterios para el enfoque y atención integral y sistémico de todo a lo que adicciones se refiere (NOM-028, 2009).

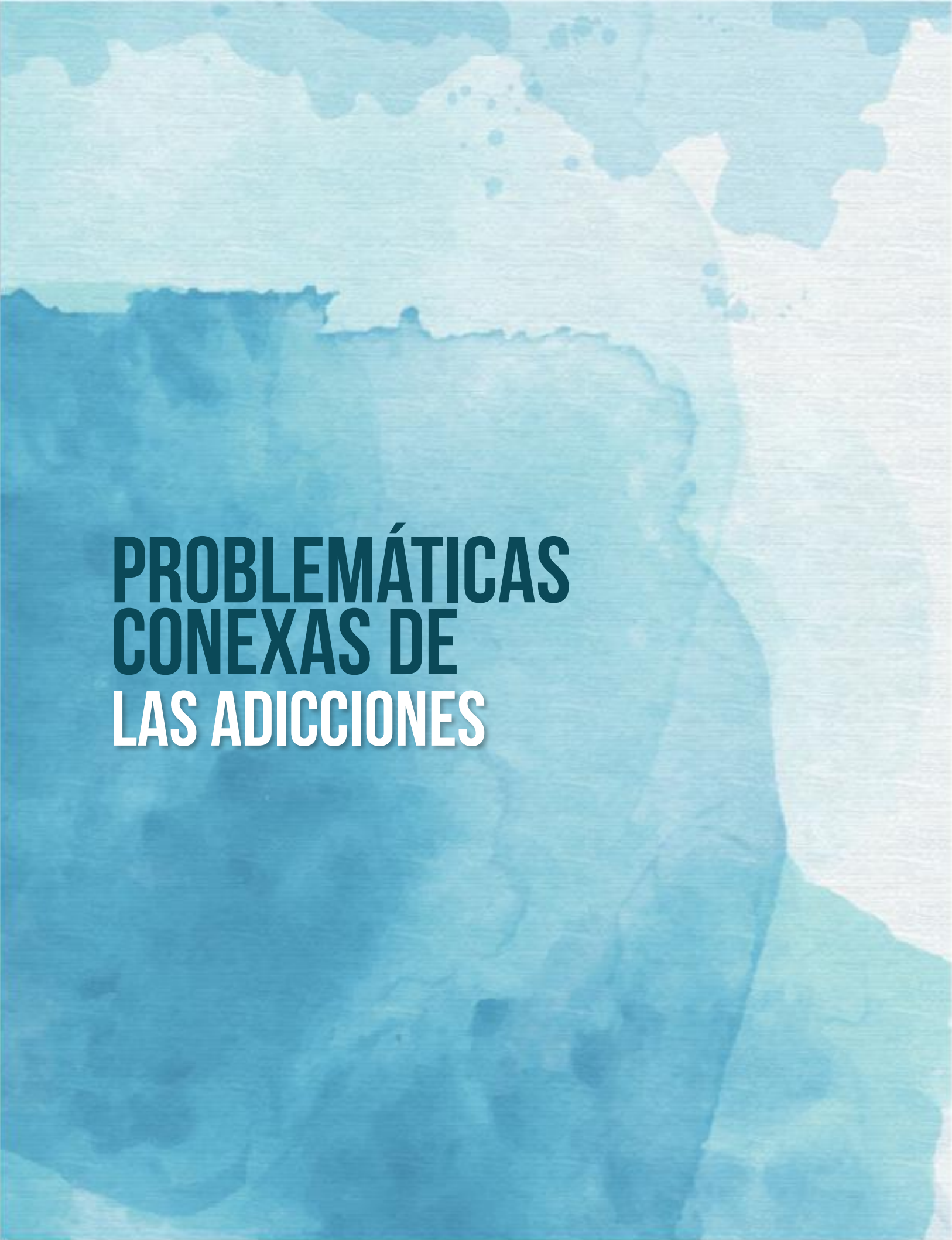
En particular la Universidad de Guadalajara, en conjunto con la Secretaría de Salud Federal, el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, la Comisión Nacional Contra las Adicciones, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y O.E.A., gracias a la articulación de un trabajo en equipo con nivel global para incidencia local, lograron crear el Programa Mexicano de Capacitación y Certificación de Consejeros en Adicciones (PROCCER) y elaborar un material literario denominado el *Manual del Consejero en Adicciones*, basado en la Norma Institucional de Competencia Laboral CEN-CLIN/2011/007, que señala cómo brindar consejerías en adicciones en establecimientos con modalidad residencial.

Este es un claro y contundente ejemplo de cooperación hemisférica e interinstitucionalidad, impulsado por la Iniciativa Merida. Además, es de resaltar el compromiso diplomático en modalidad bilateral entre Estados Unidos y México, con la meta de reducir la demanda de droga (CONADIC, CENADIC & O.E.A., 2013).

En conclusión, un sistema de salud eficiente no existe, pero si se logra reunir todos estos requisitos, se estará en vía de ejecutar sistemas con una incidencia real en pro del ser humano.

REFERENCIAS

- CONADIC, CENADIC & O.E.A. (2013). *Manual del Consejero en Adicciones*. México D.F.
- Cruz, A. (18 de Enero de 2013). Se duplicó en México el consumo de sustancias ilegales en 10 años. *La Jornada*, 31, a11.
- García, O. F. (2014). *Políticas públicas y sistemas de atención*. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara.
- González, E. (2010). *Filosofía social y política*. Universidad San Dámaso. Recuperado de http://www.sandamaso.es/filosofia_interna.php?id=955
- Guerrero, O. (2014). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas U.N.A.M. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/84/pr/pr3.pdf>
- National Institutes of Health. Institutos Nacionales de la Salud. (10 de Noviembre de 2014). Transtorno de estrés postraumático. *Medline Plus*. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/post-traumaticstressdisorder.html>
- Norma Oficial Mexicana, NOM-028. (2009). Norma Oficial Mexicana 028. México D.F.: IEPSA.
- Seguro Popular de México, (s.f.). Obtenido de Sitio Oficial Seguro Popular. Recuperado de <http://www.seguropopular.org/>
- SSA, Secretaría de Salud de México. (2012). Consejo Nacional Contra las Adicciones. *Encuesta Nacional de Adicciones*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf



**PROBLEMÁTICAS
CONEXAS DE
LAS ADICCIONES**

Violencia en el fútbol, asociada a consumo de sustancias psicoactivas

Sandra Milena Restrepo Escobar*

Fundación Universitaria Luis Amigó

Resumen

La violencia y sus formas de expresión hacen parte de la sociedad y los diferentes escenarios de socialización, como es el caso de los encuentros deportivos, en especial los partidos de fútbol. Los resultados de este artículo son producto de la investigación realizada con miembros de las barras bravas de dos equipos de fútbol de Medellín, la cual permitió evidenciar una alta significancia entre los comportamientos agresivos y el consumo de sustancias como el alcohol, la marihuana y la cocaína.

Palabras clave:

Barras bravas, fútbol, violencia, consumo y sustancias psicoactivas.

*Sandra Milena Restrepo Escobar. Especialista en Farmacodependencia. Docente de la Fundación Universitaria Luis Amigó, participante del grupo de investigación *Farmacodependencia y otras adicciones*, de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín, Colombia. Correo electrónico: sandra.restrepoes@amigo.edu.co

La violencia en el fútbol colombiano se ha convertido en una problemática que genera preocupación en muchas de las ciudades del país, pues los encuentros deportivos se han visto afectados por lesiones personales entre hinchas, daños a la propiedad privada y, en los casos más violentos, muerte de personas aficionadas.

En Medellín se observa un alto consumo de alcohol y sustancias psicoactivas antes, durante y después de los partidos de fútbol, lo que hace pensar que puede existir una alta relación de la ingesta de drogas y la violencia que se presenta, y es esta la razón primordial para el desarrollo de la investigación que se realizó con miembros de las barras bravas de los equipos Deportivo Independiente Medellín y Atlético Nacional.

OBJETIVOS

Determinar la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y los comportamientos violentos por parte de los miembros de las barras bravas de los equipos de fútbol de la ciudad de Medellín.

REFERENTE TEÓRICO

La violencia y sus formas de expresión hacen parte de nuestra sociedad. Para entenderlas es necesario revisar conceptualmente los términos asociados a ella como son la agresividad, la ira y la hostilidad. La agresividad entonces es definida como:

Una serie de conductas dirigidas a infligir daño físico a otras personas, a uno mismo, o a diverso tipo de propiedades. La agresividad incluye amenazas, manifestaciones encaminadas a la ofensa, provocación intensa o impetuosa, es decir, actitudes ajenas a lo socialmente establecido y esperado (Páez, Licon, Fresán, Apiquian, Herrera, García, Robles y Pinto, 2002, p. 22).

De esta forma, la agresión se manifiesta generalmente con ira y hostilidad (Bonet y Suárez-Bagnasco, 2011). La agresión es la forma de expresión de la violencia (Domínguez, Fernández, Revilla y Gimeno, 1998).

La ira, entonces, es definida como una sensación de malestar producto de un agravio, malos tratos y contradicción, y que aparece en búsqueda de combatir la sensación de disgusto generado por otro (Weisinger, 1988). La ira sin control puede ocasionar el despliegue de actos de los cuales la persona se puede

arrepentir, pues esta se presenta en diferentes intensidades (Caballo, 1998), siendo más fuerte cuando existe baja tolerancia a la frustración (Kassinove y Sukhodolsky, 1995). Las formas de expresión de la ira son irritabilidad, desprecio o rabia. (Bonet y Suárez-Bagnasco, 2011).

Con respecto a la hostilidad, autores como Lazarus y Lazarus (2000) explican que es una construcción del orden cognitivo, pues involucra creencias, expectativas y actitudes negativas duraderas sobre otro, lo que hace que la persona esté siempre a la defensiva y en estado de alerta (Bonet y Suárez-Bagnasco, 2011).

METODOLOGÍA

El tipo de estudio fue experimental, de nivel descriptivo y correlacional, de diseño transversal. La muestra se estableció mediante la técnica de bola de nieve, contactando los líderes de las barras bravas de los equipos de la ciudad de Medellín.

En este artículo se hará énfasis en los resultados obtenidos con el cuestionario de Buss y Perry (1992), teniendo en cuenta que la investigación no solo utilizó este instrumento, sino que la información se complementó con el cuestionario de *Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas (VESPA)*, instrumento que evalúa el tipo de droga consumida, la frecuencia de consumo; el *Inventario de Situaciones y Conductas Agresivas (ISCA)*, desarrollado por Juárez y Montejo (2008), el que evalúa los patrones de comportamiento violento durante un período de cuatro semanas; y el *Inventario de Motivos para la Agresión (IMA)* de Juárez y Montejo (2008), *modificado* para indicar la frecuencia de los motivos que impulsan a realizar actos violentos.

Por último, se resalta que se tuvieron en cuenta los aspectos éticos reglamentados para las investigaciones con personas, lo cual incluye el consentimiento informado de los participantes; además, la pesquisa de la información no puso en riesgo a las personas de la muestra.

SUJETOS

El tamaño final de la muestra fue de 570 sujetos, pertenecientes a las barras de los equipos de fútbol Atlético Nacional y Deportivo Independiente Medellín. Los datos se recolectaron entre marzo y junio de 2012.

RESULTADOS

Con la finalidad de evaluar patrones de comportamientos violentos, se utilizó el inventario de situaciones y comportamientos agresivos -ISCA- (Juárez y Montejo, 2008), el cual permite determinar el grado de agresividad en comportamientos y situaciones. Al aplicar este instrumento, se identificó que, en promedio, los entrevistados presentaron un puntaje de 13,9 (de 3,7), siendo 12 el puntaje que más se repite; el puntaje mínimo registrado fue 9 y el máximo 27.

Adicionalmente, para calcular la proporción de comportamientos agresivos de los miembros de las barras bravas de los equipos de fútbol de la ciudad de Medellín y tomando como base la mediana de los datos registrados, se definió como comportamientos agresivos altos, los puntajes mayores a la mediana; y como bajos, los que estuvieran por debajo de ésta. Según esta clasificación, se encontró en la muestra participante (570) que el 43,9% presentaban comportamientos agresivos altos y el 56,1% bajos. (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de comportamientos agresivos (ISCA)

Estadísticos descriptivos	
Media	13,97
Mediana	13,00
Moda	12
Desv. típ.	3,715
Rango	18
Mínimo	9
Máximo	27

Los tipos de comportamientos agresivos más frecuentes que se presentan en los estadios por parte de los miembros de las barras bravas, en orden de frecuencia y de acuerdo a la respuesta *bastante*, son: la agresión verbal (19,4%), actitudes o gestos de ira (10%), posturas amenazantes (10%), las amenazas a otros (6,6%), el maltratar o dañar objetos o propiedades suyas o de otras personas (6,5%), el coaccionar verbalmente a alguien (5,5), la agresión física (5%), imitar acciones y actitudes violentas de otros asistentes (4,6%), no colaborar con otras personas pudiendo hacerlo (5,3%), e impedir que alguien pueda recibir ayuda (4,6%).

Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (N= 570)

Las sustancias más prevalentes consumidas por los miembros de las barras bravas entrevistados, de los equipos de fútbol de la ciudad de Medellín, pueden ser vistas en la tabla 2.

Tabla 2. Prevalencias de consumo de drogas por parte de los miembros de las barras brava de los equipos de fútbol de la ciudad de Medellín

Sustancia psicoactiva	Prevalencia vida (PA)	Prevalencia últimos 12 meses (PA)	Prevalencia último mes (PM)
Alcohol	97,3	87,4	78,4
Marihuana	79,7	59,4	48,8
Cocaína	48,0	30,0	22,7
Poppers	39,1	10,5	3,6
Rivotril	31,2	19,4	14,3
Sacol	26,6	10,7	6,1
Dick	21,7	7,8	3,0
Extasis	18,1	5,3	1,8
LSD	14,5	8,4	4,4
Ketamina	4,2	1,2	0,6
2CBt	4,0	2,0	0,6
Basuco	3,8	1,6	0,6

El alcohol es la sustancia más consumida, con una prevalencia de vida (PV) de 97,3%, una prevalencia anual (PA) de 87,4% y una prevalencia mensual (PM) de 78,4%. Le siguen la marihuana, la cocaína, las benzodiazepinas (Rivotril), el sacol, el poppers, el Dick, el LSD y el éxtasis.

Consumo de drogas y agresión

Según el cuestionario de Buss y Perry, en relación con el componente de *agresión física*, el porcentaje más elevado se presentó entre los que consumen marihuana, con un 88,5%; seguidos por la cocaína, 54,4%; poppers, 44,7%; benzodiazepinas (Rivotril), 41,5%; sacol, 32,9%; y dick, 26,5%; con una asociación estadística de $p= 0,000$.

El consumo de alcohol y el éxtasis, y su relación con agresividad física alta, presentan una asociación estadística de $p= \leq 0,05$, siendo mayor el porcentaje de agresividad física alta entre los consumidores de alcohol, con un 98,4%.

La mayor *agresividad verbal* se presenta en los consumidores de marihuana, con el 87,9% y los consumidores de benzodiazepinas, 35,5%; con significativa asociación estadística ($p= 0,000$).

La asociación estadística significativa ($p= 0,01$) se obtuvo en el consumo de alcohol y cocaína. De estos, la mayor agresividad verbal se presenta en los consumidores de alcohol, 98,9%; seguidos por los de cocaína, con el 53%.

En menor asociación estadística significativa ($p= 0,05$), consumir ketamina presenta niveles altos de agresividad verbal, con un porcentaje del 5,7%.

Los niveles mayores de ira se presentan en los consumidores de alcohol (98,7%), marihuana (88,1%), cocaína (53,6%), benzodiazepinas (38,6%) y sacol (29,6%). Esta relación presenta una asociación estadística significativa ($p= \leq 0,03$).

Los niveles mayores de hostilidad se presentan en los consumidores de marihuana (86%), cocaína (55,1%) y benzodiazepinas (34,9%); con una asociación estadística significativa ($p= \leq 0,01$).

CONCLUSIONES

Las formas de expresión de la agresividad son múltiples y dependen según la intensidad de la misma; estas pueden demostrarse por medio de las palabras, en amenazas, injurias, críticas. Los comportamientos agresivos más frecuentes reportados por los miembros de las barras bravas de la ciudad de Medellín hacen énfasis en la agresión verbal, actitudes de gestos de ira y posturas amenazantes, como lo indican Juárez y Montejó (2008) en su estudio de comportamientos agresivos. A través de los autorregistros y los cuestionarios de agresividad, se resaltaron los mismos hallazgos, aunque estos se desarrollaron en entornos familiares.

Lopata (2003) afirma también que las conductas más frecuentes relacionadas con actos violentos están asociadas a la agresividad verbal, representada en insultos o coacción, gestos de ira y, además, el impedir que los otros accedan a cierto tipo de recursos.

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas, frecuentemente se han asociado estas con accidentalidad, riñas y prácticas sexuales de riesgo (Gómez, y Kaplan, 1998), además de robo y maltrato a otras personas (Brook, Brook, Rosen, y De la Rosa, 2003). En un estudio llevado a cabo por la Dirección Nacional de Estupefacientes de Colombia se observó que bajo efecto de sustancias psicoactivas aparecieron comportamientos como golpear o arrojar objetos a familiares, amenazar con armas, robar o forzar a tener relaciones sexuales con otras personas (Ramírez, 2000).

Es importante señalar que aunque el consumo de sustancias psicoactivas ha sido asociado en diferentes investigaciones con la conducta antisocial, donde se señala su influencia en la misma (Villatoro, Medina-Mora, Juárez y Rojas, 1998; Farrington, 2005; Justicia, Benítez, Pichardo, Fernández, García, y Fernández, 2006), la influencia del consumo de sustancias en el comportamiento violento depende, entre otros factores, del patrón de consumo (Clayton y Tuchfeld, 1992), lo que hace indispensable, como lo proponen Easton, Mandel, Hunkele, Nich, Rounsaville, y Carroll (2007), incluir la variable de consumo de sustancias psicoactivas en programas diseñados para la intervención en la agresión.

Respecto a agresividad física, se presentó en los miembros de las barras bravas alta significancia con el consumo de marihuana, cocaína, poppers, benzodiazepinas, sacol y dick. Según Gutiérrez-Rojas, De Irala, y Martínez-González (2006), las respuestas agresivas se incrementan en la primera hora de haber consumido marihuana y no descienden hasta un día después, aunque señalan que las conductas agresivas están más relacionadas con los síntomas de abstinencia.

Macdonald, Anglin-Bodrug, Mann, Erickson, Hathaway, Chipman, y Rylett (2003), por su parte, han establecido relación entre el consumo de marihuana y cocaína y el riesgo de lesiones. Por su parte, Smart, Mann y Tyson (1997) encontraron que el uso de anfetaminas, cocaína y marihuana se asociaba con comportamientos más agresivos.

Otras documentaciones realizadas a través de estudios longitudinales demuestran que el consumo de alcohol influye en el incremento del comportamiento violento en la población general (Bye, 2007). Es importante resaltar que la sustancia más frecuentemente asociada con homicidios y otros actos violentos es el alcohol (Lempp, 1979, Collins, 1988; Wierzorek, Welte y Abel, 1990).

En cuanto a sustancias estimulantes como la cocaína y las anfetaminas, diferentes estudios afirman que hay mayor evidencia del vínculo de consumo de estas sustancias y el comportamiento agresivo. Moss y Tarter 1993; Smart, Mann y Tyson, 1997; Potter y Jenson, 2003 Butters, Smart, Mann y Asbridge, 2005; Pascual, Torres y Calafat, 2001, aseguran que en casos graves de intoxicación por cocaína aparecen crisis de agresividad y violencia relacionadas con la ideación paranoide o con la presencia de pseudoalucinaciones.

Adicionalmente, el estudio de Sánchez-Montero, Martínez-Piqueras y Mora Casado (2003) afirma que existe gran relevancia entre el consumo de benzodiazepinas y su asociación con la agresividad, dato coherente con la investigación de las barras bravas de la ciudad de Medellín, donde la agresividad verbal tuvo sus índices más significativos con los consumos de marihuana y benzodiazepinas.

Por lo tanto, los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con estudios realizados en otras latitudes y muestran la asociación de comportamientos agresivos con el consumo de sustancias, principalmente el alcohol, la marihuana y la cocaína, lo que evidencia que mientras se den las posibilidades de

consumo antes, durante y después de los espectáculos deportivos, se presentará asociación con actos violentos; sin olvidar que existen factores asociados con el comportamiento colectivo en el deporte que influyen en las conductas presentadas: Esto es señalado por Zimbardo (Citado por Javaloy, 1989), quien resalta tres condiciones clásicas en los estadios, como son el anonimato, la fusión de grupo y la activación generalizada. En estas condiciones, observa Zimbardo (1970), la conducta adquiere una elevada intensidad emocional, pierde sus controles habituales y se hace más desinhibida; es decir, aparece un proceso de *desindividua-*
ción, donde la persona pierde su habitual autoconciencia y autocontrol, experimentando cambios diversos en su comportamiento asociados a la desinhibición, la emocionalidad y la impulsividad, lo que incide en la aparición de actos agresivos que no se realizarían en circunstancias ordinarias (Javaloy, 1989).

Limitaciones del estudio

El estudio puede estar condicionado por la exageración en las respuestas a conductas violentas que manifiestan los sujetos investigados, toda vez que son en su mayoría jóvenes pertenecientes a las denominadas *barras bravas* que, como su nombre lo indica, quieren reflejar *dureza* y protagonismo entre los diferentes grupos relacionados con el fútbol.

Esta investigación fue financiada por la Fundación Universitaria Luis Amigó, con fondos de la convocatoria interna 2010-2011.

REFERENCIAS

- Bonet, J. & Suárez-Bagnasco, M. (2011). Revisión Breve: Diagnóstico clínico de los ataques de ira y la hostilidad en pacientes con enfermedad coronaria. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 231-237.
- Brook, D., Brook, J., Rosen, Z. & De la Rosa, M. (2003). Early Risk Factors for Violence in Colombian Adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1470-1478.
- Buss, A. H., & Perry, M. P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Butters, J., Smart, R., Mann, R. & Asbridge, M. (2005). Illicit Drug Use, Alcohol Use and Problem Drinking among Infrequent and Frequent Road Rangers. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 169-175.
- Bye, E. (2007). Alcohol and violence: Use of Possible Confounders in a Time-Series Analysis. *Addiction*, 102, 369-376.

- Caballo, V. (1998). Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, 2. Madrid: Siglo XXI.
- Clayton, R. & Tuchfeld, B. (1992). The drug-crime debate: Obstacles to understanding the relationship. *Journal of Drug Issues*, 12, 153-166.
- Collins, J. (1988). Suggested Explanatory Framework to Clarify Alcohol Use/Violence Relationship. *Contemporary Drug Problems*, 15, 107-121.
- Domínguez, R., Fernández, C., Revilla, J. & Gimeno L. (1998). *Jóvenes violentos: Causas psicológicas de la violencia en grupo*. Barcelona: Icaria.
- Easton, C., Mandel, D., Hunkele, K., Nich, Ch., Rounsaville, B. & Carroll, K. (2007). A Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol-Dependent Domestic Violence Offenders: An Integrated Substance Abuse-Domestic Violence Treatment Approach (SADV). *The American Journal on Addictions*, 16, 24-31.
- Gómez, J. & Kaplan, Ch. (1998). Estudio clínico controlado, comparación y réplica de una intervención para abusadores de narcóticos en Delhi (India). *Acta Colombiana de Psicología*, 1, 57-70.
- Gutiérrez-Rojas, J., De Irala, M. & Martínez-González, M. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Revista Médica Universidad de Navarra*, 50(1), 3-10.
- Javaloy, F. (1989). El comportamiento colectivo en el deporte. *Anuarios de Psicología*. 40(1), 27-45.
- Juárez, F. & Montejo, M. (2008). Propiedades psicométricas del inventario de situaciones y comportamientos agresivos y del inventario de motivos para la agresión. *Universitas Psychologica*, 7(1), 149-171.
- Justicia, F., Benítez, J., Pichardo, M., Fernández, E., García, T. & Fernández, M. (2006). Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 4, 131-150.
- Kassinove, H. & Sukhodolsky, G. (1995). Anger Disorders: Basic Science and Practice Issues. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 18 (3), 173-205.
- Lazarus R. & Lazarus B. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
- Lempp, R. (1979). *Delincuencia juvenil. Análisis de 80 casos de homicidio*. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Herder.
- Lopata, C. (2003). Progressive Muscle Relaxation and Aggression Among Elementary Students with Emotional or Behavioral Disorders. *Behavioral Disorders*, 28, 162-178.

- Macdonald, S., Anglin-Bodrug, K., Mann, R., Erickson, P., Hathaway, A., Chipman, M. & Rylett, M. (2003). Injury risk associated with cannabis and cocaine use. *Drug and alcohol dependence*, 72, 99-115.
- Moss, H. & Tarter, R. (1993). Substance Abuse, Aggression, and Violence. *The American Journal on Addictions*, 2, 149-160.
- Páez, F., Licon, E., Fresán, A., Apiquian, R., Herrera-Estrella, M., García-Anaya, M., Robles-García, R. & Pinto T. (2002) Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental*, 25(6) 21-26.
- Pascual, F., Torres, M. & Calafat, A. (2001). Monografía Cocaína. *Adicciones*, 13(2), 1-250.
- Potter, C. & Jenson, J. (2003). Cluster Profiles of Multiple Problem Youth. *Criminal Justice and Behavior*, 30, 230-250.
- Ramírez, C. (2000). Co-ocurrencia de comportamientos violentos y adictivos en jóvenes y adultos en ciudades colombianas. *Acta Colombiana de Psicología*, 4, 63-78.
- Sánchez-Montero, M., Martínez-Piqueras, J. & Mora Casado, C. (2003). Tratamiento a las dependencias de benzodiacepinas. *Terapéutica*, 65(1488), 760-763.
- Smart, R., Mann, R. & Tyson, L. (1997). Drugs and Violence among Ontario Students. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29, 369-373.
- Villatoro, J., Medina-Mora, E., Juárez, F. & Rojas, E. (1998). Drug Use Pathways among High School Students of Mexico. *Addiction*, 93(10), 1577-1589.
- Weisinger, H. (1998). *Técnicas para el control del comportamiento agresivo*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Wierzorek, W., Welte, J. & Abel, E. (1990). Alcohol, Drugs, and Murder: A Study of Convicted Homicide Offenders. *Journal of Criminal Justice*, 18, 217-227.
- Zimbardo, P. (1970). The Human Choice: Individuation, Reason and Order versus Deindividuation, Impulse and Chaos. En W.J. Arnold & D. Levine (Eds.): *Nebraska Symposium on Motivation*, 17. Lincoln: University of Nebraska Press.



ADICCIONES Y POBLACIONES ESPECÍFICAS

Significados y valores que los jóvenes atribuyen a la marihuana

Paulina Beverido Sustaeta^{*}
Betzaida Salas García^{**}

Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana, México

Resumen

Drogas como la marihuana, a través de los años, pasaron de ser consumidas en pequeños grupos considerados marginales a grandes contingentes, y en variados ambientes sociales, especialmente entre los sectores juveniles y estudiantiles. Este consumo es más probable cuando la persona acepta una serie de creencias y valores favorables al uso de la misma, pero hay que distinguir entre las razones de un primer contacto y los motivos por los cuales se continúa una relación con ellas.

Palabras clave

Consumo, marihuana, jóvenes, representaciones sociales.

^{*} Maestra en Prevención del Consumo de Drogas, investigadora de tiempo completo adscrita al Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana. Miembro del Cuerpo Académico Drogas y Adicciones: Un enfoque multidisciplinario UVCA-264, Xalapa, Veracruz, México. Correo electrónico: pbeverido@uv.mx

^{**} Maestra en Demografía, investigadora de tiempo completo adscrita al Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana. Miembro del Cuerpo Académico Drogas y Adicciones: Un enfoque multidisciplinario UVCA-264, Xalapa, Veracruz, México. Correo electrónico: besalas@uv.mx

Sin duda alguna, la marihuana es, después del tabaco y el alcohol, la droga cuyo uso está más extendido en el mundo (Informe mundial sobre la drogas, 2012). Las encuestas nacionales de adicciones realizadas en México, tanto las dirigidas a la población general (Secretaría de Salud 2002, 2008 y 2011) como a los escolares (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno, Gaytán, Amador y Medina-Mora, 2007), así lo demuestran.

Es una droga de consumo significativamente importante en nuestra sociedad y especialmente entre algunos sectores juveniles, donde precisamente se está experimentando una expansión del consumo. A estos datos habría que añadir la tolerancia social existente ante esta sustancia, alimentada en parte por un discurso ambiguo e incluso justificativo, presente en algunos sectores de la sociedad.

Una cuestión primordial es la referida a la pretendida inocuidad del consumo de esta droga; diversos fenómenos e intereses como su legalización y autorización para uso recreativo en varios estados de la Unión Americana y en Uruguay han logrado que se aminore la alarma social vinculada al uso de la marihuana, tratando de conseguir una imagen de droga que no causa problemas, hecho que está siendo desmentido con investigaciones rigurosas que se llevan a cabo desde hace tiempo y que constituyen el objeto de numerosos debates en nuestros días: la naturaleza de sus efectos, la capacidad o no de generar dependencia, sus posibles cualidades terapéuticas, su estatus legal, entre otros (Beverido, 2010).

Para lograr cambios sociales profundos se requiere primero conocer los significados y valores que le han concedido los jóvenes que la consumen, aumentar la percepción de riesgo o daño, desechar el término “droga blanda” utilizado hasta ahora para hacerla aparecer como una sustancia no tan dañina o incluso inofensiva, contrarrestar la presión de la cultura que favorece el consumo y luchar contra los intereses económicos importantes que sostienen el mismo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Ante el consumo de cualquier tipo de droga, sea lícita o ilícita, la posibilidad de generar mayor o menor problema para la persona o para la comunidad está dada por el vínculo que la persona establece con la sustancia en un determinado entorno. Por ello es necesario preguntarse quién consume, cuánto consume, dónde consume, cuándo y por qué lo hace.

Arellanez y Díaz (2004) señalan que el momento de probar una droga se presenta generalmente durante la adolescencia y que durante la etapa juvenil y universitaria el consumo de alcohol y marihuana aumenta considerablemente en comparación con otros estratos poblacionales.

El diagnóstico de percepción, riesgo y consumo de drogas realizado por la Universidad Veracruzana (2013) muestra que el 12.6% de estudiantes ha consumido marihuana alguna vez en la vida; 5.8% en el último año y el 3.0% la consume actualmente. Vázquez y Becoña (2000) sostienen que el uso de la marihuana es más probable cuando la persona acepta una serie de creencias y valores favorables al uso de la misma.

Generalmente para analizar y comprender el fenómeno del consumo de marihuana en los jóvenes, se han considerado aspectos tales como los factores contextuales, que incluyen variables sociodemográficas, biológicas, culturales y ambientales; los factores sociales, que corresponden tanto al entorno próximo del adolescente, familia, escuela, grupo de amigos, como a la influencia mediática de la publicidad y los medios de comunicación; y a los factores personales, que comprenden cogniciones y habilidades. Sin embargo, si queremos ofrecer programas preventivos con los que los jóvenes se identifiquen y se sientan reflejados, además de los factores antes mencionados, deberemos construir estrategias preventivas que respondan e incidan en su propio contexto, tomando en cuenta el sentido que dan a su uso, tal como lo proponen Martínez & Echavarría (2006):

La información preventiva es un proceso de creación y construcción que se realiza con el otro, partiendo desde un encuentro de saberes que contempla la experiencia del educando, sus significados y creencias, así como sus motivaciones e intereses (p. 35).

OBJETIVOS

Conocer las emociones que buscan y experimentan los jóvenes que consumen marihuana de manera habitual (placenteros, de relajación, de abstracción, de inspiración, entre otros).

Analizar el significado y valor que otorgan a esta sustancia psicoactiva adictiva.

REFERENTE TEÓRICO

Partiendo del hecho de que existen pocos estudios que exploren la relación que se establece entre el consumidor y la sustancia psicoactiva, se consideró pertinente analizar los significados y valores que los jóvenes adjudican a la marihuana y las representaciones simbólicas de los individuos al penetrar en su interioridad. En ese sentido, el consumo de drogas, como la marihuana, ofrece una buena oportunidad de aplicación de la teoría de las representaciones sociales de Moscovici (1981), quien la define como:

Un conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales, que equivalen, en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede, incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común (p. 181).

Se empleó una metodología interpretativa a través de la teoría fundamentada, la cual se ubica en el amplio campo de los métodos interpretativos de la realidad social y comparte con la fenomenología su uso para describir el ambiente y a las personas que están siendo estudiadas en un determinado tiempo y espacio, para construir lo que los participantes ven como su realidad social que, finalmente, es lo que permite indagar sobre el significado que el consumidor confiere a la marihuana.

Se parte directamente de los datos y no de supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes. Estas ideas, creencias u opiniones corresponden a un proceso de organización de las vivencias que han tenido los miembros de un grupo con respecto a un objeto, como lo es el consumo de marihuana en el contexto juvenil.

Las motivaciones que pueden llevar a las personas a consumir drogas son numerosas, pero hay que distinguir entre las razones que los llevaron a tener un primer contacto de las causas por las que continúan consumiendo, ya que la relación con una droga no es estática y cambia con el tiempo, con las circunstancias de cada persona y como resultado de la misma adicción. Ir creciendo en el consumo significa pasar por diversas fases en que va variando la cantidad de droga usada o incluso el sentido que se le da a su uso.

METODOLOGÍA

Esta investigación se desarrolló a partir del empleo de estrategias cualitativas para determinar cómo las significaciones que los sujetos dan a las prácticas los llevan a asociar ciertos estados anímicos o emocionales con el consumo de marihuana, considerando que estas prácticas están enmarcadas en una estructura social que las contiene y determina. Está concebido como un estudio que aporta a la descripción y comprensión del fenómeno, no como una visión totalizadora y única de él.

El tipo de estudio es descriptivo y la técnica utilizada fue la entrevista semi-estructurada, resaltando el anonimato y confidencialidad de la información proporcionada. Se recabaron datos cuantitativos respecto a: tamaño de la muestra, sexo, edad, edad de inicio del consumo, frecuencia de consumo y consumo actual de otras drogas.

La población de estudio estuvo conformada por ocho jóvenes consumidores actuales de marihuana, estudiantes de nivel universitario, y por tres ex-consumidores confinados en un centro de tratamiento para la recuperación de las adicciones.

A partir del análisis de la información, se formaron cinco categorías que corresponden a: motivos de consumo; acceso a la droga; consumo y relación de pares; significado y valor otorgado; y percepción del daño.

RESULTADOS

Muestra de ocho jóvenes consumidores actuales de marihuana, 5 hombres (62.5%) y 3 mujeres (37.5%). El rango de edad de los participantes fue de 19 a 25 años, la edad en que iniciaron el consumo fue entre los 13 y los 24 años. En cuanto a la frecuencia de consumo: cuatro consumen diariamente (50%), dos de 3 a 5 veces por semana (25%) y dos de una a 2 veces por mes (25%). El 50% consume, además, alcohol y el otro 50% alcohol y tabaco.

Primer contacto: motivos

Diversos estudios mencionan los principales motivos por los cuales los jóvenes deciden experimentar con la marihuana (Amigó y Seshadri, 1999; Chabrol, Ducongé, Casas, Roura y Carey, 2005; Font-Mayolas, Gras y Planes, 2006), coincidiendo en su mayoría en que entre los más representativos se encuentran la curiosidad, experimentar sensaciones nuevas y diferentes, para distanciarse de los problemas y para aumentar la diversión. En la población entrevistada se encontró que², efectivamente, el primer contacto con la droga es atribuido a motivos de satisfacer curiosidad y, básicamente, a la experimentación de estados de ánimo asociados como positivos:

“...por amigos que ya fumaban, te da curiosidad saber qué es; por la curiosidad de probar”.

“Yo me inicié con mis amigos... entonces yo creo que la gente empieza por eso, porque te hace reír”.

“...de hecho, yo veía a mis amigos. Estuvieron fumando frente a mí como 6, 9 meses y pues yo decía que no, pero ya después dije: ¡bueno! vamos a ver de qué trata esto y ya fue que la consumí”.

² No se citan los datos de las entrevistas por respeto a la identidad de las personas que participaron en el estudio. Los textos entre comillas corresponde a sus declaraciones.

Acceso a la droga

Conseguir marihuana les resulta muy fácil; señalan también que por lo general son los amigos quienes proveen y admiten conocer lugares donde se expende dicha sustancia, dato que tiene mucha relación con lo hallado por Contradrogas (2000), donde se refiere más a los amigos y conocidos.

Otra modalidad frecuentemente empleada es la que se refiere a *dealers* o distribuidores, a quienes contactan a través de teléfonos celulares.

“Antes era más fácil, porque había casitas; por ejemplo, atrás del Dique había una, por Las Trancas había otra, pero ya después con lo que pasó, con la llegada de los Zetas y que había más muertos, eso se redujo... y ahorita para que yo la consiga, es a través de amigos; ellos tienen contacto más directo con la persona que la distribuye y que la vende”.

“...pues yo nunca la busco, ni la compro, casi siempre son amigos que me invitan...”

“...tengo un *dealer*, pero aparte tengo otros amigos que tienen *dealers*”.

“...le hablo por teléfono (al *dealer*) y me dice tanto y por cuanto”.

Consumo y relación de pares

Para los jóvenes, los amigos y hermanos mayores resultan ser las personas más significativas y, en algunos casos, se convierten en un modelo a seguir. La relación con personas consumidoras, generalmente los pares o iguales, la valoración que estos realizan sobre las drogas y el grado de presión social que ejercen en el consumo, son factores de riesgo de gran importancia para el inicio del consumo de dichas sustancias (Gómez y Muñoz, 2000; Dorius et al., 2004; Mcleod et al., 2004; Eitle, 2005). Además, diversos estudios han demostrado que las personas jóvenes atribuyen un alto valor a los psicofármacos, porque constituyen un medio rápido y sencillo de sentirse aceptados en el círculo de relaciones entre iguales (Rojas, 2001; Allen et al., 2005).

“...consumo sólo con amigos, en un ambiente digamos... recreativo”.

“...por ejemplo, fines de semana... luego se reúnen en casa de un amigo y ya compran algo de alcohol y la mota, y la van rolando, pero pues a mí me gusta más fumarla sola, siento que es más relajado”.

“...generalmente consumo con amigos, sola yo creo que no lo disfruto tanto, aunque claro que sí podría fumar sola, sí lo he hecho alguna vez”.

Significado y valor otorgado

La valoración positiva a las drogas, y en particular a la marihuana, es un factor de riesgo para quienes consumen actualmente o lo han hecho antes (Varela, Salazar, Cáceres y Tovar, 2007). Cada sustancia posee un componente simbólico muy poderoso al creer y sentir que asegura la diversión, la capacidad de hacer amigos, de ligar, de conseguir estados emocionales o sensoriales específicos y para olvidarse de los problemas cotidianos.

“Con la mota, todos los significados son más profundos, hasta el significado de la amistad y de la familia también”.

“...es más como introspectivo... no sé, pienso mucho o dejo de pensar en todo lo que venía pensando en el día, muchas veces me funciona así, para relajarme”.

“...yo creo que es una adicción psicológica, por el placer que te causa... es un placer”.

“La considero como mi salvadora... para mí es como un ritual, me va a relajar, a despejar y voy a estar en otra realidad... una realidad alterna”.

“...es un estimulante también y te hace reír”.

“...teniendo una visión del mundo, de cierta forma me amplió bastante otro tipo de visiones del mundo, aunque mi relación con la mota la podría describir como pasante y temporal”.

“...primero, tal vez fue el alcohol, después probé la cocaína, después la marihuana y fue la que me gustó, porque siento que yo, por ejemplo, soy muy impulsiva, entonces eso como que me calma”.

Percepción del daño

Sepúlveda, Roa y Muñoz (2011) señalan en su estudio que la marihuana es la droga ilícita más consumida por los estudiantes; sin embargo, estos la asocian muy poco a las conductas riesgosas y a daños a la salud debido a la gratificación inmediata que proporciona, sin contemplar consecuencias futuras.

“No creo ser adicto... pero ahorita no creo poder dejarla, no quiero dejarla”.

“Hace mucho tiempo que fumo y me siento normal, ya casi estoy acabando mi carrera y sí he cumplido con mis cosas, además tenía problemas de insomnio y fumando puedo dormir mejor”.

“...a los pulmones, pues igual que el cigarro”.

“Puedo reconocer que alienta y distrae, provoca que te desenfocues y desvía un poco”.

“Sí afecta la memoria y también en la condición física tiene que afectar algo”.

A continuación se muestra el análisis de los tres consumidores de marihuana que se entrevistaron en un centro de tratamiento residencial. Todos son hombres y su edad fluctúa entre los 21 y los 47 años; dos de ellos iniciaron el consumo a los 17 años (75%) y uno a los 15 años (25%). Los tres tuvieron una frecuencia diaria de consumo de 3 a 5 cigarrillos de marihuana. Consumo anterior de otras drogas: dos poli consumidores de drogas legales (tabaco y alcohol) e ilegales (como cocaína, crack, metanfetaminas).

Primer contacto: Motivos

“A través de mi hermano que es seis años mayor que yo y de amigos mutuos... salíamos juntos toda la banda de *locochones* y terminé probándola ahí”.

“Por pura curiosidad. Mi hermano tenía un grupo de rock y ensayaban en casa de mis papás, ahí casi todos fumaban mota y pensé que era un requisito indispensable para entrar a ese ambiente, por querer ser parte de él. Además, me encantó el efecto”.

“...la primera vez que consumí marihuana fue hace siete años, apenas acababa de cumplir 15. Recuerdo que igual fue por curiosidad, porque mi primera novia, que llevaba a la casa, era adicta también”.

Acceso a la droga

“...trataba de comprar no a narcos, mejor se la compraba a hippies que tenían sus plantíos domésticos... yo siempre decía que no me gustaba fumar sangre”.

“Un compañero de la prepa vendía en su casa y empezó a llevar a la escuela... así se hizo la banda de pachecos”.

“...yo nunca tuve *dealer* ni nada de eso... me la entregaban en la escuela y la metía a la mochila”.

Consumo y relación de pares

“...yo me alejé de los sanos para juntarme con los pesados, con la banda”.

“Me levantaba y lo primero que hacía era fumar y lo último que hacía era fumar, o sea, todo el día. Amigos míos que fumaban también me decían, estás fumando demasiado”.

“...como la mamá de mi novia siempre trabajaba, nosotros siempre teníamos la casa sola y comenzamos a fumar marihuana juntos y pues yo me fumaba en ese tiempo cuatro cigarrillos diarios con ella y pues igual teníamos relaciones y tomábamos... últimamente prefería consumir solo”.

Significado y valor otorgado

“Pues la verdad, estuve muy enamorado de la mota durante mucho tiempo... yo decía, *“mi novia se llama marihuana y es muy celosa”*. Una chava con la que andaba me pidió que dejara de fumarla y yo le dije, antes te vas tú que ella... y la corté”.

“...me daba mucha seguridad para enfrentarme a la vida... me hacía ser importante, yo llegué incluso a pensar que solo los más inteligentes fumaban marihuana... provocaba en mí un sentimiento de grandeza, de omnipresencia. Además, me inspiraba a filosofar sobre temas mundanos, me abría más la mente”.

“Fumaba para hacerme más simple y poderme reír de lo que fuera, me calmaba porque soy muy rápido y demasiado acelerado, o sea, me dio ese servicio de tranquilizarme... pero después no podía ni levantarme de la cama y simplemente no quería hacer nada”.

Percepción del daño

“Yo ya no podía ni con mi alma, todo el tiempo estaba pensando en suicidarme. Me la cobró gacho y se tardó catorce años en casi matarme, perdí el piso, la motivación, o sea, ya era una cosa espantosa... ya no podía hacer absolutamente nada... me sentía como una piltrafa humana que no valía la pena”.

“...para mí ya era una vida insoportable y ya no tenía momentos de lucidez... era una rebeldía mal encausada, me hizo un ser antisocial, además de los daños físicos”.

“...por fumar mota, yo acabé con mi inteligencia... yo era de esos niños que mandaban a concursar en la escuela, hacía deporte y me da muina (coraje) ver en lo que me convertí al final de cuentas”.

CONCLUSIONES

El primer contacto con la marihuana se da a partir de la relación con pares (hermanos, amigos o pareja).

La marihuana es una droga de fácil acceso a través de amigos o *dealers* (distribuidores), a pesar de que reconocen que está cambiando la forma de acceder a ella por la presencia del crimen organizado.

A diferencia de los consumidores actuales, que prefieren consumir en grupo, los confinados a tratamiento preferían hacerlo solos.

Tanto los consumidores actuales como los confinados a tratamiento adjudican valores a la marihuana, tales como que brinda mayor significado a las cosas, favorece la introspección, provoca placer, calma y relaja, aclara cosas y amplía la visión del mundo, da seguridad y hace reír.

Los consumidores actuales atribuyen a la marihuana daños a la salud en cuanto a la memoria, los pulmones y a la condición física en general, aspectos que consideran poco graves o que se presentarán a largo plazo.

Los consumidores confinados consideran que más que los daños físicos ocasionados por su consumo, lo que más se vio afectado fue su funcionalidad, autoconcepto, autoestima y motivación, además de que sufrieron pérdida de lucidez e ideación suicida.

A manera de reflexiones finales se propone que:

- » Los programas preventivos para la marihuana, especialmente los dirigidos a los jóvenes, deben considerar los valores y significados que se han otorgado a esta sustancia. Sin embargo, ningún programa preventivo podrá cumplir su objetivo dentro del actual y deteriorado tejido social (pobreza, inseguridad, ausencia de oportunidades y marginalidad).
- » Es importante redirigir el compromiso y responsabilidad de las familias y de las escuelas en la formación de los niños desde muy temprana edad, que debe orientarse a la intervención en el ámbito cultural y a una educación integral, que propicie los valores que estimulen la autorresponsabilidad, el compromiso social y los hábitos de vida saludables.
- » Solo se obtendrán resultados positivos cuando los esfuerzos incluyan iniciativas multisectoriales (salud, educación, justicia, etc.) y se consideren tanto los aspectos sociales como los psico-biológicos.
- » Los programas preventivos deben, necesariamente, acompañarse de políticas públicas e institucionales que demuestren que es posible obtener los satisfactores que se atribuyen a la marihuana, garantizando el acceso y promoviendo el disfrute de la cultura, el deporte, la naturaleza, el uso adecuado de tiempo libre, la existencia de espacios recreativos públicos y seguros, y la participación en actividades de promoción social, entre otros.

- » Para obtener los resultados deseados en el ámbito de la prevención, debemos dejar de ver el consumo de marihuana como un fenómeno aislado al que hay que combatir y entenderlo en el contexto de una sociedad que prioriza el triunfalismo económico, el individualismo y el hedonismo por encima del cuidado de la salud y el bienestar comunitario, por lo que resulta importante promover un cambio en los valores y en el sentido de vida.

REFERENCIAS

- Allen, J. P., Porter, M. R., McFarland, F. C., Marsh, P. & McElhaney, K. B. (2005). The Two Faces of Adolescents' Success with Peers: Adolescent Popularity, Social Adaptation, and Deviant Behavior. *Child Development, 76*, 747-760.
- Amigó, S. & Seshadri, V. (1999). Consumo de cannabis: Determinantes y consecuencias en una muestra de estudiantes valencianos. *Información Psicológica, 71*, 66-71.
- Arellanez J. & Díaz B. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental, 27*(3), 54-64.
- Beverido, P. (2010). Consumo de marihuana y sus efectos en la salud mental y las habilidades cognitivas necesarias para el aprendizaje. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 10*(2), 49-53.
- Chabrol, H., Ducongé, E., Casas, C., Roura, C. & Carey, K.B. (2005). Relations Between Cannabis Use and Dependence, Motives for Cannabis Use and Anxious, Depressive and Borderline Symptomatology. *Addictive Behaviors, 30*, 829-840.
- Contradrogas, Comisión de Lucha contra el Consumo de Drogas. (2000). *Estudio sobre la percepción del consumo de drogas en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao*.
- Dorius, C., Bahr, S., Hoffman, J. & Lovelady, E. (2004). Parenting Practices as Moderators of the Relationship between Peers and Marijuana Use. *Journal of Marriage and Family, 66*, 163-178.
- Eitle, D. (2005). The Moderating Effects of Peer Substance Use on the Family Structure-Adolescent Substance Use Association: Quantity versus Quality of Parenting. *Addictive Behaviors, 30*, 963-980.
- Font-Mayolas, S., Gras, M.E. & Planes, M. (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Adicciones, 18*(4), 337-344. España.

- Gómez, J. & Muñoz, M. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 19-32.
- Mcleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M., et al. (2004). Psychological and Social Sequelae of Cannabis and Other Illicit Drug Use by Young People: A Systematic Review of Longitudinal, General Population Studies. *The Lancet*, 363, 1579-1588.
- Martínez, E. & Echavarría, F. (2006). *Hacia una vida digna y plena de sentido. Habilidades para vivir y prevenir las adicciones*. Bogotá, Colombia: Colectivo Aquí y Ahora Bogotá.
- Moscovici, S. (1981). *Representaciones Sociales*. Recuperado de <http://psicosi.com/serge-moscovici-representaciones-sociales>.
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), (2013). *Informe mundial sobre las drogas 2012. Resumen ejecutivo*. Recuperado de <http://www.unis.unvienna.org>
- Rojas, M. (2001). Factores de riesgo y de protección que han sido identificados en adolescentes consumidores de SPA. En A. Zabaleta. (Ed.), *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud*, 53-93. Perú: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, CEDRO.
- Secretaría de Salud. Comisión Nacional contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, 2008 y 2011. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/ena_.html
- Sepúlveda M., Roa J. & Muñoz M. (2011). Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena. *Revista Médica de Chile*, 139(7), 856-863.
- Universidad Veracruzana. (2013). Red Veracruzana de Investigación en Adicciones. *Reporte técnico sobre diagnóstico de percepción, riesgo y consumo de drogas*. México: Autor.
- Varela M.T., Salazar I.C., Cáceres D.E. & Tovar J.R. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: Factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 31-45.
- Vásquez F. & Becoña E. (2000). Factores de riesgo y escalada cannabinoide en monografía cannabis. *Adicciones*, 12(2). 175-184.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N. & Medina-Mora, ME. (2007). *Encuesta de consumo de drogas en estudiantes 2006*. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Reinsertados

Diana Cristina Celis Velásquez*

PREVIA

Programa de Refuerzo Escolar y Preparación para la Validación Académica

Resumen

El paso de la desmovilización en Colombia, y especialmente en Medellín, hace parte de la articulación de redes sociales que buscan alcanzar un proceso de paz. Las personas reinsertadas del conflicto armado pertenecen al grupo de lo que se reconocen como poblaciones especiales. Los resultados de este artículo son producto de experiencias vividas a lo largo de nueve años de trabajar con personas desmovilizadas o involucradas en conflictos sociales, en lo que se pudo evidenciar una relación entre el choque con la norma, el consumo de sustancias psicoactivas y las conductas adictivas.

Palabras clave

Moral, amoral, inmoral, reinsertados, consumo de sustancias psicoactivas.

* Licenciada en Pedagogía Reeducativa, especialista en Gerencia Social y en Farmacodependencia. Directora académica de PREVIA- Programa de Refuerzo Escolar y Preparación para la Validación Académica. Correo: dianacelisv@hotmail.com.

La ética, la moral y lo amoral es lo que se conoce como el bien y el mal, lo correcto y lo incorrecto. La moral es una guía para obrar bien, lo amoral es la ausencia de lo moral. Lo inmoral, son los malos actos, los actos incorrectos; no hay personas inmorales, hay comportamientos inmorales.

En el caso del consumo de sustancias psicoactivas, podría hablarse de aquella persona que se recupera, que logra la sobriedad y la tolerancia al fenómeno del *craving* (deseo por volver a consumir). El problema no radica en que esta persona en algún momento sienta deseos por consumir, el problema está en que lo lleve al acto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Las personas que deciden involucrarse en grupos al margen de la ley se han convertido en un factor influyente en los problemas familiares, sociales, económicos y políticos del país. De una u otra manera, los jóvenes en Colombia han visto hacer parte de estos grupos como una opción fácil de conseguir dinero y ganarse el respeto ante los demás seres que los rodean.

Asociado a los grupos armados al margen de la ley, se encuentran los homicidios, desplazamientos forzados, secuestros extorsivos, drogas y narcotráfico, entre otros conflictos sociales.

OBJETIVOS

Relacionar la experiencia del proceso de desvinculación de los grupos armados en la ciudad de Medellín con la oferta del Estado para alcanzar su reinserción social.

REFERENTE TEÓRICO

La norma y el placer

La norma se hizo para darle un punto de equilibrio al placer; cuando se pasa al extremo de la norma, se presentan comportamientos compulsivos que requieren atención médico-psiquiátrica. Cuando el extremo está ligado al placer, la persona tiende a hacer todo lo que le plazca, tal como consumir, matar, conseguir dinero de cualquier forma, entre otros.

La tarea de los procesos y tratamientos de reinserción social no es más que orientar a aquella persona adicta o al margen de la ley, para que logre alcanzar un punto de equilibrio, interno y externo, entre la norma y el placer.

La recuperación no radica solamente en dejar la droga o un arma, es indispensable también abstenerse de los comportamientos adictivos o del pasado, tales como la jerga, las palabras amenazantes, los deseos de volver al pasado y hablar de la historia, la agresividad, entre otros.

El proceso de reinserción

Para comprender el proceso de los reinsertados, se hace necesario definir el concepto de reinserción social, el cual puede entenderse, de acuerdo a lo planteado por el Programa Paz y Reconciliación (2006-2008), como:

- » Inclusión social
- » Reeducación
- » Rehabilitación social
- » Desvinculación del conflicto armado
- » Desmovilización

En cualquier término conceptual, un proceso de reinsertados tiene como fin que aquella persona que se encuentra al margen de la ley tenga un acto simbólico y real de entrega de armas, y modifique su estilo de vida, a través de unas redes sociales de apoyo.

Para que estas redes sean funcionales, deben ofrecer una intervención que aborde los distintos ámbitos del ser humano:

- » **Personal:** desde un enfoque psicológico, permitiendo la liberación de sentimientos.
- » **Familiar:** desde una intervención psicológica a los integrantes del núcleo familiar y un plan de vida en familia.
- » **Social:** desde la adopción de un nuevo estilo de vida y la deshabitación de conductas pasadas.
- » **Lúdico-recreativo:** desde la buena utilización del tiempo libre y de ocio.

- » **Académico:** a través de instituciones que le permitan a esa persona que adopta un nuevo estilo de vida, vincularse también a un mundo académico desde la alfabetización, educación primaria, secundaria o acceder a la educación superior, según el caso. Antes de abrir una oferta de educación terciaria, es fundamental hacer una orientación vocacional, facilitando el descubriendo de aptitudes, habilidades, gustos y atracciones académicas.
- » **Laboral-económico:** proporcionar un recurso económico que le permita el sustento personal y familiar, a través de un empleo digno y el cumplimiento de los requisitos básicos que exige el proceso de reinserción.
- » **Jurídico:** revisar legalmente las conductas ilegales del pasado, permitiéndole desmovilizarse sin el estigma social y exigiendo un comportamiento equilibrado entre la norma y el placer.

La elección vocacional

Un joven que decide vincularse a un grupo armado no se levanta un día cualquiera diciendo que quiere ser *paramilitar o guerrillero*, no es una casualidad, no es el destino que le tocaba vivir. Esta elección va encaminada a la historia de la niñez y el ambiente en el que creció, lo que ha visto, lo que ha escuchado, lo que ha vivido, la forma como lo han tratado y las necesidades a las que se ha expuesto. Los procesos de reinserción social hacen parte de la intervención y el tratamiento ante los conflictos que enfrenta la sociedad hoy en día. Pero una verdadera reinserción social no puede estar desligada de los trabajos de prevención ante las diferentes problemáticas sociales: el hambre y la desnutrición, la pobreza extrema, la ausencia paterna dentro de las familias, las crisis familiares, el desempleo, la ausencia de normas de convivencia, entre otros conflictos cotidianos, que no se resumen más allá que una desesperanza aprendida, motivando a aquel niño a que cuando sea grande logre subsanar, *bajo cualquier medio*, sus carencias de la niñez.

La prevención no es más que una labor anticipada ante una posible problemática, que empieza por un núcleo familiar y luego se extiende a una sociedad. Es necesario intervenir a las familias, no solo desde la satisfacción de las necesidades básicas, sino también, desde escuelas de padres que permitan dar una buena educación a sus hijos y, por ende, una buena orientación vocacional.

Ningún proceso de resocialización está bien encaminado si deja de un lado la educación, es decir, las opciones académicas que garantizan mejores oportunidades de empleo. Como complemento a una buena resocialización, se hace necesaria la intervención con las familias, no solo desde el abordaje psicológico, sino también desde las escuelas de padres y oportunidades educativas.

Igualmente, un niño no se levanta diciendo un día cualquiera, “*cuando sea grande voy a ser un drogadicto*”; esto va encaminado a problemáticas familiares y sociales similares, que podrían mitigarse con trabajos preventivos.

La guerra entre lo moral y lo inmoral

Después de que un reinsertado viene cometiendo actos de inmoralidad, se le presenta la oportunidad de actuar de manera correcta ante la sociedad, desligándose de las armas y de huirle a la justicia, para retomar los libros, el empleo digno y la oportunidad de caminar por las calles libremente.

METODOLOGÍA

El estudio se basa en la experiencia laboral durante nueve años en contacto y comunicación directa, no solo con desvinculados del conflicto armado, sino también con jóvenes en alto riesgo, delincuencia común, postpenados, entre otras poblaciones especiales.

La experiencia laboral, específicamente con reinsertados, ha sido a través de la Alcaldía de Medellín-Secretaría de Gobierno, con su Programa Paz y Reconciliación.

RESULTADOS

Desde el período de desmovilización en Medellín, se han podido observar procesos individuales, teniendo en cuenta que, aunque todos hayan tenido las mismas oportunidades de reinserción, no todos adoptaron un nuevo estilo de vida saludable; sin embargo, los resultados de la desmovilización podrían agruparse en tres categorías, de acuerdo con el Programa Paz y Reconciliación (2006-2008):

- » **Grupo 1:** Aquellas personas desmovilizadas con una carrera profesional, una tecnología, técnica, un arte o un oficio, trabajando, viviendo en sobriedad y con un estilo de vida sano, acompañadas de una familia como factor protector.

- » **Grupo 2:** Aquellas personas que habiendo tenido todas las oportunidades para vincularse de nuevo a la sociedad bajo una adopción de un estilo de vida saludable, recayeron en las conductas delincuenciales. Hoy en día, algunas reconocidas como *Águilas Negras*, otros se encuentran en la cárcel o ya están muertos.
- » **Grupo 3:** Los dependientes del proceso de desmovilización, puesto que por un período de aproximadamente 9 años siguen institucionalizados, sin mostrar avances académicos ni laborales.

CONCLUSIONES

La norma se hizo para darle un punto de equilibrio al placer. Las conductas delincuenciales pueden adoptarse como un estilo de vida, llegando a un punto del goce ante el dolor del otro.

La deshabitación de estas conductas no es una tarea fácil, es por ello que la oferta para la desvinculación del conflicto armado, debe ser atractiva, con garantía de derechos y deberes.

Alcanzar el punto de equilibrio entre la norma y el placer no es más que acogerse al concepto de la cultura de la legalidad, asumiendo una visión moral frente a la vida.

REFERENCIAS

Programa Paz y Reconciliación. (2006-2008). Alcaldía de Medellín-Secretaría de Gobierno. Medellín, Antioquia, Colombia.

Identidad y prácticas de consumo de sustancias psicoactivas en población inmigrante. El caso de los inmigrantes colombianos en España

Sandra Lorena Botina Narvález*

Universidad Pontificia Bolivariana

Fundación Universitaria Luis Amigó

Resumen

En el presente artículo se pretende describir y analizar la relación entre la identidad y las prácticas de consumo de sustancias psicoactivas en población inmigrante colombiana en España. Al hacer énfasis en la población inmigrante, se busca comprender la identidad y prácticas de consumo de sustancias psicoactivas dentro de un proyecto migratorio, que se dan en las sociedades receptoras, comprendiendo creencias, valores, prácticas de comportamiento y percepciones frente al consumo. Dichas prácticas no sólo pueden transferirse, sino generarse en la etapa de incorporación e integración al país receptor, a raíz de experimentarse situaciones como el desarraigo cultural, crisis de identidad, estrés psicosocial en el proyecto migratorio.

De acuerdo con diferentes autores, existen pocos estudios respecto a la relación entre adicciones y población inmigrante; en algunos de ellos se ha encontrado que la condición de ser “migrante” y, además, “adicto a las sustancias psicoactivas” se constituye en un objeto de rechazo social, existiendo además, una percepción social de la relación entre adicción, tráfico y delincuencia. Es interesante analizar cómo las fronteras culturales y políticas de los países receptores definen las minorías inmigrantes como “otros” no pertenecientes a ella, o que deben sufrir cierta transformación para tener cabida en la sociedad receptora (Baubock, 2002).

* Sandra Lorena Botina Narvález. Magister en Sociología, estudiante de Doctorado en Sociología, Universidad Complutense de Madrid. Docente de la Fundación Universitaria Luis Amigó y Universidad Pontificia Bolivariana. Participante del Grupo de Investigación: Sujeto, Sociedad y Trabajo (GIP), Universidad Pontificia Bolivariana. Docente Posgrados Funlam. Medellín, Colombia. Correo electrónico: sandra.botinana@amigo.edu.co, sandra.botina@upb.edu.co

Esas transformaciones ocurren en las subjetividades, afectividades, identidades e interacciones sociales, debido al intercambio entre los recién llegados y los locales, y prácticas de consumo de sustancias psicoactivas como parte de procesos sociales como la adhesión cultural y cohesión. Paralelo a ello, se observa la reconfiguración de nuevos grupos que comparten prácticas de consumo de psicoactivos en espacios de tiempo libre con un papel socializador y de intercambio cultural, y de expresiones de afectividad social en espacios públicos principalmente. Para tal efecto, se hará énfasis en la identidad y su relación con las prácticas de consumo de sustancias psicoactivas a partir de procesos de aculturación, que finalmente dan lugar a proponer dimensiones de estudio para investigar e intervenir la adicción con poblaciones migrantes.

El panorama de la migración colombiana y tipología de los flujos de población se presentarán con base en investigaciones realizadas, fuentes primarias y secundarias. La descripción de las prácticas de consumo de spa, se realizará con base en la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico, que aborda la interacción entre los inmigrantes y la sociedad receptora como un proceso relacional, de construcción de valores e identidades que son compartidas; y la adicción, como una práctica social y cultural.

Palabras clave

Migración, identidad, prácticas de consumo.

COLOMBIA COMO UN PAÍS EXPULSOR DE POBLACIÓN MIGRANTE

Colombia está localizada en el noroccidente de América del Sur, tiene costas en los océanos Atlántico y Pacífico, y limita con Venezuela, Brasil, Perú, Ecuador y Panamá. Su extensión es de 1.141.748 km² y 928.660 km² de áreas marítimas, se encuentra dividida en entidades territoriales: departamentos, distritos, municipios y territorios indígenas. En la actualidad está conformado por 32 departamentos y 1.098 municipios, y su capital es Bogotá. De acuerdo al Censo de Población (2005), elaborado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Colombia cuenta con 47.946.685 habitantes, predominando tres sectores étnicos y sociales, que se diferencian tanto geográfica como culturalmente: las comunidades afrocolombianas, los pueblos indígenas y las comunidades raizales. Hay 93 pueblos indígenas pertenecientes a diferentes grupos étnicos, que representan el 2% de la población total; la población afrocolombiana, el 26%, donde el 70% reside en zonas urbanas y el porcentaje restante habita en áreas rurales.

A pesar de que Colombia cuenta con la Constitución de 1991, que busca configurar un estado social de derecho bajo una orientación garantista de los derechos fundamentales, es uno de los países con bajos indicadores de desarrollo humano, percepción social de desconfianza en el modelo político que se sustenta, además, en factores sociales como desigualdad, pobreza e insuficiente acceso a servicios como educación y salud, como consecuencia de la inequidad en los patrones de distribución de la propiedad y del ingreso, la dificultad para reducir los niveles de pobreza y marginalidad, y evitar así la expulsión “destruccionista” de campesinos (Garay, 2009). A esto se suman problemas de tipo estructural como exclusión social, subordinación de lo público, precariedad del estado, conflicto armado y narcotráfico, que han tenido repercusiones significativas en todos los sectores de la población, constituyéndose en factores de expulsión a nivel político, económico y social, lo que conlleva a que exista migración de colombianos al exterior, específicamente a España y Estados Unidos.

La exclusión social, como un proceso multidimensional e intergeneracional, comprende capacidades, libertades, derechos e intereses “grupales egoístas y excluyentes”, que van desapareciendo ante la intimidación y el ejercicio de prácticas ilegales, reflejando la alta vulnerabilidad de diversos sectores, así como la fragilidad institucional y la precaria representatividad democrática del Estado, que conduce a la desigualdad de oportunidades para la potenciación de capacidades, participación en el desarrollo, conocimiento y posibilidades de realización humana (Garay 2009:18). Además, la inequidad distributiva del ingreso y la riqueza ubica a Colombia como uno de los países con mayor desigualdad en el mundo; la situación de pobreza afecta a casi la mitad de la población, el sistema de protección social es precario, pues cuenta con carencias de cobertura y calidad; todos estos factores, al igual que el predominio de la informalidad y el desempleo, son características de la exclusión en la dimensión económica y social.

En cuanto a la subordinación de lo público, el autor refiere que es la tendencia a privilegiar los intereses de ciertos grupos privados poderosos por encima de los intereses colectivos, por medio de políticas públicas discriminatorias, originando la baja participación de grupos poblacionales en el debate y deliberación sobre propósitos e intereses colectivos y públicos, desde lo comunal y local a lo regional y nacional, ocasionando una fragmentación del tejido social. Por otra parte, la débil institucionalidad de Colombia refleja la precariedad del Estado en algunas regiones al no cumplir las funciones y responsabilidades básicas e inalienables de un Estado de Derecho, como garantizar el respeto de los derechos humanos constitucionales, asegurar la vigencia de la ley en derecho en condiciones de equidad y universalidad, propender por la preservación del orden democrático instituido y velar por la seguridad e integridad territorial. Esto incide en que el comportamiento ciudadano sea influenciado por la aplicación de prácticas ilegales a cargo de ciertos grupos con poder territorial, situación potenciada por el narcotráfico en medio del conflicto armado.

El conflicto armado, como una problemática política y social relacionada de manera directa e indirecta con actividades ilegales, en particular el narcotráfico, inició como un acto de violencia política hasta convertirse en violencia social, caracterizada por la presencia de grupos armados privados, las confrontaciones políticas y grupos insurgentes que se expanden a lo largo del territorio nacional (zonas rurales, periferias, ciudades y zonas de importancia económica). Estos grupos buscan la legitimación en las regiones con el fin de adquirir el control de zonas de influencia y de valor, reaccionando violentamente contra la población, ocasionando su desplazamiento forzoso, tanto interno como externo.

Dentro de este contexto sociopolítico, se encuentra que los fenómenos de exclusión social que caracterizan a Colombia desencadenan el movimiento de personas hacia el interior y el exterior, en búsqueda de garantías para su supervivencia y mejoramiento de calidad de vida a través del acceso a bienes y recursos. Igualmente explica la emigración de colectivos de ciertas zonas que se encuentran amenazadas por el conflicto interno y donde los indicadores de pobreza tienen mayor impacto. A finales de los noventa, Colombia atravesó una situación de recesión económica y social, caracterizada por la inestabilidad del crecimiento económico y la demanda agregada. (Garay, 2009). Las limitaciones de la economía y la aplicación indiscriminada del modelo neoliberal, la insuficiente capacidad institucional y organizativa en medio de un proceso de descentralización político-administrativa, condujeron a la vulnerabilidad de la economía ante las crisis internacionales, por el crecimiento desmesurado de la tasa de interés interna y el endeudamiento externo entre 1992 y 1999.

A raíz del conflicto interno, el gobierno invierte en temas de defensa y justicia, causando el desequilibrio entre gastos e ingresos públicos, así como la pérdida de dinamismo en la generación de empleo para trabajadores de baja cualificación, lo que causa efectos negativos sobre el capital humano en términos de

habilidades para el trabajo y niveles de ingreso, por lo cual se incrementó el trabajo informal en un 52,3% en 1996, 60% en 2000 y el porcentaje de población que devenga menos del salario mínimo aumentó en un 37% entre 1995 y 2000.

Con el incremento del desempleo, el cambio en la estructura productiva y la composición del empleo según cualificación, y la creciente informalidad en la economía colombiana, se da un retroceso en los indicadores sociales básicos, especialmente desde 1996-1997, reactivando una situación de pobreza y exclusión, que llega a convertirse en un factor desencadenante de la salida de trabajadores colombianos hacia los mercados laborales de Estados Unidos y Europa, especialmente a España.

Esto explica que la migración colombiana al exterior se inicie a partir de 1996, como una búsqueda de oportunidades para tener una vida digna y de alternativas, tanto a nivel individual como colectivo, para superar situaciones de exclusión y pobreza; siendo España uno de los destinos preferentes, debido a sus características, desarrollo económico y social.

ESPAÑA COMO ESCENARIO DE MIGRACIÓN COLOMBIANA

España no solo ha sido un destino escogido por los colombianos, sino por colectivos de diferentes nacionalidades, por los cambios y transformaciones que ha tenido en las últimas décadas. En los años setenta, España enfrenta una transformación política y en los años ochenta, un desarrollo económico, debido a su reincorporación a la Unión Europea. Cachón (2002) explica que los fenómenos demográficos, tales como el envejecimiento de la población, la mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral y el aumento del nivel educativo de la población española en edad de trabajar, han dado lugar a la creación de “nichos de trabajo” de baja aceptabilidad para los nacionales.

El desarrollo económico de España conlleva a la transformación, no solo de la estructura económica sino también social, surgiendo oportunidades de empleo que crean una alta demanda de trabajadores, destacándose el sector de la construcción, servicios y agricultura, generando un proceso creciente de dualización del mercado de trabajo. El desajuste entre el deseo de trabajar de los autóctonos, el incremento de la mano de obra y la política migratoria española incentiva el ingreso de otros países al mercado de trabajo español en actividades como el servicio doméstico y el cuidado de ancianos y niños, como es el caso de países de Latinoamérica (Aparicio y Roig, 2005).

La llegada sostenida de inmigrantes y su instalación en España suponen una transformación social profunda con grandes implicaciones. Según cifras de enero de 2006, un 8,5% de la población total del país es extranjera y uno de los flujos migratorios que en tiempos recientes ha contribuido a este aumento es el de los colombianos, quienes emigran en búsqueda de mejores opciones de empleo.

Lo anterior explica que los cambios que ocurrieron en España a partir de 1986 en su desarrollo económico y social, como la organización de la producción y la reestructuración del mercado de trabajo, demanda una necesidad de mano de obra extranjera, en este caso trabajadores colombianos, que acepta cargos no ocupados por los españoles, con bajas remuneraciones para cubrir las demandas de la tercerización de los centros urbanos y las transformaciones de los sectores agrícolas (Pedone, 2006, citado por Cruz, 2007).

LA INMIGRACIÓN COLOMBIANA A ESPAÑA

La migración colombiana es un proceso cuya intensidad ha venido en aumento desde los años sesenta, caracterizándose por las “oleadas” hacia Venezuela, Estados Unidos, Ecuador y España, como síntomas del conflicto interno y de la crisis económica que afectaba a Colombia. La situación económica y social de España se convierte en un factor de atracción para el colectivo inmigrante colombiano. Además, fuentes primarias revelan que España ha sido uno de los destinos preferentes en el periodo 2001-2005.

Entender el fenómeno de la migración colombiana implica retomar las causas sociopolíticas y económicas de Colombia, pero también las condiciones del país de destino como lo es España, ya que la migración es “un conjunto dinámico que vincula las condiciones de la sociedad de origen con las particularidades de la sociedad de destino y que subraya la articulación de flujos humanos considerados individual y socialmente”.

Para comprender el proceso migratorio de personas colombianas hacia España durante la década 1996-2006, se ha procedido a tomar datos de fuentes primarias como el Anuario 2003 del DANE, el DAS y la OIM; el Anuario Estadístico de Extranjería, el Censo de Población de 2001, el Padrón Municipal y la Estadística de Variaciones Residenciales (EVR). Estas fuentes permiten, además, elaborar una tipología de los inmigrantes, junto a los aportes de estudios realizados por autores, como: Diez (2006), Cárdenas y Mejía, citados por Cruz (2007), quienes en sus investigaciones destacan que en el periodo 1996-2000, hay una aceleración sin precedentes en los flujos migratorios (aproximadamente 2 millones, según el DAS) de sectores de clase media y alta. Los destinos principales son Estados Unidos, España, Venezuela y en menor grado, Inglaterra, Ecuador, Canadá, Francia, México y Costa Rica, por razones de deterioro de las condiciones económicas y de seguridad interna del país.

Según datos del DANE (2006), entre el año 2001-2005, los países a los que emigraron los colombianos fueron: España (29.1%), Estados Unidos (27.09%), Venezuela (17.3%) y Ecuador (4.4%), lo que significaba que 3'331.107 personas estaban viviendo en el exterior (Garay, 2007).

TIPOLOGÍA DEL INMIGRANTE

Diferentes fuentes primarias y secundarias permiten explicar las causas y origen geográfico, razones por las cuales se emigra, además de la edad, sexo, nivel educativo, tipo de hogar y sector de actividad en que inmigrantes se desempeñan en España. De acuerdo con Garay Rodríguez (2005), España ha sido considerada como destino preferente por los colombianos por las condiciones accesibles de adaptación, como la lengua y las costumbres; la emigración a dicho país se presenta como alternativa en la búsqueda de mejores oportunidades laborales a causa de la crisis económica y social experimentada en Colombia. Según fuentes del DANE (2007), los colombianos que emigraron antes del año 1997 al exterior, en su mayoría proceden del Departamento del Valle del Cauca (23,1%), Bogotá (17,6%), Antioquia (13,7%), Risaralda (6,9%), Atlántico (5,8%) y el resto de las zonas del país, en un 32,9%. Esta localización geográfica tiene una explicación social, al ser ciudades donde se evidencia un índice de mayor calidad de vida (ICV) y un menor índice de exclusión social; pero en el año 1997, estos departamentos experimentaron la situación contraria, presentándose altas tasas de paro y fenómenos que agudizaron su situación económica como el narcotráfico, el conflicto armado y la recesión económica de 1998-1999.

En el caso de España, en 1997, los colombianos proceden de los departamentos del Eje cafetero como Risaralda (Pereira y Dosquebradas), en un 8,9%; Quindío (6,75%); el Valle del Cauca (Bugá, Cartago y Palmira), en un 6,38%; Caldas (3,53%); Antioquia, en un 2,79%. Para el caso de la Comunidad de Madrid (CM), lo constituyen los procedentes de Risaralda y Valle del Cauca. A partir de este año, la situación económica cambia en estos departamentos, presentándose desempleo, bajos salarios y ausencia de oportunidades a nivel individual. Algunos colombianos toman la decisión migratoria al contar con sólidas redes previas que estimulan y facilitan el desplazamiento de sus compatriotas y amigos hacia España (Garay, 2002, p. 44).

Se ha encontrado en diferentes estudios (Cruz, 2007) que los colombianos emigran por razones diversas y esto hace que existan diferentes colectivos de población, entre los cuales están los inmigrantes por motivos laborales, quienes salen en búsqueda de mejores alternativas de vida. En la CM, se encontró que un 75% de 3000 colombianos tenía este motivo para emigrar. Estos son atraídos por la demanda de mano de obra que se observa en España a partir de 1995, por el gran crecimiento de su economía y la mayor incorporación de la mujer al mercado laboral. Además, existen inmigrantes por razones familiares, que salen en casos de reagrupaciones o reunificaciones (25%). Según datos estadísticos, en 1998, se resolvieron

121 permisos de residencia por reagrupación familiar, cifra que representa apenas el 0,87% del total de las reagrupaciones concedidas en ese año a todas las nacionalidades. En la Comunidad Autónoma de Madrid, CAM, cerca del 18% de hogares colombianos han experimentado un proceso de reagrupamiento familiar.

Los inmigrantes por motivos de estudio emigran para realizar estudios de pregrado y postgrado; en su mayoría, emigran profesionales universitarios en un 5%. (Cruz, 2007). En relación a la situación de los inmigrantes colombianos que permanecen en España por razones de estudio, hay que indicar que apenas se ha podido precisar su situación. Para la década 1996-2005, se incrementa el número de inmigrantes con autorización de estancia en las cinco comunidades autónomas, encabezando Cataluña, seguida de Madrid, Valencia, Castilla y León y Andalucía.

Los inmigrantes por refugio y asilo emigran por razones políticas y por el peligro que corre su seguridad en Colombia, llegan en busca de asilo y refugio. En investigaciones en la CM, se encontró que un 4,2% se refirió a la violencia y la inseguridad como la principal razón que los impulsó para abandonar Colombia. En 1999, fue la quinta nacionalidad al registrarse 803 peticiones, lo que representa 9,55% del total de peticiones recibidas en ese año. En 2005, Colombia fue el tercer país de donde más procedieron las peticiones de asilo que llegan a España, con un total de 1.655 peticiones, número que representó un aumento de 39,15% con respecto al año 2004 (Comisión Española de Ayuda al Refugiado, CEAR, 2005. p. 10).

Se ha encontrado que la población colombiana es potencialmente activa. En 2001, se identificó que el 80% de los colombianos tenía entre 16-64 años, era una población sobre todo femenina en un 59,88%, frente a un 40,12% de los varones. Según datos del Instituto Nacional de Estadística en España, INE, (2007), hay un 59,9% de mujeres frente a un 40,6% de varones, lo cual demuestra que el colectivo mayoritario son las mujeres y que es una constante que se mantiene en el tiempo (Díez, 2006, p. 7). En la CAM, las mujeres representan el 56% de todo el colectivo colombiano, observándose además una tendencia progresiva hacia una mayor feminización, sobre todo entre quienes llegaron después del año 2000 (Garay, 2006, p. 41). Según el autor, uno de los factores que atrajo a este colectivo fue la oferta laboral de España en servicio doméstico, atención a personas mayores, dependientes en servicio de hostelería y otros servicios personales.

En cuanto a la distribución por grupo de edad, la mayor concentración de la población de mujeres se encuentra en el rango de 25-34 años y en los hombres es de los 35-49 años. Esto igualmente tiene que ver con el periodo de llegada a España: los que llegaron antes del año 2000 tenían entre 20 y 34 años, y, con el avance del tiempo, ingresan inmigrantes entre los 16 y los 19 años, por cuestión de reagrupación familiar.

Según la ENI (2007), el 23 % de los colombianos varones en España tiene un nivel educativo de segundo grado, el 20% tiene estudios de primaria básica, el 59,6% de primero y segundo ciclo de secundaria y el 17,3% de educación superior. En el caso de las mujeres: 19,8% han realizado estudios de primaria básica,

63,6 % de primer y segundo ciclo de secundaria y 16,6% de educación superior (González y Tapia 2009 p. 168). Esto demuestra que el nivel educativo de las mujeres es más alto que el de los hombres, a nivel de estudios de secundaria; en cambio, en los otros grados de formación son similares.

El hogar familiar de tipo nuclear es el más predominante en colombianos, en un 48,9%; posteriormente están las parejas sin hijos y hogares monoparentales, en 16,2%; los hogares sin núcleo familiar se presentan en 10,5% y los hogares unipersonales en un 3,6%. El lugar de residencia de los hijos de los inmigrantes adquiere interés por su relación con las estrategias migratorias y familiares, unido al deseo de continuar su permanencia en el país de acogida y la reunificación familiar. Según la ENI (2007), el 53% de los hijos menores de 15 años residen en el mismo hogar que sus padres y el 14% no vive en el mismo hogar que el padre o la madre, pero vive en España. Describe que dos tercios de los hijos menores están en España y comparten el proyecto migratorio de sus padres, evidenciando la permanencia y estabilidad del proyecto familiar migratorio (González y Tapia, 2009, p. 173). De acuerdo a los datos de esta fuente, el 18,3% de los inmigrantes colombianos en España es propietario de una vivienda; el 60,1% vive en régimen de alquiler. El uso y la tenencia de la vivienda pueden variar según el tiempo de permanencia en España. De los que llegaron antes de 1999, un 41% son propietarios, el 40% vive de alquiler y solo un 17% en viviendas cedidas, situación que se invierte en años posteriores, teniendo una mayor proporción los que viven en alquiler. Además se observa una movilidad ascendente entre la primera vivienda y la actual: en el caso de los que llegaron entre 1999 y 2002, el 41,2% pasó a ser propietario de la vivienda actual, un 44,9% de los llegados entre 2003 y 2007, cambiaron a alquiler.

Según Díez (2001), con datos del Censo (2001), la población colombiana ocupada alcanza el 50,16%: 79.341 personas. Principalmente trabajan en trabajos no cualificados (38,5%): comercio, restauración, personales, protección y vendedores en un 21%. Para el año 2004, 77.773 colombianos estaban empleados en servicios (73%), construcción (15%), industria (7,5%) y agrario (4%). Algunos han iniciado un salto hacia los trabajos de oficina, aunque sólo a los grupos inferiores, subalternos (2,7%) y auxiliares administrativos (8,4%). El porcentaje mayor de trabajadores colombianos ocupa las categorías bajas del régimen general, trabajando como peones (27,2%), oficiales de tercera (17%), y oficiales de segunda y primera (16,4%), así como empleadas de hogar (14,3%). Las mujeres se encuentran en una situación más favorable que los varones: un 8,7% frente a un 7,3% en la categoría más alta, 26,4% frente a un 13,6% en las categorías intermedias y 59% frente al 73,6% en las categorías más bajas (González y Tapia, 2009, p. 179; ENI, 2007).

De acuerdo a las características presentadas del inmigrante colombiano, se puede encontrar que es uno de los colectivos más numerosos en España y su experiencia apenas llega a 10 años. Las razones por las que emigraron obedecieron a factores políticos, sociales y económicos de Colombia, pero también a factores de atracción que España ofreció a nivel de oferta de demanda de mano de obra en diferentes sectores.

Toda esta descripción permite focalizar que la inmigración colombiana es femenina mayoritariamente y que esta se encuentra trabajando en el servicio doméstico. Se trata de una población activa entre los 30 y 45 años de edad. El tiempo de mayor flujo migratorio explica que el periodo seleccionado sea a partir del año 2000, en el que existe una alta demanda de mano de obra en el sector servicios en España y cuando las situaciones coyunturales internas en Colombia se agudizan, siendo la decisión de emigrar una opción para superar esta situación.

IDENTIDAD Y PRÁCTICAS SOCIOCULTURALES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La migración compete prácticas socioculturales dentro de diferentes escenarios en los que los nuevos habitantes se incorporan a la sociedad receptora: pueden llegar a ser permeables, pero también excluyentes; se dan lugares de encuentro, de acomodo, de confrontación o de resistencia, de aceptación cultural o de rechazo, y se pueden confrontar las dinámicas y procesos que conducen a la creación de identidades urbanas plurales, locales o globales. La pertenencia local y los tránsitos a partir de los espacios constituyen una herramienta para la creación de nuevas pautas culturales desde una identidad que emerge de prácticas cotidianas y de nuevas políticas sociales que tengan más apertura que limitación de fronteras.

Por ello, la construcción o reconfiguración de identidades en la población migrante desde una diversidad cultural es un proceso complejo y dinámico que se apoya en referencias interculturales de negociación entre identidades locales y transnacionales. Aquí el Estado juega un papel preponderante como el facilitador de dicho proceso, tanto en el sector público como en el privado, ante una oferta de mercado que demanda recursos y ante entidades académicas, comunitarias, empresariales, que buscan su reconocimiento e incorporación de un multiculturalismo cultural.

Para comprender la identidad en el migrante es necesario llegar a la concepción de ser humano como producto de la interacción individuo-sociedad: que los sujetos se hacen personas dentro de una serie de sistemas sociales por medio del lenguaje como herramienta mediadora, según lo plantea la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico. Igualmente se aborda la identidad dentro del contexto de las migraciones como “el producto de una respuesta temporal y estratégica del inmigrante a las nuevas comunidades con las que se encuentra dentro de una sociedad multicultural” (Diez, 2001).

Mead (autor citado por Fernández, 2001), explica que la identidad surge de instancias que hacen posible el encuentro: igualdad-diferencia, social-personal y los procesos implicados en su desarrollo, tanto externo como interno. En cuanto a la dimensión igualdad-diferencia, afirma que la identidad separa y diferencia a los objetos que son iguales de los que no son; la relación que se establece entre ellos es de diferenciación, es una relación contextualizadora que sirve para ordenar y clasificar a los objetos dentro de su entorno, ahora por medio de relaciones diferenciadoras.

Cuando un individuo o colectivo se identifica o es identificado, tiene lugar una acción inicial de establecer relaciones sistemáticas de similitud o diferencia entre individuos, entre colectivos o entre ambos. Por ello, la identidad es la comprensión de “quienes somos, quienes son los otros, la comprensión que los otros tienen de ellos mismos y de los otros, entre los cuales nosotros estamos incluidos”. En los planteamientos mencionados por el autor, se observan tres niveles de interrelación: un nivel intrasubjetivo, que considera la identidad como un constructo socio psicológico que recoge las influencias sociales a través de procesos de imitación y de identificación, una activa autoconstrucción y creación de lo que es importante para sí mismo y para los otros. En un proceso migratorio, donde se está frente a un cambio con claras raíces sociales, el sujeto debe adaptarse a otra cultura y a un nuevo rol, pero esa adaptación supone una crisis, que tiene que ver en lo personal y, sin duda, va originar cambios en la identidad del individuo.

Otro nivel es el intersubjetivo, el cual se da en las interacciones sociales, donde los individuos se presentan unos a otros, se informan de quiénes son, cuáles son sus expectativas y qué van a hacer para conseguirlas. Cuando un individuo aparece ante otros, proyecta consciente e inconscientemente una definición de la situación, en la cual el concepto de sí mismo constituye una parte esencial. La frontera entre lo interno y lo externo es el territorio donde se definen y negocian las identidades.

Y, finalmente, el nivel sociocultural, que se refleja en la comunidad al converger los planos inter e intrasubjetivos; el ser miembro de una comunidad depende de la construcción simbólica, de la significación y de las marcas de similitud que todos los miembros portan al sentirse, además, protegidos en las organizaciones e instituciones (Berger y Lukmann, autores citados por Fernández, 2001).

Estas dimensiones dejan ver cómo la identidad y su relación con la adicción es un proceso de interrelación entre lo interno y lo externo, definen las percepciones y representaciones que se hacen las personas de sí mismas y que las separan de los demás, y una identidad social, que contextualiza a las personas y colectivos dentro del entorno social en el que se encuentran, la cual emerge en las relaciones sociales que mantienen los grupos. Este es el caso de las personas adictas, quienes se identifican con un patrón cultural para la asimilación e incorporación en nuevos sistemas sociales, donde luchan contra la discriminación, xenofobia y exclusión social, actos individuales como colectivos que surgen de un proceso en el que el agente advierte, interpreta y enjuicia las situaciones con las que tropieza. De esta forma, se destaca la relación en-

tre lo social y lo individual (Mead, autor citado por Fernández, 2001), las diferencias y similitudes; igualmente el hecho de comprender la interpretación que hacen los inmigrantes de estas prácticas adictivas desde los significados y valoración que ellos les otorgan.

La adicción, como una “construcción social”, tiene que ver con lo igual y lo diferente, con lo personal y lo social, con lo común que se tiene con unas personas para favorecer procesos de inclusión, aceptación y confirmación de sus miembros, fortaleciendo la colectividad (Onghena, autor retomado por Nash, 2005). Esto explica su valoración positiva cuando se hace parte; pero cuando esto no ocurre, genera desde afuera una crítica negativa y desvalorizante de ellos, los “adictos”. La elaboración de esta identidad positiva con la adicción hace que exista una necesidad de colectivo, de agruparse, de reconocerse como parte de, para evitar ser excluidos, estigmatizados y rechazados. Esta visión contribuye a fortalecer el territorio íntimo (individualidad) y de cohesión (colectividad), haciendo de los otros el equivalente de un reverso negativo asegurador. La noción del “nosotros” es un sinónimo de categoría de pertenencia que corresponde a un conjunto de comportamientos, actitudes y opiniones en materia familiar, profesional, religiosa y política, y específicamente frente al consumo de sustancias psicoactivas.

El autor Barker (2003) afirma que las identidades son contradictorias, se atraviesan o dislocan unas a otras, igual que sus componentes en ciertos aspectos; es decir, un componente puede dominar sobre otro, uno puede ser negativo, otro positivo, un componente puede dominar sobre otro, uno puede ser negativo, otro positivo, su valoración depende de las identificaciones que se establezcan y del contexto en que surgen. Esto se evidencia en cómo la adicción puede ser significada como la compensación de las frustraciones generadas en un proyecto migratorio, como el no cumplimiento de metas personales, familiares y sociales, que van desde el no haberse incorporado a un nuevo país hasta una situación de desempleo, de irregularidad, en el caso de aquellas personas “sin papeles”, separaciones afectivas, entre otros. Estas identidades se definen en y por las interacciones en el seno de un sistema instituido y jerarquizado, como la familia, la comunidad o el Estado. Es en estos sistemas donde se construye “una identidad comunitaria” a través de las relaciones entre las generaciones, las trayectorias de los individuos, las crisis y, a veces, los dramas que acompañan y definen las identidades personales” (Dubar, 2000). Esto hace interesante poder estudiar la relación entre identidad y las prácticas de consumo dentro de una trayectoria migratoria, en una dinámica relacional, con cambios para las personas que dejan su país de origen y se introducen a un país nuevo.

IDENTIDAD Y PRÁCTICAS DE CONSUMO EN UN PROYECTO MIGRATORIO

Estudiar la identidad en la trayectoria migratoria de las personas implica comprender cambios, conflictos con el entorno y crisis, que provocan una toma de conciencia y de necesidad de definición o de redefinición de lo que es la identidad, al ocurrir cambios rápidos en referencias (símbolos, situaciones, roles asignados), que conllevan a nuevas funciones sociales y nuevas identidades para los inmigrantes.

Marcia (autor citado por Fernández, 1994), en sus estudios sobre identidades con grupos étnicos, refiere que la identidad es el resultado de una sociedad moderna, en la que la complejidad, el anonimato y la movilidad se reflejan en los inmigrantes, determinando su identidad en función del orden institucional en el que se encuentran inmersos. El desarrollo de la identidad de los inmigrantes está determinado por las formas de integración, por las interacciones que establecen, por la apropiación de modelos o estilos de vida, así como la elección de roles y papeles en la nueva sociedad. Esto conlleva a un enfrentamiento en el momento de integrar su identidad con la identidad de la sociedad receptora y más cuando existe una toma de conciencia de las diferencias sociales y culturales con su país de origen.

Por otro lado, las exigencias del nuevo medio hace que sea necesario adoptar nuevas perspectivas que entran a menudo en contradicción con los esquemas interpretativos de la realidad que le había dado su cultura y su sociedad de origen; por ello los inmigrantes se ven obligados a resolver esta tensión integrando esas formas distintas de ver el mundo y actos individuales y sociales como la adicción. Para comprender cómo puede configurarse la identidad en las prácticas de consumo, se retoma lo que plantea el autor Fernández (2001) en relación a las fases en la trayectoria migratoria:

En la fase de *indiferenciación*, la identidad está poco concienciada, el conflicto con el medio no se ha producido, no hay conciencia de diferencias. En esta fase, con esos primeros deseos de incorporación al país de destino, es en la que se puede tener una imagen idealizada del mismo y de las oportunidades que este le va a brindar; así mismo, no se dimensionan los riesgos sociales ni los costos psicológicos y afectivos que implica esta decisión.

En la fase de *diferenciación*, el inmigrante va tomando su nueva situación identitaria, proceso que va desde la percepción de la discriminación hasta la toma de conciencia de sus diferencias étnicas, culturales y personales, al vivir los límites que se le imponen en el nuevo entorno, con los que se va demarcando y diferenciando continuamente. Comprende, además, los primeros momentos de adaptación, en los que la identidad propuesta por el exogrupo conlleva a situar al inmigrante trabajador con poca cualificación bajo el sometimiento a todo lo que se le imponga, reflejando identidades en la vida cotidiana, en las conductas que

el inmigrante adapta a una situación u otra dependiendo de las exigencias del medio, que puede ir desde un marco normativo rígido solo para inmigrantes hasta condiciones de explotación al ser mano de obra negra que no tiene documentación y que se expone a estar en contextos donde se consuman sustancias para adaptarse.

En este punto, la identidad depende de un proceso de elaboración y negociación entre lo interno y externo, y de un proceso de toma de decisiones inmediato, lo cual explica que muchas de las actitudes, pensamientos y afectividad hacia el ser consumidor de sustancias psicoactivas dependan de la situación en que se encuentren los inmigrantes y de las prácticas sociales que se establezcan en el país de origen y destino, puesto que muchos de ellos llegan con grados de adicción, desde ser usuarios esporádicos hasta ser abusadores dependientes de las sustancias psicoactivas.

Es claro cómo la identidad adquiere una función instrumental en el caso del consumo de sustancias psicoactivas en los inmigrantes, al estar orientada a las relaciones con el otro, a las interacciones sociales más públicas, y al tratarse de estrategias que se utilizan para la incorporación de valores, ideologías del grupo mayoritario y para poner en marcha formas de actuación en lo personal, para conseguir los cambios exigidos por la cultura dominante e intentar introducirse en el grupo mayoritario. Son estrategias asimilacionistas e instrumentalizadoras al aplicarlas en la cotidianidad.

La reconstrucción es otra respuesta que los inmigrantes utilizan para recomponer y readaptar su estructura de identidad a la nueva identidad, pasando de un simple cambio semántico de significados negativos en positivos, por una acción colectiva de presión social hasta llegar a una recomposición de la identidad nueva, nacida de la interacción con otros que no consumen, como una forma de evitar su aparición o de disminuir el riesgo de recaer en dicho acto adictivo. Otras estrategias utilizadas son: el rechazo, cuando perciben descalificaciones del grupo mayoritario y responden a la confusión y exigencias de la cultura mayoritaria con reacciones defensivas y violentas; y la resolución, cuando se produce un ajuste y una acomodación a las condiciones del país de recepción, que da cierta estabilidad en su forma de vivir y entenderse a sí mismos.

Todo lo anterior permite ver que las prácticas de consumo se definen como una construcción social desde el entramado de relaciones en el que surgen; así mismo, como la relación que existe con la identidad y experiencia migratoria, al comprender experiencias, percepciones, cambios y estrategias que los inmigrantes utilizan para enfrentar las situaciones nuevas con las que se encuentran durante su proyecto migratorio en la sociedad receptora. Estos postulados que plantea el interaccionismo simbólico desde la relación entre el individuo y la sociedad, permitirán explicar las prácticas de consumo como son las interacciones, pautas de sociabilidad y dinámicas de intercambio cultural, desde el discurso de los inmigrantes en la sociedad receptora, siendo el lenguaje un elemento mediador para la integración, la inclusión y la incorporación.

LA IDENTIDAD, PRÁCTICAS DE CONSUMO Y ESPACIOS

Según los anteriores autores, todas las identidades humanas son identidades sociales y las personas están preparadas para actuar en función del significado de los objetos que configuran su mundo como los espacios. Entender la identidad y la relación con la adicción como una práctica sociocultural involucra otros actores sociales, además de la familia, como los grupos étnicos, asociaciones, comunidades en origen y destino. Por ello es importante contextualizar la adicción dentro de una trayectoria migratoria, el espacio donde los inmigrantes se relacionan, construyen y crean en un contexto de diversidad cultural a través de la adicción. Esto nos remite a hablar de vínculos que se tejen en los dos lugares, es decir de la existencia de una identidad local o transnacional (Mato, citado por Moraes, 2007).

La identidad local corresponde a la identidad que el inmigrante construye hacia una localidad (barrio, municipio) por rasgos culturales, lengua, pautas y comportamientos; así mismo, por la valoración de los espacios y objetos del entorno, desde lo físico hasta lo social. Esta identidad también la construye cuando siente que se respetan sus opiniones y decisiones, es común a los vecinos de un determinado lugar y diferente al de otros lugares. Esta identidad se expresa mediante símbolos, discursos, uso de los espacios y participación en los mismos. La consolidación de esta identidad está en relación con el tiempo, experiencia migratoria, encuentro con otros (autóctonos, extranjeros, inmigrantes) y el reconocimiento que reciben en dichas interacciones (Moraes, 2007).

La identidad local considera una dimensión espacial para poder analizar la integración de redes sociales y comunitarias, y la participación, en el marco del espacio de lo local. La identidad se considera como necesidad de la población, que requiere desarrollar un sentimiento de pertenencia ante la disolución que supone la globalización y, en segundo lugar, como necesidad de los gobernantes para asegurar la gobernabilidad y mostrar una imagen positiva de la ciudad para la atracción de inversiones (Domínguez, 2003).

Dado que las comunidades han cambiado y se han expandido las redes que las constituyen, algunos ciudadanos se sienten miembros de otras comunidades desarraigadas respecto del territorio. De este modo, la identidad se revela como algo que es preciso estimular y redefinir, ante las imágenes que se crean y la necesidad de relocalizar a la población en lo cotidiano. Cuando se estudia la adicción, se hace necesario comprender las representaciones que hacen los inmigrantes de su identidad y los mecanismos a través de los cuales las reproducen, donde la identidad parte de la articulación entre “el afuera y el adentro”, nociones referidas por el autor Caetano (autor citado por Moraes, 1992).

Según el autor, las nociones de el/los adentro y el/los afuera se reflejan en las prácticas asociadas a estas, que toman forma y construyen una identidad local y transnacional. Dicha identidad se ha procesado históricamente como fruto de una articulación muy peculiar entre el afuera y el adentro, siendo estos aspectos que se tendrán en cuenta dentro del discurso de los habitantes de un espacio físico y social.

En la identidad transnacional es importante tener en cuenta la diferencia entre “las formas de ser y de pertenecer” (Levitt y Schiller, autoras citadas por Moraes, 2007) al distinguir las relaciones y las prácticas sociales que tienen los inmigrantes. En algunos casos, ellos y ellas pueden tener muchos contactos sociales con la gente de su país de origen, pero no identificarse como alguien que pertenece a su país, participando así en las formas de ser, pero no en las de pertenecer.

Esto permite comprender que las prácticas de consumo de sustancias psicoactivas se perpetúan a través de las interacciones, pautas de sociabilidad e intercambio cultural que los individuos sostienen con su comunidad de origen (familia, amigos, colegas), en mayor o en menor intensidad, superando las barreras físicas, las fronteras y el espacio local en otro país. Las prácticas se comprenden a lo largo de la trayectoria migratoria, puesto que la identidad se construye en la medida en que los inmigrantes avanzan hasta generar pertenencia a la comunidad de destino, paralelamente a la consolidación de la identidad hacia su país de origen.

Para hablar de interacciones, según las autoras, es necesario entender que los inmigrantes construyen relaciones a través de los contactos personales en espacios concretos, específicos para cada una de las interacciones que establecen. Al relacionarse tejen redes sociales en espacios concretos y al reconocerlos, simbolizarlos, utilizarlos y apropiarse de ellos, se construye un marco cultural. De igual manera, las redes sociales producen conocimientos que, junto a los valores y creencias, contribuyen a la forma de ver el mundo, a la manera de interpretar la experiencia personal, a dar significado a las distintas clases de conocimiento; y es en el espacio concreto donde hay posibilidades de hacer, conocer, entrar en contacto con otros. Este intercambio es dinámico y cambiante, incidiendo en comportamientos, valoraciones, ideas y formas de relación con el espacio.

En cuanto a las interacciones de los inmigrantes entre las diferentes comunidades, se puede observar en el estudio “Inmigración latinoamericana en la Comunidad Valenciana”, realizado por Díez (2001), que el barrio donde se reside incide en las relaciones sociales que establecen: si el barrio donde se reside está compuesto por población en situación de exclusión social, se está propenso a vivir posibles relaciones con población en condiciones de adicción de manera más fluida. Por el contrario, un barrio formado mayoritariamente por un colectivo inmigrante determinado, normativo, pero a su vez con un carácter diferenciador socialmente, no facilitará que se produzcan prácticas adictivas y esto puede dar lugar a que exista segregación espacial y conformación de ghettos, o grupos de los que consumen, en contextos específicos.

Según los autores Pérez, Tejerina y Barañano (2010), las prácticas espaciales en los inmigrantes determinan una identidad a través de las interacciones entre diferentes colectivos: autóctonos y extranjeros, y organizaciones, donde se originan las pautas de mediación, intercambio y conflicto. Pero el espacio es el escenario donde estas prácticas cobran sentido, en la medida en que los viven, los usan, y en que tienen un valor simbólico, un sentido de reconocimiento, al proporcionar cercanía y familiaridad, aspecto en el que podrían abordarse las prácticas de consumo.

Los autores mencionan que el efecto de la globalización puede incidir en la confluencia de los colectivos de inmigrantes en ciertos sectores, por la atracción que tienen estos barrios para ellos, ya sea por proximidad a su lugar de trabajo, a sus redes étnicas, familiares y sociales o por ser accesibles a su nivel de ingresos. Igualmente ocurriría con la confluencia en espacios, tanto públicos como privados, si estos facilitan actividades, intereses, hobbies, desarrollo de tareas cotidianas y prácticas de consumo.

Otro tipo de práctica social son las dinámicas que se presentan en el espacio, en este caso en el barrio, dentro de un ámbito urbano. Al hablar de dimensión se refiere desde donde se ve el barrio; para este estudio, se comprenderá una dimensión social y las dinámicas que establecen los inmigrantes, como son: formas de vivir el barrio, de habitarlo (De Certeau, autor citado por Pérez, 1990). Según el autor, se trata de ir más allá de un mapa geográfico, de límites y fronteras, de una estructura física, para enmarcarlo en un espacio que es singular en sus límites y cambiante en sus contenidos, de acuerdo a las representaciones y la identidad que se construya.

Se considera una perspectiva de concepción del espacio que se ha desarrollado en los imaginarios y prácticas de sus habitantes: ¿Quiénes son del barrio? ¿Quiénes tienen derecho a decidir sobre el barrio? Los vecinos tienen una posición poderosa que los legitima para hablar de identidad: “que es de aquí”, al ser los agentes activos que deciden la identidad del barrio (Pérez, 2007). Según el autor, la identidad es parte de la configuración espacial de un barrio, que aparece como la estructura que condiciona los procesos de integración social; por ello, se tomará la definición de barrio como “el hábitat de lo social”, que visibiliza diferencias, similitudes y produce imaginarios y discursos en sus habitantes, que dan cuenta de las lógicas sociales tanto de autóctonos como de inmigrantes.

Los desplazamientos en el barrio responden, según el autor, a un recorrido físico-imaginario en el que incide el proyecto migratorio desde el origen hasta la llegada al barrio, pasando por el asentamiento hasta el uso del mismo. Estos desplazamientos reflejan la interrelación de diferentes prácticas y discursos en el espacio desde su evolución temporal, mediante el análisis del proyecto migratorio, de las estrategias de integración y de los imaginarios del barrio que se reflejan en las prácticas cotidianas.

La inmigración es un aporte de diversidad a la noción proyectiva del barrio; por esta razón, la imagen de este está protagonizada por los nuevos vecinos (los de aquí y los de allí), quienes se integran en un espacio de diversidad cultural, conformado por los autóctonos y otros inmigrantes; además, ofrece múltiples opciones para trabajar, para vivir, para el ocio y tiempo libre, escenarios recreativos para consumir como son los sitios deportivos, públicos.

En cuanto a las pautas de sociabilidad y dinámicas de intercambio cultural dentro de las adicciones, podría pensarse que ocurren cuando el inmigrante, al entrar a una comunidad y sociedad distinta, construye nuevas pautas identitarias, sociales y culturales. Toda construcción identitaria se fundamenta en la experiencia personal y su desarrollo depende del enfrentamiento que sucede con experiencias nuevas que puedan derivarse de los contactos sociales y culturales heterogéneos en los espacios que ofrece la ciudad (Sennett, autor citado por Castro, 1996), tales como las drogas en escenarios recreativos.

Al llegar a la ciudad, los inmigrantes pueden encontrarse con un contexto de diversidad cultural que los lleva a crear “microclimas culturales” que, según el autor Delgado (1998), les permite reorganizar elementos de su tradición de origen para incorporar los nuevos elementos de su contexto receptor. Algunos buscan conservar fidelidad a formas de sociabilidad y pautas culturales que traen consigo, lo que les permite controlar las situaciones nuevas a las que tienen que adaptarse. Otros rompen con esquemas normativos para experimentar más libertad, autonomía y vencer la represión externa, optando por asumir patrones de consumo de la sociedad receptora. Al mantener dichos patrones, los inmigrantes cuentan con recursos personales para enfrentarse a situaciones de explotación y marginación. Por otro lado, les permite hacer un reconocimiento mutuo entre inmigrantes y autóctonos, para crear espacios de vida común y se les asigna un papel en la organización global de la ciudad. La experiencia urbana del inmigrado evidencia la red de relaciones con familiares y de vínculos entre compatriotas en el espacio donde se encuentra asentado.

Igualmente, el autor señala, que paralelamente a la diversidad cultural que se genera por comunidades procedentes del exterior, ocurren procesos de heterogeneización, específicamente urbanos. Nuevas etnicidades se estructuran en torno a la música, la sexualidad, la ideología política, la edad, las modas o los deportes; cada una con un estilo propio de entender la experiencia urbana. Los adolescentes se agrupan mucho más en función de aficiones musicales o de tendencias de la moda: los heavies, los modos, los punks, etc. se han convertido en auténticas etnicidades urbanas, organizadas en función de una identidad que tiene una base esencialmente estética y de puesta en escena; por su parte, los adultos lo hacen en torno a la ocupación, actividades cotidianas, gustos e intereses (deportes).

Estos grupos, que definen identidades colectivas, prefieren espacios públicos para escenificar sus acciones, donde el colectivo reclama y obtiene el derecho a ocuparlo. Esto se ve claramente en las fiestas organizadas en plazas o parques con el fin de hacer demostraciones folclóricas y que remiten a la tradición cultural considerada autóctona del país o de la región de origen. En las sociedades urbanas, el intercambio

cultural entre los inmigrantes y los diferentes colectivos se da gracias a los espacios públicos, es decir, espacios democráticos: la calle, pero también la escuela, el mercado, la participación democrática, los sistemas de comunicación, la información, la ley, etc. Por eso se considera importante conocer lo que son los espacios públicos y su relación con las prácticas de consumo (Borja 2003). También hay un repliegue de la sociabilidad en el espacio doméstico, resultado de la valoración de la intimidad ya apuntada por Sennet (autor citado por Aramburu, 2008). Por otro, hay una privatización de la sociabilidad en lugares de consumo, como bares y restaurantes, centros comerciales, clubes deportivos, etc., situación que hace que dichas prácticas de consumo están privatizando, a la vez que mercantilizando, reduciéndose a espacios socialmente homogéneos y haciendo cada vez más improbables los encuentros con gente socialmente diferente.

Se ha encontrado que los que más usan los espacios públicos son los que no tienen un espacio privado en condiciones ni medios para acceder a lugares privados de sociabilidad, como jóvenes, homeless (personas sin hogar), inmigrantes, clases medias. Los inmigrantes usan el espacio público de una manera bastante más intensiva que los autóctonos. Por eso, en los barrios donde viven inmigrantes, parece muchas veces que hay más de los que realmente viven: están mucho más presentes en la calle. De acuerdo a este concepto, se podría decir que la aglomeración en la calle compensa las restricciones en el acceso y disfrute de otro tipo de espacios donde la mayoría de la población autóctona desarrolla actividades de ocio y sociabilidad. También el hecho que algunos espacios como instalaciones deportivas son de pago y que en algunos sitios, como bares, discotecas, centros comerciales, que tienen arraigadas prácticas de discriminación hacia ciertos colectivos de adictos o tienen precios que excluyen a quien no se lo puede permitir, dificulta el usar estos lugares.

Estas razones permiten comprender que lo que pasa en las calles y plazas no se puede aislar de las condiciones de acceso que tiene la gente en otros espacios físicos (como la vivienda o los equipamientos colectivos, públicos o privados), y tampoco se puede aislar del ámbito sociopolítico. Esto quiere decir que se deben abordar las dinámicas adictivas en relación con una red de espacios (públicos y privados) y un marco social más amplio. Estos pactos cotidianos son implícitos y dinámicos, al estar las personas negociando con otros todo el tiempo respecto a sus intereses, valores, e identidades diversas y cambiantes. Aquí ninguna normativa o regulación administrativa puede sustituir estas negociaciones; de otra manera, el espacio público perdería toda vitalidad. En estas negociaciones cotidianas aparece con frecuencia el conflicto, inevitable e incluso necesario para la constante adaptación recíproca de las partes para que exista convivencia.

Se podría comprender que tanto los inmigrantes como los autóctonos abordan las prácticas de consumo no sólo desde diferentes posiciones sociales, sino también desde diferentes concepciones culturales. En un estudio realizado sobre usos del espacio público de inmigrantes marroquíes y latinoamericanos (2006), se encontró que en los países de origen había más restricciones administrativas para hacer manifestaciones políticas en el espacio público, pero había más apertura ante la participación social y comunitaria, más autorregulación social del uso del espacio público urbano.

En cambio, en los países europeos se observó que se toleran menos las apropiaciones del espacio público, al ser actividades que se ven como invasoras y que existe más presión sobre los poderes públicos para que regulen los usos y los conflictos en el espacio público. Esto explica que en el contexto de inmigración, estos diferentes hábitos de vida pública conlleven a que los autóctonos se sientan “agraviados” con más frecuencia que los inmigrantes y que los inmigrantes no entiendan el sentido del “agravio”, por lo cual los poderes públicos recibirán más demandas para intervenir por parte de los autóctonos.

En la medida en que los inmigrantes con problemáticas de consumo constituyen una categoría social estigmatizada, con diferentes modulaciones según los diversos colectivos, este estigma puede reforzar también el sentido del agravio, teniendo más importancia en sí la identidad de la cual hace parte. A veces los grupos necesitan hacer un uso propio (apropiación) del espacio público: los grupos de jóvenes que fuman porros, los grupos de ancianos que se juntan para tomar el sol, o las madres que charlan mientras vigilan a sus hijos pequeños necesitan espacios que son relativamente incompatibles entre sí, así que tienden a ocupar diferentes lugares o franjas horarias en el espacio público; o sea que se producen especializaciones funcionales, pequeñas segregaciones en una red espacial y temporal que tiene que dar respuesta a los diferentes tipos de personas con sus identidades y prácticas sociales.

CONCLUSIONES

La decisión de migrar aparece como una estrategia individual y colectiva de superación a la situación coyuntural de España. Se evalúa la intensidad del fenómeno migratorio de retorno como resultante de la incapacidad institucional por parte del gobierno y de las élites socioeconómicas para atender a las demandas y expectativas sociales de los colombianos en el exterior.

Se encuentra que la identidad cumple con una función instrumentadora en las prácticas de consumo de sustancias psicoactivas, minimizando el impacto de la discriminación y exclusión social, a través de la perpetuación de conocimientos, experiencias, valores, principios institucionales dados en la trayectoria migratoria y en la pertenencia a nuevos grupos y espacios.

Entender el fenómeno de la adicción en poblaciones migrantes implica retomar las causas sociopolíticas y económicas del país que atrae, en este caso España, y de Colombia como un país que expulsa; esto permite hablar de “un conjunto dinámico que vincula las condiciones de la sociedad de origen con las particularidades de la sociedad de destino y que subraya la articulación de flujos humanos considerados individual y socialmente” (González, 2009), comprensión que permite a su vez abordar la adicción en un proyecto migratorio.

Estas reflexiones se constituyen en un punto de partida para estudios futuros que se ocuparán de la comprensión de la adicción en fenómenos de migración. Los hallazgos de este estudio pueden constituirse en insumos para la formulación, diseño y gestión de políticas migratorias a nivel local, nacional e internacional relacionados con la salud mental, la integración social y formas de intervenir las diversas dinámicas adictivas que se construyen en espacios multiculturales en relación a sistemas normativos, participación social y política.

Las prácticas de consumo desde lo sociocultural permiten el análisis de interacciones (entre autóctonos, inmigrantes extranjeros y de su país de origen), dinámicas en los espacios desde una dimensión social, pautas de sociabilidad y dinámicas de intercambio cultural, teniendo en cuenta aspectos como los desplazamientos (desde los espacios y usos) y el proyecto migratorio.

REFERENCIAS

- Aparicio, R. & Roig, E. (2005). La entrada por razones laborales y el trabajo de los extranjeros. El progresivo desarrollo de un sistema ordenado de entrada laboral. En E. Aja y J. Arango. Veinte años de Inmigración en España. Perspectiva Jurídica y Sociológico (1985-2004). Barcelona: Fundación Centro de Relaciones Internacionales y Cooperación Internacional de Barcelona, CIDOB.
- Aramburo, M. (2008). Usos y significados del espacio público. Revista del centro de política del suelo y valoraciones de la Universidad Politécnica, 8(3), 142-151. Recuperado de <http://upcommons.upc.edu/revistes/handle/2099/4803>
- Barker, C. (2003). Televisión, globalización e identidades culturales. Barcelona: Paidós.
- Bauböck, R. (2004). Cómo transforma la inmigración a la ciudadanía. En G. Aubarell y R. Zapata (eds.), Inmigración y procesos de cambio, pp. 197-214. Barcelona: Icaria.
- Borja, J. (2003). El espacio público: ciudad y ciudadanía. Barcelona: Electa.
- DANE. (2005). Colombia. Censo general. Recuperado de http://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/109
- Castro, P. (1996). Teoría de las prácticas sociales. Complutum Extra, 6(2), 35-48. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/ghi/11316993/articulos/CMPL9696330035A.PDF>

- Cachón, L. (2002). La formación de la España Inmigrante: Mercado y ciudadanía. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, EIS, 97, 95-126.
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). (2005). Informe anual de la comisión española de ayuda al refugiado. Recuperado de: <http://cear.es/wp-content/uploads/2013/05/Informe-2005-de-CEAR.pdf>
- Cruz, P. (2007). Aproximación a los flujos y tipologías de la inmigración colombiana en España. *Revista de Geografía y Ciencias Sociales*, 12(755), Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-755.htm>
- Díez, A. (2006). Análisis de la migración colombiana en España. Volumen y perfil sociodemográfico de la inmigración colombiana en Sevilla: 1995-2004. España: Universidad de Sevilla.
- Díez, N. & Ramírez, M. (2001). Relaciones sociales. La voz de los inmigrantes. Madrid: Instituto de migraciones y servicios sociales, IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Domínguez, M. (2003) Identidad local y política municipal en la Periferia Metropolitana de Madrid, Memoria para optar al grado de doctor. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Sociología y Ciencias políticas.
- Dubar, C. (2000). La crise des identités. L'interprétation d'une mutation. Paris: PUF, coll.
- Fernández, J. (2001). Un estudio cualitativo con inmigrantes peruanos en Madrid. Sociedad, cultura y migraciones. Madrid: Editorial Sal Terrae.
- Garay, L. & Rodríguez, A. (2005). Estudio sobre migración internacional y remesas en Colombia. Cuadernos Alianza País. Bogotá: Alianza País, Ministerio de Relaciones Exteriores, Organización Mundial de la Salud y Departamento de Administración Nacional de Estadística, DANE.
- Garay, L. (2008). El colectivo colombiano en la comunidad de Madrid. Caracterización socioeconómica, inserción laboral e integración social. Bogotá: Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Garay, L. & Medina, A. (2009). La migración colombiana a España. El capítulo más reciente de una historia compartida. España, Madrid: Observatorio Permanente de Inmigración, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. Recuperado de http://extranjeros.mtin.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/OtrosDocumentos/archivos/21_La_migracion_colombiana_a_Espana.pdf

González, A. & Tapia, M. (2009). Los contextos de origen y destino en la configuración del escenario transnacional Colombia-España. Familias transnacionales colombianas. Transformaciones y permanencias en las relaciones familiares y de género. Madrid: Editorial Catarata.

Instituto Nacional de Estadística. (2007). Encuesta nacional de inmigrantes, INE. Recuperado de http://www.ine.es/inebmenu/mnu_migrac.htm

Moraes, N. (2007). Identidad transnacional, diásporas y nación: una reflexión a partir del estudio de la migración uruguaya en España. En D. Mato. Cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización. Perspectivas latinoamericanas, 181-187. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/mato/Mena.pdf>

Nash, M., Tello, R. & Benach, N. (2005). Inmigración, género y espacios urbanos. Barcelona: Edición Bellaterra, S.L.

Pérez, A., Tejerina, B. y Barañano, M. (2010). Barrios multiculturales. Madrid: Trotta.



ADICCIONES **COMPORTAMENTALES**

Adicciones tecnológicas: del móvil y los videojuegos a los juegos de azar

Martha Suescún*

Fundación Libérate

Resumen

Las adicciones tecnológicas son el tipo más reciente de adicciones comportamentales, donde la dependencia se establece con el consumo excesivo y disfuncional de las tecnologías de la información, comunicación y entretenimiento; estas actividades, aparentemente inofensivas, llaman la atención por el desarrollo de procesos adictivos, que generan problemas cuando se pierde el control, se interfiere en la vida cotidiana, hay una necesidad de aumentar la frecuencia y cantidad de contacto con el dispositivo y se presenta la pérdida de interés por otras actividades. En este artículo se revisaron los aspectos generales de estas adicciones atípicas y se encontró que al compararlas con las adicciones químicas coinciden con las mismas descritas en los manuales diagnósticos; sin embargo, no están clasificadas como tal.

Palabras clave

Dependencia, tolerancia, abstinencia, pérdida de control, adicciones tecnológicas.

* Psicóloga, Magíster, Directora General Fundación Libérate. Correos electrónicos: marthasuescun@fundacionliberate.org.co, info@fundacionliberate.org.co

El uso excesivo de las nuevas tecnologías es considerado como una adicción no tóxica que puede traer graves consecuencias para las personas, haciendo que lleguen a sentirse estresadas, ansiosas o deprimidas. Esta condición se detecta, entre otras causas, cuando alguien invierte mucho tiempo en actividades relacionadas con internet o los dispositivos móviles, se priva de dormir e incluso descuida espacios sociales y laborales. Se podría decir que el cerebro de las personas con esta dependencia llega a ser similar al de un adicto al alcohol o a las drogas.

Una persona que esté conectada al computador o al móvil las 24 horas del día y los 7 días de la semana, podría tener un problema de adicción a la tecnología. Por lo general, quienes sufren de este cuadro prefieren estar conectados al computador, al móvil o a los videojuegos y dejar a un lado el contacto cara a cara con personas.

Cuando se habla de adicción, ello se refiere a dos grandes grupos de trastornos, las adicciones tóxicas o químicas (a sustancias psicoactivas) y las adicciones no tóxicas o comportamentales: adicción a la tecnología, relacionada con la de los instintos, como también con el trastorno de control de impulsos (ludopatía, oniomanía y sexo). Tanto las tóxicas como las no tóxicas presentan semejanzas y diferencias; sin embargo, antes de centrar la mirada en estas, es necesario indicar que el concepto de adicción no aparece como categoría diagnóstica en general en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM. En la versión del DSM V, aparece como trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, como también dentro de esta misma categoría se encuentran los *trastornos no relacionados con sustancias* (juego patológico), que ya para esta versión ha sido clasificado así, mientras que en versiones anteriores la ludopatía se encontraba en el apartado del *trastorno en el control de los impulsos*; y hay algunas que comparten el juego patológico como conducta adictiva con características similares a las adicciones tóxicas (Dickerson, 2003).

Hay algunas características que comparten las adicciones tóxicas y las comportamentales, tales como:

- » El patrón conductual del síndrome de abstinencia (Echeburúa, 1999).
- » Los procesos de aprendizaje y condicionamiento que están a la base de cualquier conducta (Domjan, 2003, citado por Chóliz, 2008).
- » Desarrollo de tolerancia (Siegel, 1975, citado por Chóliz, 2008).
- » Aparición de síndrome de abstinencia.
- » Reducción de otras conductas adaptativas.
- » Deterioro de actividades y relaciones sociales, familiares, laborales (Echeburúa, 1999)

Aunque las dos comparten características de dependencia, podremos decir también que existen diferencias significativas. Por ejemplo, en el caso de las adicciones comportamentales, no hay un componente químico que cause deterioro físico, no existe dependencia a ninguna sustancia que perjudique el organismo; la tolerancia y la abstinencia están condicionadas, no por la sustancia, sino por estímulos internos y externos asociados; y, a pesar de que algunas de las adicciones comportamentales, como la ludopatía, están asociadas al consumo de alcohol y tabaco, no todas producen politoxicomanía.

En conclusión, frente a este aspecto, se puede decir que las adicciones tóxicas y las comportamentales comparten características similares: la tolerancia, la abstinencia, pérdida de control, consecuencias negativas y, en algunos casos, especialmente en etapa pre-contemplativa de cambio, el no reconocimiento de la existencia del problema.

En esta problemática, poco a poco se va incrementando la conducta y el proceso se va consolidando; por lo general, se inicia con una conducta deseable -que no necesariamente es perjudicial o peligrosa-, pero se va aumentando su frecuencia; a mediano plazo, se van convirtiendo en consecuencias indeseables (ausencia familiar y social, reemplazo de actividades, mal manejo del tiempo y de prioridades) como consecuencia del abuso, para finalmente desencadenar la adicción.

Según Echeburúa y Corral (1994), cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Se podrían hacer usos anormales de una conducta en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y, en último término, en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas. Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos serían entonces la pérdida de control y la dependencia.

ADICCIONES TECNOLÓGICAS: USO, ABUSO Y DEPENDENCIA DEL MÓVIL

Según Muñoz-Rivas y Agustín (2005), y teniendo los criterios diagnósticos de dependencia del DSM V, para hablar de dependencia al móvil es necesario que haya un patrón desadaptativo del uso del teléfono celular que conlleve a un malestar clínicamente significativo, expresado por dos (o más) de los siguientes ítems por un periodo continuado de doce meses:

- » Tolerancia: Se necesita el uso significativamente creciente del uso del celular para experimentar sensaciones gratificantes.

- » Abstinencia: Ansiedad, irritabilidad, inquietud, sensación de vacío en caso de no tener acceso al teléfono móvil; se usa el teléfono (o se usan conductas similares como ingresar a internet) para aliviar la tensión, evitando los síntomas de abstinencia.
- » Uso mayor o durante un periodo más largo del que inicialmente se pretendía: Muchas personas utilizan el teléfono celular exclusivamente como apoyo en sus comunicaciones, pasando a ser en poco tiempo un elemento indispensable en su vida cotidiana.
- » Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por interrumpir uso del móvil: Muchos usuarios logran controlar el uso del móvil (apagándolo, bloqueando llamadas, eliminando juegos), pero estas herramientas, en muchas ocasiones, se vuelven infructuosas porque aparece la necesidad de hacer uso devolviendo llamadas, descargando nuevamente algunas aplicaciones.
- » Reducción de actividades sociales y familiares: El uso del celular se convierte en prioridad frente a actividades familiares y sociales.
- » Realización de la conducta a pesar de presentar consecuencias negativas por su uso: problemas familiares, sociales, laborales, legales.

Según lo afirman Muñoz-Rivas y Agustín (2005), el teléfono móvil presenta ciertos componentes adictivos que actúan como reforzadores de la conducta, entre los cuales se destacan las características físicas del teléfono celular y la presentación de una gama amplia, intensa y frecuente de estímulos agradables. Está demostrado que se convierte en un motivador por sí mismo, que incrementa la necesidad de aumentar su uso, como ocurre en el caso de las máquinas recreativas (Fernández Montalvo y Echeburúa, 1997), y se puede suponer que este efecto resultante es similar al teléfono móvil.

Otra de las características estimulantes es la personalización de las llamadas a través de tonos musicales que se pueden renovar continuamente, así como el juego de luces y de colores. Se ha visto que el teléfono celular facilita, especialmente entre los tímidos e introvertidos, la comunicación, la expresión de emociones y sentimientos, lo que seguramente sería muy difícil hacer cara a cara. Además, se afirma que ayuda a evitar sentimientos de soledad, incomunicación y aislamiento, según lo plantean Charlton, Panting y Hannan (2002) y Landen (1993), citados en Chóliz, 2008).

Otras conductas adictivas a través del teléfono móvil

Como exponen Muñoz-Rivas y Agustín (2005), el abuso y la dependencia del teléfono móvil no aparecen en estado puro, sino que el teléfono móvil contiene herramientas que hacen que se parezcan a otras adicciones psicológicas o comportamentales. Por ejemplo, en el caso del juego patológico, desde el celular

se pueden hacer apuestas de toda índole; con las compras compulsivas se hace evidente la facilidad de acceder a los productos deseados desde cualquier lugar; y en cuanto a la adicción al sexo y parafilias, la adicción a las líneas eróticas telefónicas y la realización compulsiva de llamadas obscenas, según lo afirman Alford, Webster y Sanders (1980), Brockopp y Lester, (2002), Dalby (1988), Larsen, Leth y Mather (2000) y Mateck (1988), citados por Chóliz, 2008.

Consecuencias del abuso/dependencia del teléfono móvil

A pesar de los aspectos positivos y las ventajas de contar con un teléfono móvil, su uso se está asociando cada vez más a comportamientos problemáticos o nocivos. De hecho, cada vez hay más lugares públicos en el que su uso está prohibido, al igual que el tabaquismo (Jaureguiberry, 1988, citado por Chóliz, 2008), debido a:

- » Problemas económicos: Varios estudios han demostrado que el uso del teléfono móvil a menudo se traduce en grandes deudas, especialmente para los jóvenes. Funston y MacNeil (1999) citados por Chóliz (2008) llevaron a cabo un estudio con 750 jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y 21 años; sus resultados muestran que el 18 % de los participantes habían tenido dificultad para pagar sus facturas. Además, demostró que muchos de ellos no entienden el contrato de su teléfono.
- » Efectos secundarios en el organismo: Se cuenta con diversos estudios que sugieren que las consecuencias negativas de las emisiones electromagnéticas en nuestro cerebro pueden verse cuestionadas dependiendo de la proximidad y cercanía del aparato móvil a nuestro oído (Hamblin, Wood, Croft y Stouch, 2004).
- » Trastornos de sueño: En diversos estudios se ha encontrado que determinadas conductas con la dependencia al móvil, como por ejemplo no apagarlo en las noches, verificar al día siguiente si entraron llamadas, en caso de insomnio iniciar juegos o conectarse a redes sociales, parece estar afectando negativamente el sueño de un número importante de usuarios (Harada, Morikuni, Yoshu y Yamashita, 2002; Van del Buck, 2003).
- » Problemas en seguridad vial: Se ha realizado un número considerable de investigaciones frente al uso del teléfono celular durante la conducción y estas especialmente señalan el hecho de usar el móvil, manteniendo conversaciones simultáneamente mientras se maneja, lo que obviamente se constituye en un gran peligro en las vías, tanto para conductores como para transeúntes (Briem y Hedman, 1995; Violanti, 1998; citados en Chóliz, 2008).

ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS

Los videojuegos son una actividad lúdica que posee características que favorecen la adicción porque son atractivos, algunos tienen resolución en 3D, sonido estereofónico y los entornos virtuales son ricos en detalles y escenarios. Además, son interactivos: el jugador desarrolla habilidades conforme va jugando, a diferencia de los juegos de azar, en los cuales la experiencia no supone que se desarrolle ninguna habilidad, a excepción del conocimiento de las reglas del juego; en los videojuegos, entre más tiempo se les dedica, posiblemente mejores son los resultados.

Otra de las características principales de los videojuegos es que tienen dificultad graduable, pueden ser ajustados a las habilidades de los jugadores y permiten la sensación de dominio que se hace mayor cuanto más se juega, lo que hace que se dedique mucho tiempo al videojuego. Para algunos jugadores, la ejecución exitosa de los videojuegos favorece la autoestima, ya que pone a prueba su propio autoconcepto y permite compartir experiencias con otros jugadores, permitiendo ser parte de un grupo e inclusive fomentando la identidad.

Dependencia a los videojuegos

Como en la adicción al móvil, el uso excesivo conduce al abuso; y cuando se pierde el interés por otras actividades o estas se ven perjudicadas, los videojuegos se convierten en una vía de escape y en una forma de solucionar problemas que deberían resolverse de otras formas. Siguiendo el criterio establecido por el DSM V, los indicadores serían:

- » Tolerancia: necesidad de jugar cada vez más tiempo para conseguir el placer inicial.
- » Abstinencia: malestar emocional (ansiedad, angustia, irritabilidad) cuando se le impide jugar, se detiene el juego o se lleva un tiempo sin jugar. También el juego se convierte en un estímulo para aliviar la tensión.
- » Dificultad en dejar de jugar una vez se ha iniciado el juego.
- » Interferencia con otras actividades (pérdida del sueño, aislamiento familiar, higiene, cambios emocionales).
- » Convencimiento de querer jugar menos pero no lograrlo o ser incapaz de hacerlo.
- » Empleo excesivo del tiempo.
- » Obsesión por el juego (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013).

ADICCIÓN A LOS JUEGOS DE AZAR

La adicción al juego de azar, comúnmente denominada como juego patológico, es la adicción comportamental más característica y la que más consecuencias negativas presenta. Es un trastorno de naturaleza multifactorial, progresiva, recurrente y crónica, con graves repercusiones personales, familiares, sociales e incluso de índole legal.

Continuando con los criterios del DSM V, donde se categoriza al juego patológico en los *trastornos no relacionados con sustancias*, se determinan los siguientes criterios para el *juego patológico problemático persistente y recurrente*, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses:

- » Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
- » Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
- » Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
- » A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (por ejemplo, reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
- » A menudo apuesta cuando siente desasosiego (por ejemplo, desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
- » Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar (“recuperar” las pérdidas).
- » Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
- » Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
- » Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013).

Profundizando más, debemos señalar que los principales criterios de las conductas adictivas -tolerancia, abstinencia, pérdida de control, interferencia con otras actividades, pérdida de interés por actividades placenteras- están presentes en el “juego patológico”, además de otros específicos como la caza, el recurso al engaño para conseguir dinero o comisión de actos ilegales. A diferencia del juego como actividad lúdica, placentera, motivada intrínsecamente, en el cual el principal refuerzo positivo es la ejecución de la tarea, es decir, jugar, en los juegos de azar, la situación cambia en la medida en que la motivación principal no es intrínseca (refuerzo de actividad), sino extrínseca (refuerzo material) (Chóliz, 2008, p. 76). Se puede señalar, sin duda, que presentan ciertas características que favorecen el abuso y la dependencia, como por ejemplo la accesibilidad, ya que se encuentran máquinas en diferentes lugares de fácil acceso. Son juegos donde las apuestas son a muy bajo costo y así es fácil ir incrementando la frecuencia y la cantidad de dinero apostado.

Otra variable significativa es la inmediatez de la recompensa, ya que el jugador no solo encuentra los casinos en numerosos lugares, sino que recibe el premio inmediatamente. En las máquinas, el jugador tiene un papel activo, pero no tiene ningún control; eso es precisamente lo que favorece el sesgo de ilusión de control (Chóliz, 2008); además, se establecen predicciones acerca de la probabilidad de la aparición del evento en función de resultados.

Por último, la actividad con las máquinas incrementa la activación psicofisiológica, manteniendo una elevada estimulación audiovisual (luces, sonidos), que provocan el craving. El juego se convierte en un reforzador negativo que mantiene la conducta de forma estable y resistente a la extinción. Cuando se está jugando, la atención se centra exclusivamente en la máquina (Csikszentmihalyi, M. y Csikszentmihalyi, I. S., 1998), se da una concentración en la tarea, reducción de cualquier otra actividad y absorción del entorno.

Tratamiento de la adicción al juego

El modelo teórico para explicar el desarrollo de la adicción al juego se basa en el modelo de la Organización Mundial de la Salud, OMS, respecto a la dependencia y abuso de las drogas (Edwards, Arif y Hodgson, 1981), pero que fue adaptado a este tipo de adicción.

El proceso de aparición y consolidación de la adicción al juego se explica por los mismos parámetros que viene indicando la OMS para las drogodependencias. El tratamiento más eficaz se basa en técnicas como la exposición, entrenamiento en actividades alternativas, prevención de recaídas. Como cualquier otra adicción, la intervención debe cumplir una serie de objetivos fundamentales, que se organizan a lo largo de las cuatro etapas del tratamiento. En cada una de las fases de intervención deberán implementarse técnicas para alcanzar los objetivos, un protocolo de tratamiento y el proceso de evaluación. El esquema básico es el siguiente:

- » Fase motivacional
- » Fase de superación del deseo y de la abstinencia
- » Fase de cambios conductuales y actitudinales
- » Fase de consolidación (Chóliz, 2008)

Para concluir, si se parte de la experiencia en la Fundación Libérate (Centro de prevención y tratamiento de adicciones, Bogotá-Colombia), se puede plantear que las adicciones comportamentales se deben evaluar de manera integral, con base en un equipo clínico interdisciplinario, enfocado desde el modelo clínico biopsicosocial, enmarcado en 4 etapas y, generalmente, bajo la modalidad de tratamiento ambulatorio, interviniendo de manera individual dos veces a la semana y grupal tres veces a la semana, incluyendo la intervención familiar y social desde el ámbito profesional. La estructura es la siguiente:

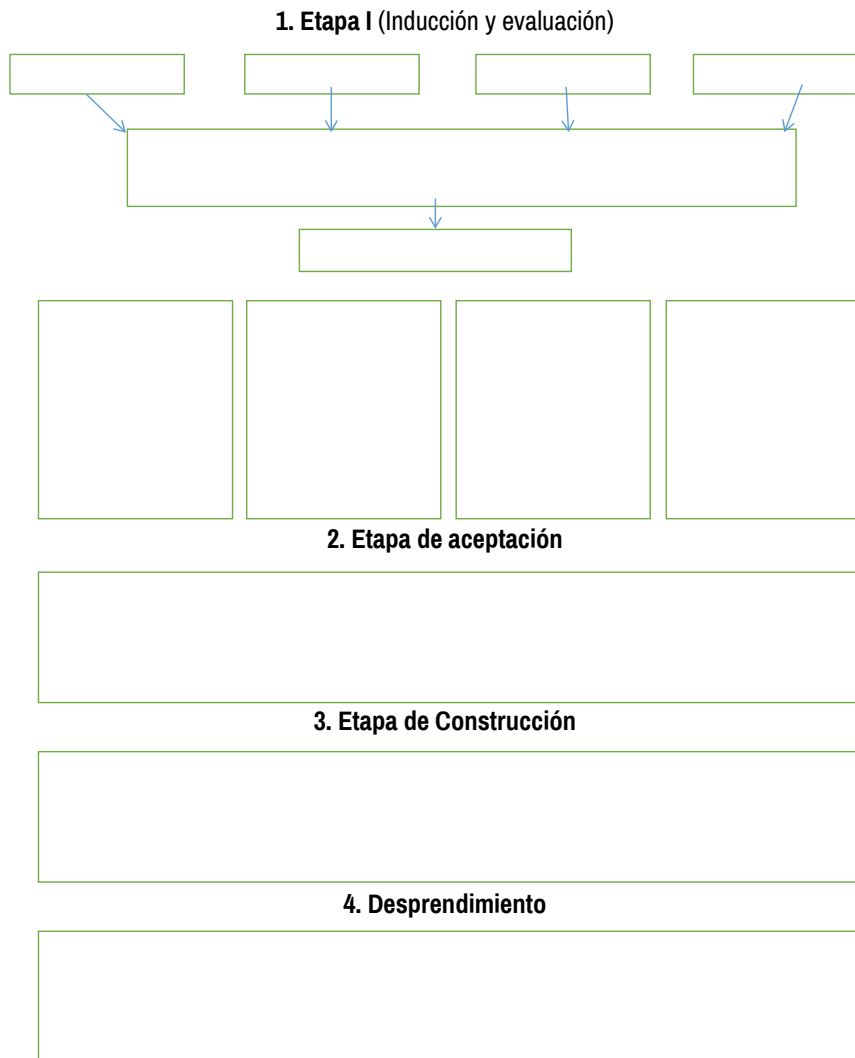


Figura 1. Modelo de intervención para adicciones comportamentales en Fundación Libérate

Fuente: Fundación Libérate (2013, p. 35).

Algunas conclusiones a partir de la evidencia de los pacientes intervenidos en la Fundación Libérate

- » Para lograr tratar una adicción comportamental, se debe encontrar la funcionalidad de la conducta en la persona.
- » Detrás de las adicciones tecnológicas se logran identificar varias situaciones, como la desregulación emocional, ansiedad y depresión.
- » En las adicciones tecnológicas se encuentra como patrón común un déficit de afrontamiento a las situaciones cotidianas de la vida que generan tensión.
- » Existe un patrón común en las adicciones tecnológicas: se notan conductas evitativas, situacionales y emocionales.
- » La intervención familiar se realiza con el objetivo que hayan cambios actitudinales y conductuales.
- » Desde el inicio del proceso terapéutico, se trabaja la prevención de recaídas.

REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Madrid: Arlington.

Chóliz, M. (2004). *Psicología de la Motivación: el proceso motivacional*. Valencia, España: Universidad de Valencia. Recuperado de <http://www.uv.es/~Chóliz/signaturas/motivacion/Proceso%20motivacional.pdf>

Chóliz, M. (2008). *Adicción al juego de azar*. Buenos Aires: Deauno.com

Csikszentmihalyi, M. & Csikszentmihalyi, I. S. (1998). *Experiencia óptima: Estudio del flujo de la conciencia*. Bilbao: DDB.

Dickerson, M. (2003). The evolving contribution of gambling research to addiction theory. *Addiction*, 98(709). Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.2003.00415.x/pdf>

Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?* Bilbao: DDB.

- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2008). Juego responsable: ¿una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía? *Adicciones*, 20. 321-326.
- Edwards, G. Arif, A. & Hodgson, R. (1981). Nomenclature and Classification of Drug and Alcohol Related Problems: A World Health Organization Memorandum. *Bulletin World Health Organization*, 59, 225-242.
- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (1997). El cuestionario breve de juego patológico (CBJP): Un nuevo instrumento de screening. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(76), 211-225
- Fundación Libérate. (2013). *Modelo de intervención para adicciones comportamentales*. Bogotá: Fundación Libérate.
- Hamblin, D. L. & Wood, A. (2002). Effects of Mobile Phone Emissions on Human Brain Activity and Sleep Variables. *International Journal of Radiation Biology*, 78(8), 659-669. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12194749>
- Harada, Morikuni, Yoshu y Yamashita 2002; Van del Buck, 2003. Usage of mobile phone in the evening or at night makes japaneses evening-type and night sleep uncomfortable. *Sleep and Hipnosis*, 4,149-153.
- Muñoz-Rivas, M. J. & Agustín, S. (2005). La adicción al teléfono móvil. *Psicología Conductual*, 13, 481-493.

Relación existente entre el uso de videojuegos y el rendimiento académico de adolescentes entre los 12 y 14 años del municipio de La Estrella

Sandra Milena Restrepo Escobar*

Fundación Universitaria Luis Amigó

Leisy Magdali Arroyave Taborda**

Wilmer Artemo Arboleda Sierra***

Colegio Luis Amigó

Resumen

Algunos investigadores han considerado que entre los videojuegos y el rendimiento académico se constituye una relación importante, encontrando relación directa entre las variables, en las que algunas investigaciones plantean que su uso afecta el rendimiento y la capacidad de concentración de los estudiantes, mientras que otros investigadores apuntan a que su uso estimula algunas funciones cognitivas que favorecen el buen rendimiento académico. Esta investigación de corte descriptivo correlacional busca establecer la relación existente en estudiantes de 12 a 14 años del Municipio de la Estrella, entre estas dos variables, contribuyendo a la generación de lineamientos en el manejo del uso de videojuegos en el ambiente escolar.

Palabras clave

Rendimiento académico, videojuego, adolescencia.

* Docente Fundación Universitaria Luis Amigó. Fundación Universitaria Luis Amigó. Correo electrónico: sandra.restrepoes@amigo.edu.co.

** Coordinadora de Convivencia del Colegio Luis Amigó. Coinvestigadora en el proyecto. Correo electrónico: convivencialuisamigo@gmail.com

*** Coordinador Académico y de Calidad en el Colegio Luis Amigó. Coinvestigador en el proyecto. Correo electrónico: wilmer.arboleda@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los videojuegos y el rendimiento académico han sido considerados por algunos investigadores como una relación importante a tener en cuenta, ya que involucra dos variables directamente relacionadas en el desarrollo de la personalidad de los individuos. Algunas investigaciones apuntan hacia el postulado de que el uso de los videojuegos afecta el rendimiento y la capacidad de concentración de los estudiantes. Otros, por su lado, plantean que la utilización de los videojuegos estimula algunas funciones cognitivas que propician el buen rendimiento académico.

Dadas ambas tendencias, esta investigación se pregunta por la relación existente entre el rendimiento académico y el uso de los videojuegos en adolescentes de 12 a 14 años de las instituciones educativas del municipio de La Estrella, y se espera que permita tomar decisiones a nivel municipal en los lineamientos que se deben implementar con respecto a las adicciones tecnológicas; para ello, es necesario lograr la identificación de las condiciones de uso de los juegos en los estudiantes de 12 a 14 años, con el fin de poder elaborar parámetros que permitan el trabajo preventivo frente al tema en cada una de las instituciones educativas, buscando mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos y fomentando el autocontrol individual.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Los videojuegos y el rendimiento académico han sido considerados por algunos investigadores como una relación importante a tener en cuenta, ya que involucra dos variables directamente relacionadas en el desarrollo de la personalidad de los individuos. A continuación se citan algunos de los estudios previos que soportan este postulado:

“Cuando jugar se convierte en un problema: el juego patológico y la adicción a los juegos de rol online”, investigación realizada por Xavier Carbonell, Antoni Talarn, Marta Beranuy, Ursula Oberst y Carla Graner en el año 2009; estudio que aunó esfuerzos de las universidades Universitat Ramon Llull, Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte, FPCEE, Blanquerna, y que pretendió, dentro de sus alcances, revisar las características que pueden llevar a convertir el juego en un trastorno psicológico, arrojó resultados importantes al concluir que:

Las tecnologías de la información y la comunicación han supuesto una auténtica revolución cultural y económica. Es necesario un tiempo de adaptación para entender cómo impregnan nuestras vidas y cómo, en muchas familias, quienes poseen el conocimiento tecnológico son los más jóvenes. Estos jóvenes son nativos digitales (Prensky, 2005), a diferencia de quienes pertenecen a la generación anterior, que pueden considerarse inmigrantes analógicos. Los videojuegos tradicionales que se juegan en una plataforma como el ordenador pueden ser excesivos o inapropiados, pero la gravedad del trastorno y su duración indican que se trata de un abuso o de un mal hábito, nunca de una verdadera adicción. Los elementos de diagnóstico esenciales se articulan en torno a la gravedad de la dependencia psicológica y las consecuencias negativas (Sánchez-Carbonell, Talam, Beranuy, Oberst y Graner, 2009).

Otro estudio importante que antecede la presente investigación es el artículo publicado en la *Revista electrónica de tecnología educativa*, en el número 21 del año 2006. En dicha publicación, titulada *"Influencia del videojuego en la conducta y habilidades que desarrollan los video jugadores"*, los autores Joaquín Pérez Martín de la Universidad Europea de Madrid, España; y Julio Ignacio Ruiz, del Instituto Oficial de Radio Televisión del mismo país, abordaron el tema de los videojuegos, pretendiendo realizar un análisis de la realidad del videojuego en la sociedad desde dos ópticas: por una parte, respecto a la conducta, se presentó un análisis sobre los hábitos de ocio, el videojuego de padres y menores, y la sociabilidad que generan; sobre las habilidades, se consideran la capacidad de superación, el trabajo en equipo y la destreza visual. El trabajo finaliza con un estudio comparativo de visualización de contenidos de violencia no aptos para las edades recomendadas.

Los resultados obtenidos de esta investigación arrojan datos estadísticos significativos al establecer algunas relaciones entre la conducta y las habilidades sociales resultantes de los video-jugadores:

- » La apreciación de la propia vida social es muy buena entre los video- jugadores.
- » La gran mayoría de encuestados (83%) estima que la relación familiar no ha cambiado con los videojuegos, mientras que un 13% cree que ha mejorado y sólo un 3% que ha empeorado. Los datos reflejan que, a todas las edades, les resulta más fácil ver escenas de lucha, sangre o de muerte de un ser humano en televisión y el cine que en los videojuegos.
- » Las mujeres afirman que se quedan con mayor tensión de lo normal en un 13,67%, frente a un 6,8% de los varones.
- » Más de la mitad de los jugadores comentan los fallos de otros jugadores.
- » Después de la partida, solo un bajo porcentaje rechaza volver a jugar con el miembro que hace perder la partida.

- » En los tres conceptos (lucha, sangre y muerte), la palma de mayor visualización se la lleva la televisión (78%, 80% y 74%, respectivamente).
- » En las edades menores de 13 años, la visualización de contenidos no aptos (lucha, sangre, muerte) es muy pequeña. No presenta porcentajes significativos, debido muy posiblemente al control de los padres y el juego conjunto con familiares que refleja el estudio (apartado 6.2). Estos porcentajes son simbólicos: en torno a un 0,3% en edades de 0 a 6 años y menores del 5% entre 7 a 13 años. Lógicamente, por contenidos, los más visualizados son los que menos violencia tienen.

Por otra parte, es necesario señalar el estudio publicado por la Universidad de Valencia: *Patrón de uso y dependencia de videojuegos en infancia y adolescencia*, investigación llevada a cabo por Mariano Chóliz y Clara Marco. En dicho estudio se buscaban dos objetivos concretos: por un lado, analizar el patrón de uso de los videojuegos, atendiendo especialmente a las diferencias de género; por otro, la construcción de un cuestionario de dependencia de los videojuegos, que tuviera interés profesional y científico, tomando como referencia los criterios del DSM-IV de los trastornos por dependencia de sustancias y adaptándolos al consumo de videojuegos. La estructura factorial de este cuestionario se adecuó al concepto de dependencia, tal y como se entiende en el DSM-IV-TR. Junto a internet y móvil, la dependencia de videojuegos sería una de las adicciones tecnológicas más características.

Tanto el primer objetivo como el segundo se alcanzaron con éxito; además, se pudieron observar importantes conclusiones, a saber:

- » Los varones juegan principalmente a videojuegos con temática deportiva y de carreras y prefieren aquellos con elevadas dosis de violencia y de disparos. Las mujeres, por su parte, juegan preferiblemente con videojuegos en los que predominan los componentes socio-afectivos o educativos y de acción tipo Arcade. Estos resultados coinciden con los tradicionales estereotipos de género y con encuestas anteriores realizadas en España (Rodríguez, 2002)
- » En lo que se refiere a la edad, los videojuegos preferidos por parte de niños de 10 a 12 años son los de consola portátil, seguidos de las consolas de sobremesa y, en menor proporción, los juegos con plataformas en PC, justo lo contrario que los adolescentes, especialmente los de 16 años, para los cuales la plataforma preferida es el ordenador personal, debido probablemente a que a esta edad ya utilizan masivamente el PC para conexión a Internet y, más en concreto, a redes sociales.

Todos los factores se correlacionan positivamente con el consumo de videojuegos y se han mostrado sensibles a las diferencias de género, en las que los varones manifiestan una mayor problemática que las mujeres. Así, tanto en el patrón de uso como en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de dependencia, los varones obtienen puntuaciones más elevadas que las mujeres.

REFERENTE TEÓRICO

En la actualidad, los jóvenes dejan de lado las actividades físicas por estar dedicados a los videojuegos; el número de usuarios se ha ido aumentando, creando gran preocupación por parte de los padres de familia y profesores por las posibles consecuencias negativas que se puedan tener en quienes los utilizan con regularidad, ya que existe una considerable dedicación de tiempo.

Existen pruebas de que los comportamientos agresivos e impulsivos de algunos jóvenes son causados por una gran afición hacia los videojuegos, que con el tiempo pueden afectar su vida social, limitándolos de actividades en las que puedan socializar con otros jóvenes y generar sedentarismo, enfermedades físicas y, en ocasiones, cuando su uso es excesivo, puede ser clasificado como un trastorno psicopatológico.

Antes de profundizar en el tema de los videojuegos, es importante aclarar el concepto de juego, teniendo en cuenta su relación con la historia de la humanidad y su uso común: “El juego, al igual que el lenguaje, es una constante antropológica que encontramos en todas las civilizaciones y en todas las etapas de cada civilización” (Rodríguez, 2002, p. 13).

Por medio del juego se han unido culturas, se fortalecen actitudes y se desarrollan una serie de actividades que se encargan, en algunos casos, de mejorar la atención y concentración de cada una de las personas que lo practican.

Desde la antigüedad, el juego se ha conocido como modo de diversión; son muchas las imágenes que pueden corroborar que este constituye una parte importante dentro de la humanidad y que, aunque no existe claridad sobre su inicio, sí se sabe que fue concebido antes de cualquier instrumento que pueda ser utilizado para poder lograr diversión y entretenimiento. Huizinga define el juego como:

Una acción u ocupación libre, que se desarrolla dentro de unos límites temporales y espaciales determinados, según reglas absolutamente obligatorias, aunque libremente aceptadas, acción que tiene su fin en sí misma y va acompañada de un sentimiento de tensión y alegría y de la conciencia de “ser

de otro modo” que en la vida corriente. El concepto parece adecuado para comprender todo lo que denominamos juego en los animales, en los niños y en los adultos: juegos de fuerza, juegos de cálculo y de azar, exhibiciones y representaciones (1996, citado en Rodríguez, 2002, p. 16).

Para Caillois, el juego es “esencialmente una ocupación separada, cuidadosamente aislada del resto de la existencia y realizada, por lo general, dentro de los límites precisos de tiempo y de lugar” (1986, p. 28).

El juego constituye la esencia del ser humano, produce sensaciones satisfactorias cuando se reciben los resultados esperados y dificultades personales o con los demás cuando no cumple con las expectativas, o simplemente se dejan de recibir logros.

Como fenómeno social, los videojuegos empiezan a tomar parte de la sociedad bajo el oleaje de la modernidad y los avances tecnológicos que día a día circundan en el ambiente de niños, jóvenes y adultos. Los videojuegos incursionan en el medio a partir de los años 70 en Estados Unidos y su primera producción fue lanzada al mercado por la empresa Atari, con el creador Nolan Bushnell; a partir de ese momento, continúan invadiendo los mercados y logrando la atención de más personas en el mundo.

Cuando se utiliza el vocablo videojuego se hace referencia a los juegos lúdicos, teniendo en cuenta que estos pueden ayudar a desarrollar potencialidades didácticas o educativas, sin perder su componente lúdico como aspecto esencial (Rodríguez, 2002).

Resulta paradójico, pero hoy en día se considera a los “videojuegos como una droga virtual” (García, 2010, p. 14), ya que, en algunas ocasiones, estas actividades pueden alejar al joven de las actividades sociales y físicas.

El uso de los videojuegos hace parte de la vida de cada uno de los jóvenes y se ha convertido, en ciertos casos, en la cotidianidad: se intercambia información, se realizan competencias, se dan nuevas explicaciones frente a su uso. La mayoría de los ellos experimentan el juego como ocio, es decir que los videojuegos forman parte de las actividades que se comparten entre amigos, pero también crean un espacio de aislamiento y privacidad que hace que los jóvenes se dejen absorber por las condiciones del juego y no realicen con entusiasmo otra actividad.

Toda la problemática que ha surgido alrededor de los videojuegos ha hecho que se formen mitos que los desprestigian: algunos de ellos son que los videojuegos son solo para los niños o que los videojuegos son del diablo; gracias a esto, hace un tiempo, esta actividad se consideraba tabú; pero, con el pasar del tiempo, las personas se han dado cuenta de que no son tan malos como algunos lo quieren hacer ver.

En esta investigación, no es extraño ver que se puedan contradecir las respuestas encontradas, ya que estas pueden ser relativas debido a que hay estudios que dicen que los videojuegos pueden afectar la motricidad, o que disminuyen la cantidad y calidad de interacciones sociales, que afectan el rendimiento académico y, por lo tanto, se evidencia fracaso escolar; pero también se dice que los niños se hacen más inteligentes y desarrollan otro tipo de habilidades que favorecen sus capacidades cognitivas.

Se han establecido algunas consideraciones en las que aquellos autores que defienden la existencia de la relación entre el uso de videojuegos y determinadas alteraciones del comportamiento, se basan en casos reales muy aislados en los que la causa de los trastornos no puede ser atribuida únicamente al uso de videojuegos (Calhoun, 2013).

Por otra parte, con relación a la incidencia de los videojuegos y la agresividad en ocasiones manifestada por algunos jóvenes jugadores, se considera que:

Aunque puedan establecerse relaciones significativas entre el uso de videojuegos y trastornos diversos como la adicción, el incremento de la agresividad u otras alteraciones del comportamiento, es muy difícil discernir si los videojuegos son su causa real. Los resultados obtenidos hasta el momento no permiten establecer relaciones causales consistentes en el impacto de los videojuegos violentos sobre la conducta agresiva de los jugadores (Julian, 2002, p. 10).

En la actualidad, han surgido diferentes polémicas en cuanto a la adicción o no de los videojuegos; con relación a este tema, los resultados de las investigaciones coinciden en que las personas que se pueden calificar como “adictos” a los videojuegos, es decir, que presentan normalmente una frecuencia de juego muy elevada, consideran prioritario jugar ante cualquier otra actividad y, en ocasiones, cuentan con un alto grado de absentismo escolar y un rendimiento académico muy bajo, son una minoría poco significativa (Egli & Meyers, 1984). En estos casos, sigue siendo difícil discernir si tal situación adictiva responde a factores personales o a problemas sociales, o si es consecuencia directa del uso de los videojuegos (Egli & Meyers, 1984).

Schmitt, en un artículo de 1992 en el que expone algunas recomendaciones para los padres a la hora de controlar el uso de videojuegos por parte de sus hijos, hace una referencia directa a los beneficios potenciales y a los inconvenientes de los videojuegos. Esos beneficios potenciales podrían resumirse argumentando que promueven la atención hacia los detalles, la memorización de hechos, la secuenciación de la información y el desarrollo de estrategias creativas, que promueven la coordinación óculo-manual y que mejoran la percepción visual. Por otra parte, según el mismo autor, los videojuegos pueden dominar el ocio y el tiempo de estudio del individuo, ocupando el tiempo dedicado a otras actividades como practicar deportes, leer, etc.,

llegando incluso a afectar el rendimiento académico; también pueden reducir las interacciones sociales con la familia y los amigos, y pueden fomentar (en el caso de determinados juegos) la aceptación de conductas violentas en la vida real (Schmitt, 1992).

De otro lado, no todas las personas que hacen uso de los videojuegos son iguales. El tipo de juego escogido o el tiempo que se invierte para jugar un videojuego puede variar de persona; con esto se puede decir que es necesario realizar un análisis profundo en cuanto a los videojuegos y a los factores psicológicos de los jugadores, encontrando así el papel de desarrollo cultural.

Uno de los factores que hace que los videojuegos tengan tantos seguidores es el hecho de quebrantar ciertas reglas que en la vida real no serían posibles realizar (revivir, volar, lanzar fuego etc.). También influye el hecho de que el juego presenta diferentes clasificaciones y temas, creando así variedad en ellos, como el hecho de saltar de una plataforma a otra con gran precisión o el hecho de evitar múltiples obstáculos, como ejemplo tenemos a Mario Bros y a Castelvania, The Dracula X-Chronicles. Estos juegos, a pesar de haber sido sacados en épocas diferentes, hacen uso de las características mencionadas anteriormente.

Actualmente, “los niños se acercan tan libremente a los juegos de video que los padres usualmente se ven en la necesidad de restringir su uso” (Caillois, Los niños y los videojuegos, 1980, p. 7), ya que consideran que es un peligro el hecho que los niños pasen tanto tiempo frente a un computador sin hacer nada productivo, estando a la merced de seguir los ejemplos que se puedan encontrar en un videojuego.

Lo más curioso del asunto es el hecho de que el joven que utiliza los videojuegos tiende a aprender más fácilmente lo que le enseñan en un videojuego que los conceptos que se le puedan enseñar en la escuela.

La cuestión cobra más fuerza cuando se observa que cualquier inconveniente cotidiano puede ser resuelto con mayor facilidad por un joven que utiliza con mayor regularidad los juegos que por un estudiante que no; pero algo que deja pensativos a muchos padres de familia y profesores es el hecho que los jóvenes prefieran aquellos juegos que tengan contenido violento, ya que frecuentemente se enfrentan a la muerte y, dependiendo de qué tan influenciables sean, pueden verse afectados o no por este tipo de videojuegos.

El Ministerio de Educación Nacional define los procesos académicos que tienen que ver con el rendimiento escolar a partir del proceso de evaluación que se debe llevar a cabo con los estudiantes (MEN, 2009) en cada una de las instituciones educativas y fundamenta el rendimiento académico a partir de una escala de valoración nacional: desempeño superior, alto, básico y bajo.

El desempeño básico se entiende como la superación de los desempeños necesarios en relación con las áreas obligatorias y fundamentales; el desempeño bajo como la no superación de los logros propuestos durante el periodo; el desempeño alto se refiere al logro de los objetivos propuestos (en una institución edu-

cativa, un estudiante con un alto rendimiento académico es un estudiante que obtiene altas calificaciones, realiza el trabajo propuesto y recibe los resultados esperados); cuando se habla de desempeño superior se hace referencia a los estudiantes que alcanzan el máximo de los requerimientos, no solo realizan las actividades propuestas, sino que superan cualquier indicación dada por el maestro.

Juega en este momento un papel fundamental en la investigación la incidencia del uso de videojuegos en los estudiantes y la repercusión de los mismos en su desempeño académico, que se puede evidenciar cada periodo con los resultados obtenidos por cada uno.

En el afán de buscar posibles soluciones en cuanto al desempeño académico bajo, a nivel pedagógico se generan estrategias que ayuden a los jóvenes a superar sus dificultades, estrategias que en ocasiones requieren de hábitos adecuados de estudio, tiempo y dedicación, proceso que se ve afectado cuando los videojuegos u otro tipo de actividades ocupan todo el tiempo de los estudiantes, teniendo como resultado un bajo desempeño académico. Es aquí donde surge el gran interrogante: ¿El uso de videojuegos afecta el rendimiento académico?

En cuanto a la influencia de los videojuegos y el rendimiento académico, no se ha podido demostrar la influencia directa de los videojuegos sobre la actividad escolar de los jugadores, a pesar de las creencias de padres y educadores.

Algunos estudios muestran una relación negativa entre ambas variables; la mayoría no han detectado ninguna diferencia significativa en el rendimiento escolar, a excepción de casos específicos de adicción. Se plantea que los videojuegos poseen un potencial educativo importante, no solo por ser altamente motivantes, sino porque permiten el desarrollo de habilidades variadas que inciden en el proceso enseñanza-aprendizaje. En este sentido, los videojuegos pueden transformarse en una herramienta pedagógica para el aprendizaje de contenidos específicos (Boudon & Alonqueo, 2008).

En un estudio realizado en Chile a un grupo de 449 adolescentes, 347 hombres y 102 mujeres, por medio de un cuestionario, en cuanto a la relación entre el uso de videojuegos y el rendimiento académico, se concluye:

En relación a las aplicaciones prácticas de los videojuegos, VJ, y en particular a las educativas, llama la atención el papel de la motivación y la percepción positiva acerca de las habilidades cognitivas desarrolladas por el uso de estos juegos. Relativo a lo primero, cabe señalar que esta es una actividad que responde a una motivación intrínseca, cuestión que puede tener considerable importancia en cuanto a su potencial como herramienta pedagógica. Aun cuando los adolescentes usen los VJ con una finalidad recreativa y probablemente no los consideren como un medio para el aprendizaje, estiman que su práctica favorece el desarrollo de una amplia gama de habilidades cognitivas. Por otra parte, y en favor de los VJ, cabe señalar que no se observó una relación inversa entre rendimiento

académico y tiempo de uso de estos juegos. En otras palabras, no hay evidencia que nos sugiera que los usuarios habituales de esta nueva forma cultural de entretenimiento infantil y juvenil tengan como consecuencia el descuido, y un consecuente posible deterioro del rendimiento escolar ni el abandono de otras actividades recreativas y sociales (Felmer, 2008, p. 5).

No se debe perder de vista la complejidad del asunto, sobre todo por la relación que pueda existir entre el uso de los videojuegos y el rendimiento académico de los chicos que se encuentran entre los grados sexto y octavo respectivamente en el municipio de la Estrella y las consecuencias que pueda ocasionar en ellos su uso.

METODOLOGÍA

Enfoque empírico analítico en el hecho de que las pruebas se van a basar en un estudio descriptivo correlacional, estableciendo relaciones entre v_1 y v_2 ; para las pruebas se cuenta con la posibilidad del cero absoluto en la selección “nunca”.

La muestra constará de 300 participantes que cursan estudios en grados de sexto a octavo de educación básica secundaria en edades comprendidas entre 12 a 15 años.

El instrumento de aplicación será el Cuestionario de uso problemático de nuevas tecnologías (UPNT). Consta de 41 ítems, los dos primeros sobre frecuencia y problemas en el uso de las diferentes NT, más 10 ítems referidos al uso de internet, video-juegos y móvil, y 9 sobre uso de Televisión, TV. Este instrumento, validado en España, tiene el consentimiento para ser aplicado en la maestría de adicciones bajo el permiso co-autorial del Dr. Elisardo Becoña Iglesias.

El UPUNT es un cuestionario autoadministrado, dirigido a identificar el riesgo de conductas problemáticas en el uso de Internet, videojuegos, teléfono móvil y televisión. Todas las preguntas son cerradas, proporcionando el cuestionario las opciones de respuesta. Además, incluye preguntas para evaluar la frecuencia de uso, presencia de problemas y características de su utilización, como lugar y horas dedicadas a su uso.

El estudio se llevará a cabo con una muestra de conveniencia, compuesta por colegios públicos (150 alumnos) y privados (150).

CONCLUSIONES PARCIALES

Como se ve claramente, los estudios previos a la presente investigación, legitiman el hecho de que los videojuegos han venido cobrando fuerza como una presencia ineludible en la etapa escolar; así contrastando los estudios previos, se puede concluir que es importante abordar el tema desde varios frentes:

En un primer momento, se debe categorizar sobre el uso y abuso de videojuegos dentro de un contexto escolar y social concreto; en un segundo momento, es necesario precisar los rangos de edades, frecuencias de uso y modalidades de juego, para luego establecer criterios de influencia en el rendimiento escolar. Por último, es lógico tomar en cuenta que la tecnología dentro del ámbito escolar sustituye, en cierta medida, algunas sustancias tóxicas, generando una adicción no química, también necesaria de notar y tratar.

REFERENCIAS

- Alonqueo Boudon, P. & Rehbein, L. (2008). Usuarios habituales de videojuegos: una aproximación inicial. *Última década*, 16(29), 11-27.
- Caillois, R. (1980). *Los niños y los videojuegos*. Universidad de Ciencias Pedagógicas "Frank País García", Cuba Facultad Humanidades.
- Calhoun, W. (14 de Noviembre de 2013). *Hablemos de los videojuegos*. Recuperado de www.mecuidomuch.com/...y-salud/hablemos-de-los-videojuegos.html
- Chóliz, M., & Marco, C. (2011). Patrón de uso y dependencia de videojuegos en infancia y adolescencia. *Anales de Psicología*, 27(2), 418-426.
- Egli, E.A, y Meyers, L.S. (1984). El papel de los videojuegos que juega en la vida de los adolescentes: ¿Hay motivos para preocuparse? *Boletín de la sociedad Psychonomic*, 22(4), 309-312.
- Felmer, L. R. (2008). Usuarios habituales de videojuegos: una aproximación inicial. *Última década*, 16(29), 11-27.
- García, R. (2010). *La educación en el siglo XXI*. Medellín: Oveja Negra.
- Julian, E. R. (Octubre de 2002). *Estudio de la FAD sobre juego y videojuegos*. Recuperado de www.obrasocialcajamadrid.es/.../OBSSocial_EstudioFADJovenesVideoju

- Ministerio de Educación Nacional, MEN. (2009). Evaluación y promoción de los estudiantes. *Evaluación y promoción de los estudiantes*. Santafé de Bogotá: Autor.
- Pérez Martín, J. y Ruiz, J. (2006). Influencia del videojuego en la conducta y habilidades que desarrollan los video jugadores. *Revista electrónica de tecnología educativa*, 21. Recuperado de <http://edutec.rediris.es/Revelec2/revelec21/JPerez.htm>
- Prensky, M. (2005). Listen to the Natives. *El Educational Leadership*, 63(4), 8-13.
- Rodríguez, E. (Octubre de 2002). *Jóvenes y Videojuegos; Espacio, significación y conflicto*: Recuperado de <http://www.injuve.es/observatorio/ocio-y-tiempo-libre>
- Rodríguez, E. (Octubre de 2002). *Los videojuegos como fenómeno social*. Recuperado de <http://www.injuve.es/observatorio/ocio-y-tiempo-libre>.
- Sánchez-Carbonell, X., Talarn, A., Beranuy, M., Oberst, U. y Graner, C. (2009). Cuando jugar se convierte en un problema: el juego patológico y la adicción a los juegos de rol online. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 25, 201-220.
- Schmitt. (Octubre de 1992). *Hablemos de los videojuegos- EDS psicología*. Recuperado de <http://www.edspicologia.com/49-blog5-8>

Representaciones sociales del tratamiento de las adicciones comportamentales por los profesionales de las ciencias sociales y de la salud

Cesar Augusto Jaramillo Jaramillo*

Fundación Universitaria Luis Amigó / Institución Universitaria de Envigado

Gustavo Adolfo Calderón Vallejo**

Henry Holguín Osorio***

Damien Le Gal****

Fundación Universitaria Luis Amigó

Resumen

El presente escrito muestra los avances de los hallazgos de la investigación cualitativa desarrollada en el año 2014 que indaga por la construcción de la representaciones sociales que realizan los profesionales de la ciencias sociales y de la salud acerca del tratamiento de las adicciones comportamentales en el Valle de Aburrá en Antioquia, Colombia. Su importancia radica en que estas producciones simbólicas son el marco que delimita la comprensión de las conductas adictivas y la actuación terapéutica sobre ellas.

Palabras clave

Representaciones sociales, tratamiento, adicciones comportamentales, profesionales, ciencias sociales y de la salud.

* Psicólogo Magister, Docente de Pregrado de Psicología de la Institución Universitaria de Envigado-Colombia y docente de Escuela de posgrados FUNLAM Medellín-Colombia. Correo electrónico: ceauja@gmail.com

** Sociólogo Magister, docente, Fundación Universitaria Luis Amigó, Grupo de Investigación en Farmacodependencia y Otras Adicciones, Medellín-Colombia. Correo electrónico: gcaldero@funlam.edu.co

*** Psicólogo Especialista, Docente, Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín-Colombia. Correo electrónico: henryholguinosorio@gmail.com

**** Licenciado en Ciencias del Lenguaje, Doctor en Ciencias del Lenguaje, Docente-investigador, Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín-Colombia. Correo electrónico: damien.legalle@amigo.edu.co

Hablar de las adicciones comportamentales en la segunda década del siglo XXI se torna en un tema científico prioritario, tanto para los espacios educativos en general y universitarios como para el ámbito sociocultural, porque este tipo de comportamientos compulsivos están afectando el desempeño normal de los diferentes grupos poblacionales, sobre todo el de las nuevas generaciones: niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Por ello, se requiere conocer sobre las representaciones sociales de la problemática mencionada desde el ámbito local y relacionarlo con los postulados científicos a nivel internacional; y, de esta forma, brindar orientaciones a los entes gubernamentales responsables de la salud pública, las EPS e IPS, las ONG, a los grupos de profesionales que intervienen las adicciones comportamentales en los consultorios privados, en las distintas instituciones públicas y privadas y, por supuesto, a las poblaciones afectadas, para contribuir así a su calidad de vida y al desarrollo humano integral.

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las adicciones comportamentales son un problema emergente en la contemporaneidad, que viene haciendo presencia en diversos países y contextos planetarios con alta relevancia, especialmente en los continentes asiático, europeo y americano, de los cuales existen ya numerosos estudios científicos que vienen probando, desde la década de los 70 del siglo XX hasta hoy, su impacto en la salud pública, especialmente de adolescentes y jóvenes (Echeburúa, 1999, Dickerson, 2003, Becoña, 2004, Chóliz, 2008, Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro & Oberst, 2008, Becoña & Cortés, 2011, Echeburúa, 2012).

Si se dirige la mirada hacia el plano nacional, se encuentra que son pocos los estudios que hay en Colombia sobre las generalidades de las adicciones comportamentales, aunque se pueden observar investigaciones específicas en adicciones de este tipo como la ludopatía en dos estudios: el de Tobón, Cano & Londoño (2010) y el de Zapata, Torres & Montoya (2011).

En Colombia, y específicamente en el Valle de Aburrá, existen situaciones problemáticas que afectan la salud mental e inciden sobre los comportamientos humanos, pudiendo llevar a los sujetos impactados a la compulsión y la disfuncionalidad, y a diversos grupos poblacionales a la exposición a los factores de riesgo. Se evidencia que hay pocas instituciones y profesionales con fortalezas específicas para tratar estas patologías; así mismo, los marcos teóricos y los diseños metodológicos tampoco son suficientes al describir las características generales de las adicciones comportamentales y sus implicaciones para la salud pública. Debido a ello, en el contexto local y nacional no se encuentran desarrollos exhaustivos que orienten en la construcción de programas preventivos y de tratamiento para este tipo de adicciones.

Desde el sentido común y desde alguna base científica incipiente, se están haciendo intentos de prevenir y tratar las adicciones comportamentales con los paradigmas epistemológicos y metodológicos que se tienen disponibles para comprender e intervenir las adicciones químicas en el contexto colombiano, sin tener certezas sobre los factores psicosociales que originan o previenen, o si sirven para tratar otro tipo de adicciones.

Téngase en cuenta que las adicciones comportamentales pueden hacer parte de una situación de la cual nadie está exento y, dependiendo de la existencia de diversos factores de riesgo, solo algunas personas pueden verse realmente afectadas. Aunque no se trata de alguna adicción química como la droga, causa daños en la integridad de la persona como: afectaciones a su salud y a su desarrollo personal; puede ocasionar una dependencia similar a lo que se ha denominado farmacodependencia; biológicamente, compromete algunas áreas del organismo; y conductualmente, causa consecuencias desfavorables para el individuo.

Cuando se busca la comprensión del fenómeno adictivo, además de conocimientos científicos, existen representaciones sociales que generan confusión; por lo tanto, se hace necesario realizar una investigación respecto a las diversas representaciones sociales que emergen de actores fundamentales, como son los profesionales que componen los equipos terapéuticos.

Se debe considerar que las representaciones sociales (RS) se construyen social e individualmente; por esta razón, son aceptadas y permiten tomar una posición frente a ellas en la realidad cotidiana, e incluso guían comportamientos. Estas son activas, cambiantes, dinámicas, debido a que se ajustan y se configuran de acuerdo al tiempo y al contexto, es decir, varían de una cultura a otra o de una época a otra, dando como resultado una forma de conocimiento, ideologías, creencias, valores y actitudes respecto a la realidad (Moscovici, 1984).

En este orden de ideas, cabe resaltar que la génesis de las representaciones sociales se encuentra en “las interacciones y los procesos de intercambio que emergen de los objetos y hechos sociales que exigen ser normalizados, entendiéndose esto como transformar lo nuevo en conocido y explicarlo” (Viveros, 1993, p. 21, citada en Pérez, Castrillón & Cano, 2001, p. 22); igualmente, las RS están constituidas por dos aspectos de especial importancia: las experiencias y la comunicación.

Con esto se puede inferir que las RS son un tipo de conocimiento popular debido a que estas son generadas, compartidas y aceptadas por todos los miembros de ese conjunto social específico; adicionalmente, les permite forjar una identidad colectiva, lo que conlleva necesariamente a justificar las acciones y a sentirse pertenecientes al entorno en el cual se desarrollan. Téngase en cuenta que uno de los fines de las representaciones sociales es llevar al individuo a una adaptación social, esto quiere decir a una apropiación de los elementos colectivos y a otorgarle significados a estos.

Esas imágenes mentales que se tienen del mundo, construidas en el desarrollo de la cultura interactivamente y que se expresan en forma de representaciones sociales, son asumidas por todos los seres. En el caso de profesionales de las ciencias sociales y de la salud, también existen representaciones sociales, pero concomitantes con ellas coexisten su formación disciplinar, que se sustenta como científica; los modelos de intervención que tienen las instituciones, que por lo regular también se sustentan como científicas y que a veces coinciden o no con las perspectivas disciplinares del profesional.

Toda esta carga científica y de representaciones sociales la recibe el paciente en forma consiente o no y la vivencia en forma crítica o no. Existe la certeza que esas acciones tendrán efectos concretos en su salud mental y física, y en las vidas de quienes lo rodean. Por ejemplo, un profesional terapeuta puede tener, además de los conocimientos disciplinares que aplica, algunas representaciones sociales que se expresan como posiciones personales frente a esos conocimientos.

En este sentido, el estudio pretende describir las representaciones sociales con que actúan dichos profesionales; en otras palabras, en su intervención profesional, qué representaciones sociales pueden existir con relación a sus procesos de intervención que realizan.

Ante este panorama surge como interrogante: ¿Cuáles son las representaciones sociales sobre las adicciones comportamentales en los profesionales de las ciencias sociales-humanas y de la salud que les corresponde intervenir en los municipios pertenecientes al Valle de Aburrá?

Esta propuesta de Investigación posibilitó el trabajo colaborativo entre los participantes de los dos grupos de investigación inscritos en Colciencias pertenecientes a la Funlam y la IUE, retomando las experiencias en procesos metodológicos investigativos y específicamente en lo relacionado a trabajos de campo e interpretación de resultados de los múltiples trabajos realizados por estos grupos de investigación de las IES participantes, que respaldaron esta propuesta investigativa de corte cualitativo.

Finalmente, para que este trabajo responda a una realidad contextualizada, fue necesario tener un acercamiento a los diversos profesionales de las ciencias sociales, que se ven abocados desde su quehacer profesional, a establecer estrategias de prevención o de intervención frente a las diversas manifestaciones de las adicciones comportamentales. Este acercamiento permitió generar un acumulado valioso desde lo teórico-práctico que podrá ser utilizado para la difusión desde lo académico e investigativo y para cualificar el ofrecimiento de servicios y asesorías en lo preventivo y la intervención de las adicciones comportamentales. Por otra parte, aportó a continuar pensando en el diseño de las políticas públicas en el ámbito local, nacional e internacional, para que estas contribuyan así al mejoramiento la calidad de vida de la población afectada por las adicciones comportamentales.

OBJETIVO GENERAL

Comprender las representaciones sociales sobre las adicciones comportamentales en los profesionales de las ciencias sociales y de la salud que les correspondió intervenir esta problemática en los municipios pertenecientes al Valle de Aburrá en el año 2014, con el fin de proponer lineamientos para mejorar los tratamientos para estas adicciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- » Identificar los tipos de adicciones comportamentales que se presentan en la actualidad reportados por los profesionales que las intervienen.
- » Develar las representaciones sociales asociadas a las adicciones comportamentales en los profesionales.
- » Establecer posibles lineamientos que puedan mejorar los tratamientos desde la óptica de los profesionales.

METODOLOGÍA

Enfoque

Se desarrolló un estudio cualitativo por su pertinencia para describir e interpretar las percepciones, creencias y actitudes que conforman las representaciones sociales de los profesionales. Tuvo un enfoque fenomenológico – hermenéutico, con el que se buscó comprender e interpretar las representaciones sociales acerca de las adicciones comportamentales desde las concepciones que tienen los profesionales que las intervienen. Lo fenomenológico se tomó de la concepción que para lo cualitativo asumen Taylor y Bogdan (citados en Galeano, 2009), los cuales se ocupan por la comprensión desde el marco de referencia que tienen los actores sociales involucrados.

Actores que facilitaron la información

Se realizó una selección intencionada de 13 profesionales pertenecientes a los campos de las ciencias de la salud y las ciencias sociales, a quienes les corresponde trabajar con pacientes con adicciones comportamentales, también llamadas adicciones no químicas o sin droga. Los profesionales pertenecen a instituciones habilitadas para funcionar por parte de las entidades que rigen el sector de la salud. Los profesionales laboran especialmente en municipios que hacen parte del Valle de Aburrá y, temporalmente, suministraron la información entre los meses de agosto y septiembre del año 2014.

Técnica e instrumentos

En cuanto a la técnica de recolección, se optó por la entrevista semiestructurada, que consiste en un acercamiento lo más natural posible, pero con mucho detenimiento, a lo que son las concepciones del profesional sobre las adicciones comportamentales, sus percepciones sobre el tratamiento y las representaciones sociales que allí están implícitas, recurriendo para ello a la memoria y la experticia del entrevistado.

Se diseñó una guía de entrevista con un número básico de 20 preguntas, instrumento que fue validado por tres expertos en el tema. La entrevista se desarrolló de manera conversacional, incluyendo focos de atención que no se habían previsto y que resultaron relevantes. La forma de conducir la entrevista fue a manera de diálogo, lo que permitió que el participante no se sintiera tensionado ni coartado para dar a conocer su perspectiva personal sobre las temáticas abordadas.

Validación

Se combinaron las siguientes formas de validación cualitativa: la búsqueda exhaustiva de fuentes por parte del equipo de investigación, el juicio de expertos y cotejando los resultados encontrados con el marco referencial.

Otra estrategia de validación fue la revisión permanente y sistemática de la información recogida; esta permite la inmersión mental en lo hallado para obtener una visión de conjunto, lo que facilita la revisión de la categorización previa y la consideración de las categorías emergentes, de tal manera que las unidades de significación estuvieran presentes en sus relaciones, semejanzas y diferencias.

Proceso de recolección

Inicialmente se realizó un contacto con las personas y las instituciones que podían colaborar, con el fin de presentarles el estudio, los responsables, los propósitos y los procedimientos necesarios para que se posibilitará el proceso de recolección. Se les indicó que la información se recogería con un criterio de anonimato, confidencialidad y voluntariedad.

La información fue grabada y, luego de terminado el encuentro, siguieron los procesos de transcripción, sistematización e interpretación.

Proceso de sistematización e interpretación de la información

Para un mejor procesamiento de la información se elaboró una base de datos que soportó los textos de análisis; para ello, el recurso tecnológico utilizado fue el programa para análisis cualitativo Atlas TI versión 7.0. Este software es una herramienta importante para el procesamiento de información cualitativa, por lo que facilita muchas de las acciones que el análisis requiere.

El procedimiento fue el siguiente:

- » Se creó una unidad hermenéutica donde se ingresaron las entrevistas como documentos primarios.
- » Teniendo como referencia las categorías previas, se fragmentaron los textos en citas, se hizo la respectiva codificación (Galeano, 2009) y, para enriquecer la lectura de resultados, se tuvieron en cuenta las anotaciones.
- » Se consideró el surgimiento de categorías emergentes. Se procedió a la clasificación de cada tópico, categorías y preguntas previstas.
- » Posteriormente, se realizó una lectura comprensiva, se procedió a hacer análisis de tendencias, deteniéndose en relaciones, similitudes y diferencias, pero también especificidades y casos únicos.
- » Como estrategia de análisis conjunto, se parte de los resultados escritos y se cotejan con lo hallado en fuentes secundarias y la interpretación de los investigadores.

Consideraciones éticas

La información fue recogida con criterios de confidencialidad, las citas que se escriben para respaldar los resultados, tuvieron un sistema de nomenclatura que solo indica el número de la entrevista, pero no el nombre del entrevistado ni la institución para garantizar anonimato.

Se tuvo la claridad en todo el discurrir de la investigación que la información consignada no sería utilizada para fines distintos a los planteados por el proyecto, que son de carácter académico y científico.

Se utilizó el consentimiento informado para obtener la información de cada profesional participante, con un formato aprobado por el Comité de Ética de las dos instituciones de educación superior participantes que ejecutaron el proyecto investigativo.

REFERENTES TEÓRICOS

Las representaciones sociales (RS)

Este concepto parte de una teoría desarrollada en primera instancia en Francia por varios psicólogos sociales, en los inicios de la década de los sesenta del siglo XX. Uno de ellos, Serge Moscovici (1961), fue quien acuñó el término de “representaciones sociales” en su investigación sobre la recepción y la circulación del psicoanálisis en este país europeo (Jodelet, 1986). Para Serge Moscovici las RS son entonces:

Una modalidad particular de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es 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, liberan los poderes de su imaginación (1961, pp. 17-18).

Mora complementa esta definición planteando que: “la representación social es una teoría natural que integra conceptos cognitivos distintos como la actitud, opinión, la imagen, el estereotipo, la creencia, de forma que no sea una mera suma de partes o aglomeración acrítica de conceptos” (2002, p. 18).

La teoría de las RS es considerada fundamentalmente una teoría del conocimiento ingenuo, porque busca describir cómo los individuos y los grupos construyen un mundo estable y predecible partiendo de una serie de fenómenos diversos y estudia cómo a partir de ahí los sujetos “van más allá” de la información dada y trata de desentrañar qué lógica utilizan en tales tareas los seres humanos.

Las RS son parte del entorno social simbólico en el que viven las personas; pero, al mismo tiempo, ese entorno se reconstruye a través de las actividades de los individuos, sobre todo por medio del lenguaje. Por ello, estos dos componentes en las RS, que son lo social y lo individual, son mutuamente interdependientes y son rasgos fundamentales de todos los fenómenos socioculturales institucionalizados, como por ejemplo los idiomas, los paradigmas científicos o las tradiciones (Marková, 1996).

Adicciones comportamentales

La problemática de las conductas adictivas es más vasta y compleja, y va más allá del uso, abuso y dependencia de las sustancias psicoactivas legales o ilegales que afectan el sistema nervioso central, pues la adicción en el ser humano tiene alcances superiores al de la farmacodependencia, ya que incluye un variopinto de conductas y de “objetos adictivos”, tales como: la ludopatía, algunos tipos de trastornos alimentarios, la compra compulsiva, las conductas sexuales compulsivas, las relaciones sociales dependientes, la dependencia de internet y a las tecnologías de información y comunicaciones (TIC), a la vigorexia, la ergomania (adicción al trabajo), adicción al riesgo, entre otras (Echeburúa, 1999).

Las adicciones comportamentales pueden ser reconocidas con términos tales como: adicciones sin droga, no químicas, sociales, de conducta, psicológicas, socio-adicciones o adicciones atípicas; pero independiente del término con que sean rotuladas, lo que sí se observa es que, en la contemporaneidad, estas cada vez más ocupan un sitio de mayor interés entre los profesionales de las ciencias humanas, sociales y de la salud, que se ocupan de ellas como expertos.

En las últimas décadas del siglo XX y en las dos iniciales del siglo XXI, aparecen en el discurso social y de los medios de comunicación, ocupando grandes titulares como noticias destacadas en el ámbito socio-cultural, por su ya reconocida capacidad de afectación a la salud integral de los seres humanos planetarios, erigiéndose conjuntamente con las adicciones químicas en verdaderas pandemias; y se podría afirmar, sin temor a equivocarse, que ocupan las representaciones sociales contemporáneas de las actuales generaciones humanas, tanto de niños y niñas como de adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.

Se ve con claridad que este tipo de conductas adictivas comportamentales es un campo de preocupación científica muy amplio y complejo, cuyos límites están aún difusos, pues es un fenómeno aún relativamente poco estudiado; esta afirmación cobra mayor relevancia, si se compara con los amplios y profusos estudios de las llamadas adicciones químicas y de la farmacodependencia, las cuales han sido profusamente estudiadas y claramente delimitadas científicamente.

En las últimas cuatro décadas, el concepto de adicción se entiende como un fenómeno amplio y complejo que abarca una multiplicidad de conductas adictivas, concepción basada en la complejidad que se ha ido extendiendo desde Europa y Norteamérica, y desde estas latitudes hacia Latinoamérica y todo el mundo global contemporáneo, proporcionando algunas ventajas para la comprensión de esta compleja realidad humana.

A pesar de que cada vez se tiene una visión más amplia del fenómeno adictivo, este ha tenido y continúa teniendo detractores, pero cada vez parece cuestionarse menos la necesidad de englobar en la categoría “adicción” realidades tan diversas como las adicciones químicas y las comportamentales. Esto se ve claramente acuñado por Becoña y Cortés, cuando afirman que:

Como ya indicamos, una adicción consiste en una pérdida de control de la persona ante cierto tipo de conductas que tienen como características producir dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia, vivir para y en función de esa conducta, etc. Aunque se han propuesto distintos tipos de adicciones, hoy podemos diferenciarlas en dos grandes grupos: aquellas producidas por sustancias químicas y aquellas producidas por conductas: las adicciones químicas y las adicciones comportamentales (2011, p. 26).

Criterios para identificar las adicciones comportamentales

En los últimos casi tres lustros del siglo XXI, los diferentes autores que han trabajado en torno de estas adicciones han ido llegando a consensos al respecto de establecer criterios frente a las adicciones sin sustancias psicoactivas, estos son los principales:

La persona adicta siente un deseo irrefrenable de realizar la conducta objeto de adicción como por ejemplo: comprar productos compulsivamente, conectarse recurrentemente a la red, entrar en contacto con los juegos de azar de manera reiterada y con pérdida paulatina del control sobre el acto compulsivo.

Una vez iniciada la conducta adictiva que presenta el sujeto, se produce una sensación de pérdida de control y dificultad para ponerse límites, pues continúa dedicando un tiempo cada vez más amplio del previsto de antemano; ello se manifiesta en la incapacidad de dejar de hacer lo que está haciendo, a pesar de haberse propuesto inicialmente un límite para la actividad adictiva que inició (Rojo, Plumed, Llanos, Vaz, Díaz, Rojo-Bofill & Livianos, 2012).

Con el paso del tiempo, suelen aparecer en la vida del adicto comportamental consecuencias negativas relacionadas con su adicción, que se manifiestan como problemáticas asociadas; entre estas, las más comunes son: problemas afectivos o de pareja, dificultades familiares, problemas en los planos educativo, económico, laboral, social e incluso legal; y, a pesar de su presencia, el afectado no es capaz de detener la actividad adictiva, aunque desee e intente hacerlo.

Se produce una progresiva expansión de la conducta adictiva, pasando a ocupar el lugar más importante en la vida de la persona, desplazando otros intereses y otras actividades, hasta el punto de llegar a descuidar aspectos tan importantes como las obligaciones educativas, familiares o laborales, e incluso los hábitos básicos de cuidado personal, como la alimentación o el sueño. Se trata de una invasión del hábito en todas las facetas de la vida, empobreciendo ésta hasta extremos de riesgo para la salud física y psíquica del adicto.

El proceso adictivo suele ir aparejado, en sus diferentes fases de desarrollo, de lo que se denomina “negación del problema”, es decir que el adicto tiene dificultades para reconocer que muchos asuntos de su proyecto existencial van mal y, a pesar de los cambios ocurridos en su vida y aunque otras personas de su entorno cercano lo perciban y se lo hagan saber, el sujeto adicto se sostiene en la negación, e inclusive se comporta igual que la persona dependiente del alcohol o de otras drogas legales o ilegales, niega la dependencia del objeto adictivo diciendo: “puedo dejarlo cuando quiera”. Estas personas que presentan una o más conductas adictivas químicas o comportamentales niegan su incapacidad frente al objeto adictivo auto-engañándose y pensando que todo está bajo control.

De manera sistemática y a medida que la adicción va ganando terreno en la vida del adicto, se van produciendo otros cambios y circunstancias cada vez más problemáticas. Recuérdese que la conducta adictiva es al principio una fuente de placer para la persona que la realiza; sin embargo, con el transcurrir del tiempo se produce un displacer, una sensación de malestar, desasosiego o sufrimiento que solo cede con un nuevo episodio de conducta adictiva, por ejemplo, volviendo a jugar, en el caso de un ludópata; comprando, para un comprador compulsivo; haciendo ejercicio, para un vigorético. De esta forma, ellos “alivian el malestar” o el sufrimiento, pero luego este se va sustituyendo poco a poco por el placer inicial, o sea, se termina ejecu-

tando el acto adictivo para no sufrir, para paliar el sufrimiento causado por el síndrome de abstinencia, que se manifiesta de muchas formas, dependiendo del tipo de conducta adictiva, de la intensidad y la fase de la adicción en la que se encuentre el adicto comportamental.

Otro de los cambios y nuevas situaciones que se van produciendo es el hecho de que la persona adicta necesita dedicar un tiempo cada vez mayor a su adicción, aumentando la intensidad o la frecuencia de la conducta para obtener el efecto deseado, pues se produce una disminución del efecto placentero ligado a la conducta adictiva. Esta pérdida de la sensación de intensidad es lo que se denomina el efecto de tolerancia (Madrid Salud, 2011a).

Etapas del proceso adictivo comportamental

También en la literatura experta sobre las conductas adictivas comportamentales, se encuentran unas clasificaciones sobre los diferentes momentos, estadios o fases por los que va pasando la problemática adictiva; una de estas propone su clasificación en tres etapas así: inicial, intermedia y avanzada.

Etapa inicial

En este momento de la conducta adictiva se establece el hábito comportamental, en el que se producen episodios de descontrol, como por ejemplo, la persona dedica mucho más tiempo o medios para jugar en el casino de lo que inicialmente se había planteado, se queda más horas de las planeadas y gasta más dinero del que previó, incluso usa su tarjeta de crédito porque se gastó el efectivo. Simultáneamente a ello, el deseo de realizar la conducta ocupa cada vez más el pensamiento y la persona explora diferentes alternativas para dedicarle más y más tiempo al acto adictivo.

Como consecuencia de todo ello, se producen cambios importantes en el estilo de vida, que son percibidos por las personas de su entorno cercano, ya que el sujeto adicto se va desvinculando progresivamente de las actividades que anteriormente realizaba o de las personas y relaciones que mantenían su proyecto existencial funcional, y solo privilegia aquellas que compaginen con la conducta adictiva. A consecuencia de lo anterior, comienzan a aparecer algunos cambios psíquicos como nerviosismo, irritabilidad, cambios de humor, que son percibidos como extraños por las personas cercanas al sujeto que presenta la adicción comportamental (Madrid Salud, 2011a).

Etapa intermedia

Se identifica por el aumento de la pérdida de control por parte del sujeto sobre la conducta adictiva, lo que lleva aparejado un aislamiento más notable y creciente de su entorno habitual. A pesar de esto y, en muchos casos, se produce acentuación de la negación del problema por parte de quien sufre la conducta adictiva ya implantada, lo cual lo lleva a no reconocer las situaciones que evidencian de modo claro que el problema existe y que va avanzando dramáticamente. Una de las falsas “salidas” que intenta el adicto ante esta situación es el aislamiento; este toma una distancia cada vez mayor de las personas de su entorno habitual, pues comparte con estas cada vez menos intereses y con ello, simultáneamente, trata de evitar enfrentarse con lo que evidentemente ya es una conducta adictiva problemática, difícil de camuflar por su incrementada intensidad y sus signos y síntomas visibles.

En esta fase suelen aparecer los problemas en otros ámbitos del proyecto existencial del sujeto, tales como: bajas en el rendimiento escolar o el laboral, pues la conducta adictiva impide el adecuado funcionamiento del sujeto en estos ámbitos y suelen producirse ausencias e incumplimientos importantes. En ocasiones, estos problemas, que son signos de una marcada disfuncionalidad, son los que dan la voz de alarma y permiten al sujeto o a la familia tomar conciencia de la situación de riesgo en la que se encuentran y comenzar a pensar en posibles soluciones, evitando así que la adicción continúe avanzando, buscando un tratamiento (Madrid Salud, 2011a).

Etapa avanzada

Como sucede en toda conducta adictiva química o comportamental, cuando no se les pone límite en las etapas iniciales, estas continúan la escalada, y la dedicación a la misma se hace más y más intensiva y problemática, a veces hasta extremos que ponen en grave riesgo la salud del individuo, ya que el hábito va invadiendo más y más los espacios personales, ocupando el tiempo incluso que se usa para cubrir las necesidades básicas como comer, asearse, dormir o descansar. Toda otra actividad o necesidad, hasta las fisiológicas y psíquicas básicas, quedan supeditadas a la actividad objeto de adicción, produciéndose abandonos importantes en otras áreas indispensables para un desempeño básico del sujeto. En este momento de la lógica adictiva, la capacidad de razonar y cuestionar el objeto causa de la dependencia por parte del adicto es más difícil y, en ocasiones, no siempre es posible; a pesar de que lo intente, el adicto fracasa, no tiene éxito en abandonar el objeto adictivo.

Esta etapa es muy dolorosa para el adicto, pues suelen aparecer problemas económicos y de relaciones muy graves, motivadas por el abandono de sus responsabilidades de todo tipo, y por el intento de ocultar su problema, mintiendo sobre el mismo a las personas más cercanas; esto acompañado de la pérdida de autoestima y del sentimiento de culpa que suele no abandonar al adicto en esta etapa avanzada, lo cual se constituye en un nuevo escollo para abandonar la conducta adictiva, pues es vivida como el único refugio posible frente a un intenso sufrimiento psíquico. Esta fase se denomina también como la de “tocar fondo” y, en ocasiones, es el inicio de la salida del problema, pues permite al sujeto reconocer la negación mantenida hasta este momento, ya que posibilita a la persona reconocer la magnitud de su adicción y pedir o aceptar ayuda (Madrid Salud, 2011b).

Problemáticas asociadas a las adicciones comportamentales

Todas las conductas adictivas afectan el entramado integral del ser humano y todos sus planos: biológico, psicológico, social y cultural, llevando a alterar su normal funcionamiento y precipitando la aparición de problemáticas asociadas, entre las cuales se destacan:

Problemáticas fisiológicas, entre las que se incluyen dificultad para descansar o para relajarse, estrés, ansiedad, deterioro del estado general, alteraciones de la alimentación, del sueño o inmunitarias.

Problemáticas cognitivas, como pensamientos distorsionados, pensamiento mágico, ideas obsesivas, razonamiento restringido, pobre o nulo, entre otras.

Problemáticas psíquicas y psicopatológicas: cambios bruscos de conducta, cambios de humor, irritabilidad, agresividad, empobrecimiento afectivo, descompensaciones neuróticas o psicóticas, confusión mental, alteraciones en la percepción de la realidad, intenso sentimiento de culpa, ideas suicidas, estados de ansiedad, entre otras.

Problemas con el entorno social: conflictos derivados de la desatención de las responsabilidades familiares, laborales o sociales, aislamiento, disminución o desaparición de actividades de ocio saludables, alteraciones en la sexualidad, desmotivación y/o bajo rendimiento en el trabajo o estudios, pérdida de relaciones significativas, rupturas familiares, problemas económicos, actuaciones delictivas con sus consecuencias legales o judiciales, entre otros (Zapata, Torres & Montoya, 2011, Madrid Salud, 2011b).

Factores de riesgo asociados

Dentro de las circunstancias que se identifican como precipitadoras o acompañantes de las adicciones comportamentales aparecen con gran impacto las siguientes:

- » Inmadurez
- » Baja autoestima
- » Impulsividad
- » Baja tolerancia a la frustración y a los estímulos displacenteros
- » Inestabilidad emocional
- » Tendencia al aislamiento
- » Introversión
- » Dificultades de comunicación
- » Experiencias negativas o traumáticas anteriores
- » Fracaso escolar continuado
- » Conflictos a nivel familiar o laboral
- » Presencia de cuadros psicopatológicos diversos.
- » Trastornos del estado de ánimo (Madrid Salud, 2011, p. 2)

Hallazgos preliminares

- » Se entrevistaron psicólogos (tres corrientes: cognitivo-conductual, humanista-existencial y dinámico-psicoanalítica), médicos, psiquiatras, trabajador social, algunos formados en adicciones, otros con posgrados afines y algunos en la experiencia empírica, entre 5 a 20 años de experiencia de trabajo con adicciones, más con las químicas que con las comportamentales.
- » Reconocen concepciones del ser humano integral desde lo bio-psico-social, bio-psico-socio-cultural, bio-psico-socio-cultural-espiritual.
- » Los enfoques manejados son: bio-médico, clínico-psicológico, médico-psiquiátrico, neurobiológico, comunidad terapéutica y doce pasos.

- » Los profesionales que se entrevistaron afirman que en el Valle de Aburrá es necesario mayor formación para el abordaje de las adicciones comportamentales (AC).
- » Unos plantean que el abordaje debe ser igual tanto para las adicciones químicas como para las AC.
- » Otros, que debe ser diferente y especializada la intervención de las AC.
- » Unos piensan que los ex-adictos no deben ser parte del tratamiento.
- » Otros, que los ex-adictos son fundamentales en el tratamiento.

Algunos imaginarios

- » Es imposible la rehabilitación.
- » Todos recaen, o la mayoría.
- » Es muy difícil trabajar con los adictos.
- » Usted porque trabaja en eso.
- » Las adicciones químicas son iguales que las comportamentales.
- » El modelo sirve para todas las adicciones.
- » Las terapias de choque son útiles en la rehabilitación.
- » “Las adicciones comportamentales son de mayor complejidad que las químicas”.
- » Para otro, en cambio, “tienen menor dificultad y cuando llega un paciente con una AC, se lo delego a un compañero con menos experiencia”.
- » La percepción que tienen algunos profesionales es que “las adicciones comportamentales no son tan graves y no son tan frecuentes, entonces no se ausculta sobre ellas”.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Concomitantes con las RS, en los profesionales indagados coexisten su formación disciplinar y científica. Desde este entramado simbólico, según los modelos de intervención que tienen lugar en las instituciones, las perspectivas científicas y disciplinares del profesional con la concepción del modelo institucional a veces coinciden y otras veces no, asunto que complejiza la intervención y le otorga giros inesperados a los tratamientos.

Si en la RS del profesional, el adicto es concebido como un enfermo irrecuperable y sin voluntad, su intervención puede tener una perspectiva distinta a si este lo reconoce como un ser humano con derechos que atraviesa por un evento adictivo: en el primer caso, el adicto es tratado como objeto pasivo de la intervención y, en el segundo caso, como un ser que tiene posibilidades de participar en su recuperación.

“No es válida la intervención que victimice o desresponsabilice a las personas o responsabilice de todas las dificultades a las familias”.

Los tratamientos para las adicciones comportamentales que se enfocan desde una sola disciplina y no se piensan desde un enfoque integral pueden tener logros limitados para la recuperación de estas conductas adictivas.

En ocasiones, el tratamiento se reduce solo a trabajar un problema de conducta, con lo que se pierde la multidimensionalidad del ser humano y la integración necesaria en los tratamientos.

REFERENCIAS

Becoña, E. (2004). El juego patológico: Prevalencia en España. *Salud y drogas*, 4(2), 9-34. Recuperado de <http://www.documentacion.edex.es/docs/1101INSsal2.pdf#page=16>

Becoña, E. I. & Cortés, T. [Coordinadores] (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. [Versión PDF]. Valencia, España: Socidrogalcohol. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>

Chóliz, M. (2008). *Adicción al Juego de azar*. Buenos Aires: Deauno.com

Dickerson, M. (2003). The Evolving Contribution of Gambling Research to Addiction Theory. *Addiction*, 98(6), 709. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.2003.00415.x/pdf>

Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: Juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao, España: Desclee de Brower.

Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo? *Adicciones*, 24(4), 281-285. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289124639001>

Galeano, E. (2009). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín, Colombia: Universidad Eafit.

- Jodelet, D. (1986). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici S., *Psicología social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- Madrid Salud. (2011a). *Adicciones sin drogas (I)*. Página de salud pública del ayuntamiento de Madrid. Madrid, España: Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de http://www.madridsalud.es/temas/adicciones_sin_drogas_I.ph
- Madrid Salud. (2011b). *Adicciones sin drogas (II)*. Página de salud pública del Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de http://www.madridsalud.es/temas/adicciones_sindrogas_II.php
- Marková, I. (1996). En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales. En Páez, D. & Blanco, A. (eds.), *La teoría sociocultural y la psicología social actual*, 163-182. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, (2), 1-25. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. París: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984). *The Phenomenon of Social Representations*. En Moscovici, S. *European Studies in Social Psychology*. París, Francia: Cambridge. University Press.
- Pérez, E., Castrillón, A. & Cano, E.Z. (2001). *Representaciones sociales sobre el consumidor y el consumo de sustancias psicoactivas*. Medellín: Multimpresos.
- Rojo, L., Plumed, J., Llanos, C., Vaz, F. Díaz, M., Rojo-Bofill, L. & Livianos, L. (2012). Los trastornos de la conducta alimentaria: Consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 197-204.
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. & Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20(2), 149-159. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122057007>
- Tobón, N. I., Cano, V. H. & Londoño, N. H. (2010). Perfil cognitivo en personas con ludopatía: aproximación a la población no institucionalizada. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (29), 1-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214466007>
- Zapata, M. A., Torres de G., Y. & Montoya, L. P. (2011). Riesgo de Juego Patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín, Colombia. *Adicciones*, 23(1), 17-25. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122829003>

The background of the image is a watercolor-style wash of colors, primarily in shades of blue and green, with some white and light blue areas. The colors are blended and textured, creating a soft, artistic feel. The text is overlaid on this background.

LEGALIZACIÓN DE LAS DROGAS

Prohibición e interdicción: una mirada errónea del mercado de las drogas

Mauricio Alejandro Bedoya Jiménez*

Fundación Universitaria Luis Amigó

Resumen

En la actualidad, es necesario replantear la forma como hasta el momento se han realizado los esfuerzos para tratar de combatir la producción y el consumo de las drogas. En este sentido, este artículo trata de dar una visión sobre algunos de los resultados que ha traído consigo la lucha contra las drogas efectuada por el país, lo que permita evidenciar la necesidad de diseñar una estrategia integral que implique una descriminalización, con el fin de darle a las drogas ilícitas un enfoque hacia el problema de salud pública.

Palabras clave

Drogas, prohibición, interdicción, incentivos y costo–beneficio

*Magíster, Docente de Pregrado Negocios Internacionales de la Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables, Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín, Colombia. Correo electrónico: mauricio.bedoyaji@amigo.edu.co

ENTENDIENDO EL FUNCIONAMIENTO ECONÓMICO

Con el fin de entender por qué es tan lucrativa, desde el punto de vista económico, la actividad de las drogas ilícitas, es necesario hacer énfasis en algunos conceptos básicos de la economía y la microeconomía. El primero de ellos hace referencia a los incentivos que, desde la economía, se transforman en aspectos monetarios; así las cosas, los incentivos son ventajas que motivan a las personas a tomar decisiones bajo muchos aspectos que pueden motivarlas: por ejemplo, el precio, seguido del llamado costo de oportunidad, que hace referencia a todo aquello a lo que se renuncia al tomar una decisión; y, por último, el principio de racionalidad, aquel que establece que los individuos son racionales por naturaleza y que se genera a partir de la comparación de los costos y beneficios de su elección. En este sentido, los individuos buscarán siempre la maximización de sus beneficios; por tanto, su racionalidad³ es meramente económica (Stiglitz & Walsh, 2009).

Los anteriores principios se encuentran enmarcados dentro de lo que la teoría económica ha denominado mercado, el cual se encuentra integrado por compradores (consumidores) y vendedores (productores). En una economía de mercado, la mayoría de los intercambios son guiados por los precios de los bienes y servicios implicados; de allí que lo primero que se tiene que entender en economía es que la asignación de recursos la hace este.

Ahora, dentro del mencionado mercado, existen dos modelos distintos: uno llamado mercado perfecto, el cual se encuentra caracterizado por una gran cantidad de compradores y vendedores, y en donde ambos son precio-aceptantes, es decir, ninguno de los dos influye sobremanera en el precio; y otro, denominado mercado imperfecto, el cual se encuentra compuesto por muchos compradores (consumidores) y pocos vendedores (productores); en este, los productores son los encargados de fijar el precio de los distintos bienes.

LA TEORÍA ECONÓMICA Y LOS MERCADOS ILEGALES

El análisis económico del delito tiene diferentes orígenes: i) la idea utilitarista sobre el individuo, ii) la teoría económica de los neoclásicos, iii) el razonamiento sobre el individualismo, iv) la orientación del costo-beneficio que incide en las decisiones del individuo, v) las preferencias y vi) el equilibrio que hay en el mercado (De la Fuente, Mejías & Castro, 2011, p. 194).

³ Gary S. Becker (1974) trata en su obra *Crime and Punishment: An Economic Approach* al individuo criminal como un individuo con racionalidad, pues este siempre actuará en función de la utilidad de sus decisiones.

Ahora bien, como se dijo en la sección anterior, la economía se encuentra conformada por mercados, en los cuales los individuos realizan transacciones e intercambian bienes y servicios; no obstante, algunos economistas, como el caso de Becker (1974) y Ehrlich (1996), han desarrollado teorías económicas relacionadas con la formación de mercados ilegales, los cuales no se entienden simplemente como el intercambio de bienes y servicios, sino como una idea más abstracta, en los que el comportamiento agregado de los oferentes y demandantes de drogas ilegales se coordina y es consistente con el comportamiento de los precios relativos de estas (Arroyo, Alegría & Bustamante, 2009).

En el caso mencionado, y para poder entender la idea de un mercado de drogas ilegales, tal como lo señala Ehrlich (1996), es necesario suponer que los agentes, es decir, expendedores, consumidores y autoridades del orden público, se comportan de forma racional, y que existen unas preferencias estables por crimen y protección del mismo. Pero este mercado, al que pertenecen consumidores y productores, es incentivado por el precio: “mercado en el cual el comportamiento agregado de ofertantes y demandantes es coordinado y realizado coherentemente a través de ajustes en los precios correspondientes”⁴ (Raffo, 2011, p. 292).

La decisión de que un individuo participe en el mercado ilegal de las drogas está orientada por el principio de racionalidad económica, del cual se habló anteriormente, o sea, por los costos y los beneficios que son conseguidos a través de dicha actividad. Ehrlich (1996) desagrega en su obra *Crimen, Castigo y el Mercado del delito*⁵, dichos costos y beneficios, haciéndolos más explícitos; como parte de éstos se encuentran: i) la ganancia obtenida por la actividad y ii) los costos que conlleva realizar la misma, a los cuales se deben sumar los costos de garantizar su propia seguridad. En el caso de los costos implícitos, estos se detallan a través de i) la probabilidad de la captura y la condena, y ii) el riesgo (Ehrlich, 1996). La combinación de los distintos costos y beneficios permite al individuo delincuente establecer una rentabilidad o utilidad esperada, lo que finalmente determina si el individuo comete o no un acto delictivo.

Lo anterior permite resaltar que, en el caso de la venta o producción de drogas ilícitas, el individuo decidirá actuar, siempre y cuando el acto que realice supere cualquier tipo de costo (implícito o explícito) al que se pueda enfrentar. De tal manera que no será el mismo concepto racional que tenga el expendedor de drogas, al concepto racional de un agente económico que no lo sea.

Lo planteado quiere decir que la teoría económica del delito y del castigo presume que el individuo es un ser racional; por tanto, “sólo se cometerá un delito cuando al evaluar los beneficios obtenidos de violar la Ley, estos sean superiores a los costos y riesgos ocasionados por ejecutar el acto” (De la Fuente, Mejías & Castro, 2011, p. 194).

⁴ “market in which the aggregate behavior of suppliers and demanders is coordinated and made mutually consistent through adjustments in relevant prices”.

⁵ *Crime, Punishment, and the Market for Offenses.*

Ahora, una vez entendido este sencillo modelo, el cual podría decirse que es un modelo canónico relacionado con la comprensión de aspectos esenciales de la economía y la microeconomía, es preciso acercarse y definir cuál es el comportamiento económico que asume el mercado de las drogas, a partir de la intervención en dos de sus componentes fundamentales: la oferta y la demanda, aspectos que se encuentran, de acuerdo a la teoría económica, altamente influenciados por determinantes como los gustos, los ingresos, las expectativas, el número de compradores, el número de vendedores, entre otros; siendo el más importante de todos, el precio.

EL CASO COLOMBIANO: LA RESTRICCIÓN DE LA OFERTA Y SUS COSTOS

Durante más de 40 años, el país se ha visto supeditado a un flagelo que naciera con la aparición de los primeros cultivos de marihuana en la Sierra Nevada de Santa Marta (Samper, 2013). Durante esa larga etapa, el país se ha visto abocado a diferentes políticas con el fin de reducir la producción de drogas; políticas que empezaron a implementarse, con más fuerza, con la declaración de la lucha contra las drogas realizada por el presidente Richard M. Nixon y que alcanzara el tinte de “asunto de seguridad nacional” para los Estados Unidos⁶. Nixon dijo: “El consumo de drogas ha asumido las dimensiones de una emergencia nacional (...) el peligro no pasará con el fin de la guerra de Vietnam; existía antes de Vietnam y existirá después” (Gaviria & Mejía, 2011).

Sus palabras estuvieron acompañadas de un extenso plan para combatir el narcotráfico y la reformulación de las políticas que tenía Washington para combatir este problema⁷, tanto en el ámbito nacional⁸ como en el extranjero, convirtiendo a los países integrantes de la región andina en los principales sujetos pasivos de la política antidroga norteamericana. Así, los Estados Unidos comenzaron a intervenir en la política de los países productores de la materia prima de las drogas (entre ellos Colombia), con el argumento de erradicar el problema desde la raíz. Esto se manifestó bajo la firma de acuerdos y mecanismos de cooperación con otros países para ayudarlos a combatir el narcotráfico.

⁶ El 17 de junio de 1971 fue utilizado por primera vez el término “guerra contra las drogas” por parte de un presidente de los Estados Unidos

⁷ En 1973, el mandatario aseguró que “este gobierno le ha declarado la guerra global a la amenaza de las drogas” y el 1 de julio de ese mismo año creó la nueva Drug Enforcement Administration (Administración de Cumplimiento de Leyes sobre las Drogas), la actual DEA. El presupuesto de la nueva agencia para 1974 fue de US\$ 116 millones.

⁸ Pese a ello, la guerra contra las drogas causó un aumento considerable de su consumo: en primer lugar, la guerra se concentró en el consumo de la marihuana, LSD y heroína; el consumo de cocaína fue demasiado permisivo, tanto es así que esta era percibida como una droga doméstica (Demarest, julio 1981, p. 51).

A principios de los ochenta, la lucha contra el tráfico de drogas se caracterizaba por una estrecha colaboración con los Estados Unidos. Durante la presidencia de Turbay Ayala (1978-1982), el Gobierno decidió, dentro de su política exterior, seguir los pasos de Estados Unidos, es decir, atacar el problema de las drogas combatiendo su oferta. Es así entonces como, a través de tratados de cooperación, el país recibió ayuda económica y asesoría en sus fuerzas militares, policíacas y aduaneras. De esta fase de cooperación quedó la firma del tratado de extradición, el cual habría de incidir en la estrategia antidroga que Colombia adelantaría en los años posteriores. Esta herramienta ha sido tal vez la más “efectiva” para amedrentar y coartar las acciones de los narcotraficantes, pero también la que peores costos le ha significado al país por sus efectos retaliativos⁹.

A partir de este momento, las relaciones internacionales del país se narcotizaron. Exclusivamente Colombia debía referirse al tema de la producción de drogas y el combate de estas, y sus políticas estuvieron orientadas por la política antidrogas, la cual pasó a ser tema sustancial en los gobiernos subsiguientes y estuvo permeada por el discurso prohibicionista promovido en el ámbito mundial, dispuesto por conferencias, especialmente de las Naciones Unidas, en las cuales se buscaba, entre otros aspectos, controlar la producción, el mercadeo y consumo de dichas drogas, además del lavado de activos por los actores de la industria de las drogas ilegales (Thouni, 2005, p. 271).

Estas políticas estuvieron orientadas sobre el supuesto que en cada sociedad existen individuos que deben ser sancionados, ya que existen algunos que, por su personalidad, naturaleza y actitud de vida, violarán las normas sociales y leyes¹⁰. De tal forma que las políticas Colombianas contra las drogas tuvieron el contenido de estos matices (las relaciones internacionales narcotizadas y una política prohibicionista orientada hacia el individuo), tratando de resolver el principal problema: cómo enfrentar al narcotráfico asociado al gran aumento de los niveles de violencia y a los grandes ingresos concentrados en los narcotraficantes. Durante esta época, la lucha del narcotráfico estuvo orientada principalmente en una búsqueda de la integralidad de la regulación y fue creado el Estatuto Nacional de Estupefacientes¹¹.

En los años 90, gracias a la muerte de Pablo Escobar y la aprehensión de los Hermanos Rodríguez Orejuela, quienes representaron los dos grandes carteles de la droga en Colombia (el cartel de Medellín y el cartel del Valle)¹², las políticas contra las drogas tuvieron un gran giro, pues la industria de la droga se

⁹ Los grandes productores y comercializadores de droga utilizaron el terror como mecanismo de poder. Para ampliar, se puede consultar Bagley. B: “Colombia and the War on Drug” en *Foreign Affairs*, Summer 1988.

¹⁰ En un simposio (Portland, Oregon) de jefes de policía se aprobó un documento que planteaba: “rechazamos el argumento de que las leyes actuales han agravado el problema de las drogas. Lo que ha agravado el problema son los individuos que toman decisiones erradas” (Tully & Margarite, 1992, p. 85).

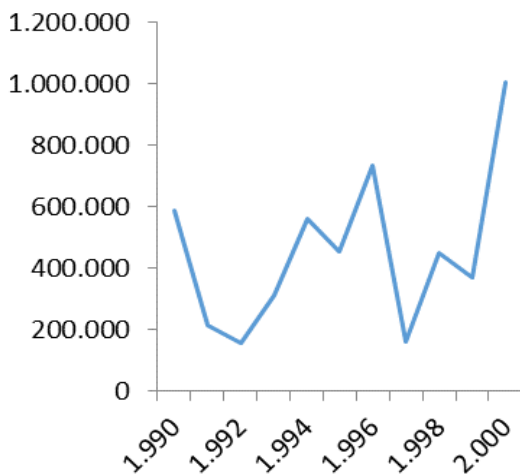
¹¹ Ley 30 de 1986 (Congreso de la República de Colombia, 1986).

¹² Algunos cálculos estiman que, entre los años 80's y 90's, los carteles de Medellín y del Valle controlaron alrededor del 70% de la cocaína que se enviaba a los Estados Unidos (Páez, 2012, p. 6).

atomizó y dio creación a pequeños carteles. En forma errónea, se pensó que el ataque a las fuentes de producción reduciría la oferta, el precio ascendería vertiginosamente, haciendo inaccesible el producto, lo cual reduciría drásticamente la demanda. Sin embargo, la producción de cultivos de coca aumentó en el país.

Estimaciones del Departamento de Estado de los Estados Unidos (2003) indican que en 1990 los cultivos de coca en Colombia ascendían a 40.100 hectáreas, mientras que, al finalizar el 2000, Colombia tenía 136.200 hectáreas de coca cultivadas (pp. 11-16), lo cual quiere decir que en el periodo transcurrido, las hectáreas cultivadas de coca se incrementaron en 239,65%, aspecto que tuvo especial impacto en la incautación de hoja de coca; así las cosas, mientras para 1990 la incautación de coca fue de 586.432 kilos, en el año 2000 esta fue de 1.004.917 kilos, logrando un aumento del 71.36% (Ver Figura 1). La causa de los aumentos de los cultivos de coca durante esta época está atada a varios factores: i) la atomización de los carteles de droga, ii) la financiación de las actividades de los grupos subversivos y paramilitares que se dedicaron a su cultivo (Ver Figura 2) y iii) la transformación de la actividad de la importación de la base de coca que se hacía de países como Perú y Bolivia a la producción interna de la hoja y pasta de coca¹³. El aumento de las incautaciones de la producción de coca si bien demuestra que existen resultados de la política prohibicionista, también demuestra que sus efectos no han sido los esperados, pues no solamente aumentaron¹⁴ las hectáreas de coca cultivada en Colombia, sino también la producción de pasta y de sales.

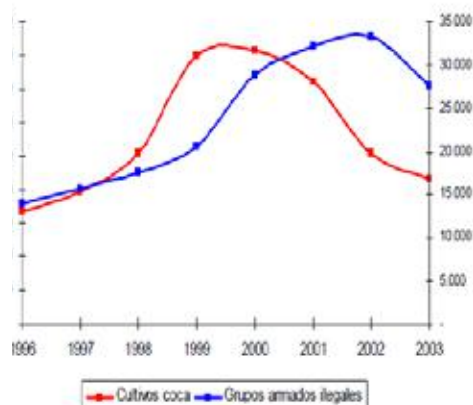
Figura 1. Incautación de drogas
Periodo 1990 – 2000



Fuente: Cálculos propios con base en UNODC (2004)

¹³ Para los procesadores y exportadores pequeños era más atractivo comprar la pasta de coca y la base de coca de Colombia que en Perú y Bolivia, dada la reducción de costos que había.

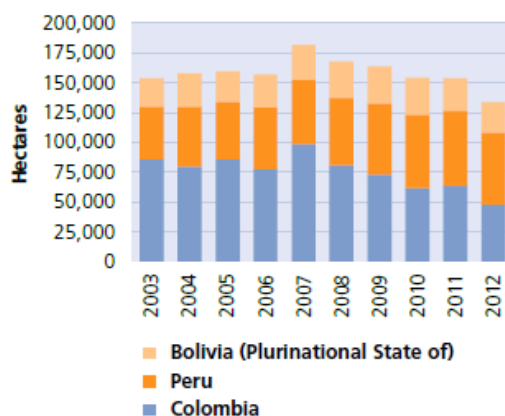
¹⁴ Vale la pena anotar que durante esta época, el área cultivada de coca en Bolivia y Perú disminuyó de 211.800 hectáreas a 185.000 hectáreas, pero la productividad por hectárea aumentó, pasando de 330 mil toneladas a 664.000 toneladas. (United States Department of State, 2003, pp. 17-18).

Figura 2. Cultivos ilícitos y grupos armados al margen de la ley 1996-2003

Fuente: (UNODC-Colombia, 2004, p. 39). Statistics. Solo se incluyen en el gráfico el decomiso de hoja de coca y cocaína (base, pasta y sales).

El nuevo milenio trajo consigo una nueva estrategia de la lucha contra las drogas: el Plan Colombia¹⁵ -durante el periodo comprendido entre 1999 y el 2008, el gobierno de Estados Unidos junto con el gobierno Colombiano invirtieron cerca de USD 12.840 millones-. Los resultados obtenidos a través de esta estrategia pueden traducirse en una reducción del 50% de las hectáreas cultivadas de coca entre el 2000 y 2008, pasando de aproximadamente 160.000 a 80.000 hectáreas (ha) cultivadas (Gaviria & Mejía, 2011, p. 70), lo que equivale a 8.888,88 ha por año; los principales instrumentos para el logro de ello fue la aspersión aérea y la sustitución de cultivos¹⁶.

Esta situación es similar al comportamiento que, según el informe anual de la guerra contra las drogas, realizado por UNODC (2014, p. 34), han tenido los cultivos de coca sembrados en Colombia: entre el 2003 y el 2012, la disminución de los cultivos ha sido del 48.38%, al pasar de 93.000 en el 2003 a 48.000 ha en el 2012 (Ver Figura 3).

Figura 3. Cultivos de coca 2003 – 2012

Fuente: Source: Bolivia: 2002: CICAD and US Department of State, INCSR. Since 2003: National Illicit Crop Monitoring System supported by UNODC. Colombia: National Illicit Crop Monitoring System supported by UNODC. Peru: National Illicit Crop Monitoring System supported by UNODC.

¹⁵ Fue concebido en 1999 y su objetivo era reducir en un 50% la producción de drogas ilícitas, esencialmente el uso de la cocaína y recuperar la seguridad del país (Departamento Nacional de Planeación, 2006).

¹⁶ Estos surgieron como resultado de los potenciales efectos colaterales que trae consigo la aspersión aérea.

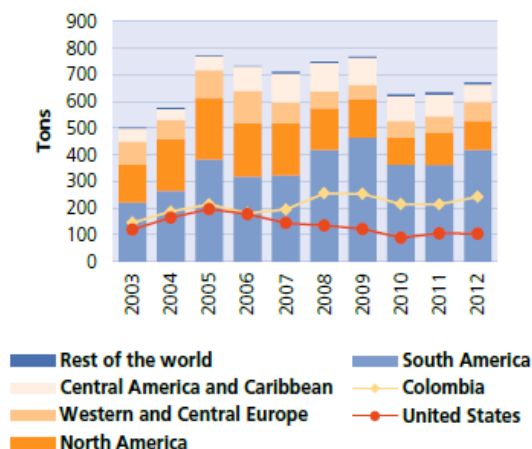
Al hacer un análisis de estas cifras relacionadas con el Plan Colombia¹⁷, puede establecerse cómo cada hectárea en la que se ha disminuido la producción de droga, le ha costado al país la suma de USD 160.5 millones, una cifra demasiado alta para tan pocos resultados, si se tiene en cuenta que pese a la disminución de las hectáreas cultivadas, la productividad en los cultivos aumentó (Mejía, 2009, p. 17).

LA VISIÓN ERRÓNEA DEL MERCADO FRENTE AL MERCADO DE LAS DROGAS

No cabe duda que es errado pensar que las políticas antidrogas deben estar estructuradas bajo el comportamiento de las teorías de oferta y demanda del mercado clásicas; la idea relacionada con que un aumento de los precios de la producción de la droga, ocasionada por las políticas prohibicionistas, ocasionarían una disminución de la demanda de estas ha sido totalmente contrariada por la realidad y por lo que los economistas han denominado factores “extraeconómicos”, como por ejemplo el riesgo (Samper, 2013, p. 64).

Es así como la lucha contra el tráfico de drogas, orientada desde políticas prohibicionistas y de interdicción¹⁸ no ha dado los resultados esperados en cuanto al aumento de sus precios, aunque, como se puede evidenciar en el Figura 4, del total de incautaciones de droga en el ámbito mundial, las principales incautaciones de cocaína provienen de Colombia, lo que no ha originado un aumento en el precio de la droga ni la disminución de su consumo.

Figura 4. Incautaciones de droga en algunos países. 2003 - 2012



Fuente: UNODC (2012) Annual Report Questionnaire and other official sources

¹⁷ Hasta 2008.

¹⁸ De acuerdo al Observatorio de Drogas de Colombia (www.odc.gov.co), la estrategia antinarcóticos, desde esta perspectiva, se enfoca hacia la desarticulación definitiva de los factores y condiciones regionales que promueven la producción y tráfico de drogas.

El precio al por menor de la cocaína ha permanecido constante durante los últimos 12 años; un consumidor de Estados Unidos y de Europa Central y del Este ha pagado durante este tiempo alrededor de 75 euros por gramo, aspecto importante y que concuerda con Miron (2003), quien plantea en su investigación “The Effect of Drug Prohibition on Drug Prices: Evidence From the Markets For Cocaine and Heroin” una pregunta fundamental sobre el mercado de las drogas:

Por qué a lo largo de los últimos 25 años, los precios reales de la cocaína, ajustados por niveles de pureza, han bajado dramáticamente, mientras buena parte de las medidas de control han aumentado, y la producción y el consumo de drogas apenas lo han hecho (Miron, 2003, p. 4).

La respuesta a esta pregunta es dada por el comportamiento del precio de la cocaína: la respuesta a las políticas prohibicionistas no han hecho mella en su producción; al contrario, se puede concluir cómo esta ha tenido un desplazamiento hacia la derecha, es decir, su oferta ha aumentado como producto de un aumento de la productividad, lo cual representa una curva de oferta elástica. Sin embargo, el precio no ha disminuido, sino que ha permanecido constante durante largo tiempo, lo cual ha hecho que su curva de demanda sea inelástica.

CONCLUSIONES

Se ha demostrado, con el comportamiento de las drogas ilícitas, que la idea represiva de atacar la demanda a través de la prohibición de la cocaína, tratando de aumentar los precios a través de la restricción de la oferta, no ha dado el resultado esperado; al contrario, dicho precio no ha variado de manera sustancial en las últimas décadas, mientras que los recursos invertidos en la guerra contra las drogas ascienden a billones, ocasionando de esta manera una subutilización de los recursos invertidos en esta lucha.

El comercio de la droga, que no solo tiene una demanda inelástica, sino que su oferta ha aumentado gracias al incremento de la productividad, no se disminuye únicamente con políticas de reducción de la oferta (García, 2011, p. 5); es necesario implementar políticas orientadas a la disminución de la demanda, una política pública relacionada con la prevención de su consumo, tratando el problema de las drogas ilícitas no como un problema de tipo económico y político, sino como un problema de salud pública. Por tanto, el tratamiento del consumidor debe ir acompañado de una política educativa y de prevención.

La gran cantidad de recursos que han sido invertidos de manera ineficiente en la lucha contra las drogas, ya que su producción no se ha reducido de manera significativa, deben ser utilizados en políticas menos costosas que permitan obtener resultados distintos a los presentados hasta ahora. El enfoque relacionado

con la prohibición y la interdicción debe dar paso a una descriminalización del uso de las drogas, con el fin de obtener un cambio de paradigma y así utilizar mejor los recursos. Países como Portugal han demostrado que al utilizar medidas distintas a la represión se pueden evidenciar mejoras en aspectos relacionados con el control de las drogas, su uso y la violencia.

REFERENCIAS

- Arroyo, J. S., Alegría, C. A. & Bustamante, C. D. (2009). Economía del crimen y teorías de los juegos: Un modelo teórico del intercambio directo de drogas ilegales a pequeña escala. *Asociación de Economía Política*, 5-10.
- Becker, G. S. (1974). Crime and Punishment: An Economic Approach. En G. S. Lande, *Essays in the Economics of Crime and Punishment*, pp. 1-54. Chicago, Estados Unidos: National Bureau of Economic Research.
- Congreso de la República de Colombia (1986). Ley 30.
- De la Fuente, H., Mejías, C. & Castro, P. (julio, 2011). Análisis econométrico de los determinantes de la criminalidad en Chile. *Política Criminal*, 6(11), 192-208.
- Demarest, M. (julio, 1981). Cocaine: Middle Class High. *Time Magazine*, (1) 118, Recuperado de content.time.com/time/magazine/article/0,9171,922619-1,00.html
- Departamento Nacional de Planeación. (2006). *Balance del Plan Colombia 1999-2005*. Bogotá, Colombia: Departamento Nacional de Planeación.
- Ehrlich, I. (1996). Crime, Punishment, and the Market for Offenses. *The Journal of Economic Perspectives*, 10(1), 43-67.
- García, L. (2011). Éxitos moderados y extravíos permanentes de la Política Antidrogas en Colombia. *Revista de Economía Institucional*, 14(26), 337-345.
- Gaviria, A. & Mejía D. (abril, 2011). La evolución de la lucha antidrogas y sus consecuencias. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/elmundo/cuarenta-anos-despues-articulo-265700>
- Gaviria, A. & Mejía, D. (2011). *Políticas Antidrogas en Colombia: Éxitos, fracasos y extravíos*. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.
- Mejía, D. (2009). El Plan Colombia: balance y perspectivas. *Debates de Coyuntura Económica*, (76), 16-21.

- Miron, J. (2003). The Effect of Drug Prohibition on Drug Prices: Theory and Evidence. *The Review of Economics and Statistics*, 85(3), 522-530.
- Páez, C. (2012). *Cuatro décadas de guerra contra las drogas ilícitas: Un balance costo-beneficio*. Bogotá, Colombia: Centro de Pensamiento Estratégico–Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Raffo, L. (2011). The Economic Theory of Illegal Goods: A Review of the Literature. *Sociedad y Economía*, (20), 291-311.
- Samper, E. (2013). *Drogas: Prohibición o legalización: una nueva propuesta*. Bogotá, Colombia: Penguin Random House.
- Stiglitz, J. E. & Walsh, C. E. (2009). *Microeconomía*. Barcelona, España: Ariel Economía y Empresa.
- Thouni, F. E. (2005). Conflictos institucionales y culturales en la formulación y evaluación de las políticas contra las drogas. Algunas referencias al caso colombiano. En M. Ardila, D. Cardona, & S. Ramírez, *Colombia y su política exterior en el siglo XXI* (p. 389). Bogotá, Colombia: Friedrich Ebert Stiftung en Colombia, FESCOL.
- Tully, E. J. & Margarite, A. (1992). *Pro-Legalization Arguments Reviewed and Rejected*. Illinois: La Salle.
- UNODC. (2014). *World Drug Report*. New York: United Nations.
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC-Colombia. (2004). *Censo de cultivos de coca, diciembre de 2003*. Bogotá, Colombia: UNODC-Colombia.
- United States Department of State. (2003). *International Narcotics Control Strategy Report*. Washington: Autor.



**PRÁCTICAS DE
PREVENCIÓN. MESA
METROPOLITANA DE
PREVENCIÓN DEL
CONSUMO DE SPA**

Las zonas de orientación universitaria, una opción de intervención psicosocial para el consumo de drogas

Eliana María Hernández Ramírez*

Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana

*Magíster en Salud Mental. Psico-orientadora, Departamento de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Dirección de Bienestar Universitario, Universidad de Antioquia. Docente universitaria: Universidad Pontificia Bolivariana y Universidad de Antioquia. Participante de la línea de Investigación en sustancias psicoactivas del grupo de investigación en salud mental, GISAME. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correos electrónicos: elianamhernandez@outlook.com, emaria.hernandez@udea.edu.co.

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años se ha venido analizando en Colombia y en otras partes del mundo, la eficacia de la implementación de políticas de drogas con enfoque represivo. A nivel general, se ha concluido que no han sido eficaces y se sugiere comenzar a tener una forma diferente de abordar este fenómeno, buscando una perspectiva más abierta.

De esta forma, los programas implementados para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas han sido discontinuos y con pocos recursos, y se ha presentado carencia en la evaluación de resultados.

Por otro lado, los patrones de consumo han ido variando, las prevalencias han aumentado y las sustancias ofrecidas a los jóvenes se han alterado. Ha sido precisamente esta última situación la que ha generado problemas de salud a los consumidores, siendo, en algunas ocasiones, más afectados por estas situaciones que por el consumo mismo.

Considerando que el consumo de drogas, por sus características y riesgos asociados, es considerado un problema de salud pública, también se amerita una intervención comprensiva, que deje de lado el enfoque represivo y tenga en cuenta más cuestiones de salud asociadas a los consumidores.

Como un intento por responder a la complejidad del fenómeno, se comienzan a implementar estrategias de reducción del daño en Europa, donde el consumo pasa a ser un problema de segundo orden, para darle paso a la necesidad de intervenir otros problemas como la transmisión de infecciones, entre ellas el VIH. En el continente americano, el enfoque de reducción de daño tiene un enfoque más social, por medio de la estrategia de *Centros de Escucha*, donde uno de sus lineamientos principales es la “inclusión” de personas consumidoras; de esta forma, se busca minimizar los daños asociados a estos consumos.

A continuación se presenta el planteamiento y resultados parciales de una experiencia de las zonas de orientación universitaria como estrategia de trabajo en red, desde la inclusión social y participación de los diversos actores en comunidades universitarias para generar espacios de escucha y apoyo. Esta estrategia está en el marco de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, 2007.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas es considerado un problema de salud pública debido a sus dimensiones y complejidad. Este fenómeno no es exclusivo de algunas poblaciones o estratos socioeconómicos; por el contrario, las últimas investigaciones en el tema han mostrado una semejanza en los consumos de estratos socioeconómicos bajos y altos, y entre hombres y mujeres (República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2012).

Las universidades no están exentas de presentar esta situación; es más, pueden ser un reflejo de lo sucedido en la sociedad y, tal vez, presentar características que hacen más compleja su intervención, debido a las condiciones específicas de dichas instituciones.

La última investigación sobre prevalencia de consumo en población universitaria: “Estudio II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Colombia, 2012”, evidencia, en sus resultados, consumos preocupantes de sustancias ilícitas. Al respecto, por ejemplo, se nombra que el 16.4% de los estudiantes declaró haber usado alguna droga ilícita como marihuana, cocaína, LSD y éxtasis, entre otras. En cuanto al consumo de alcohol, el 85% reporta haber consumido bebidas alcohólicas en el último año; y el uso de tabaco en el último mes fue declarado por el 19% de los estudiantes encuestados (Comunidad Andina. Programa Antidrogas de la Comunidad Andina. Unión Europea. CICAD/OEA, 2012)

Al comparar los resultados de este estudio con su similar, realizado en 2009, se destaca el aumento en el consumo de sustancias como el alcohol en 2.3%, especialmente en mujeres; además, hubo un aumento de 2 puntos porcentuales entre los estudiantes universitarios que presentan signos de dependencia a esta sustancia; en el uso de marihuana, medido a través de la prevalencia de último año, muestra una variación estadísticamente significativa desde 11,2% en el año 2009 a 15% en 2012; en cuanto al uso de cocaína entre los estudiantes universitarios de Colombia, la situación muestra una estabilidad en las tasas de consumo con 2,4% en 2009 y 2,1% en 2012. Los datos muestran una variación estadísticamente significativa del consumo de LSD en algún momento de la vida, desde 1,7% en 2009 a 4,9% en 2012. Asimismo, el uso reciente de LSD también varía en el período, desde 0,9% en 2009 a 3,1% en 2012 (Comunidad Andina. Programa Antidrogas de la Comunidad Andina. Unión Europea. CICAD/OEA, 2012).

Además de ser importantes las prevalencias del consumo, se destaca la información obtenida sobre los programas de prevención. Según el estudio, el 35% de los estudiantes manifestaron haber recibido orientación formal sobre el consumo y el 73% afirmaron haber recibido información en charlas o talleres. Este panorama no es más que un llamado a mejorar la oportunidad y la calidad de las intervenciones preventivas.

Son precisamente estas prevalencias en el consumo las que aunadas a representaciones sociales sobre el fenómeno han ido aumentando la probabilidad de daños asociados al consumo de drogas, entre los cuales se han encontrado la sobredosis o el contagio de enfermedades infecciosas. Estos daños también están asociados a la adulteración que están teniendo las sustancias psicoactivas.

Es precisamente en este sentido que se comienzan a considerar intervenciones diferentes a las que se habían planteado hasta el momento, que puedan aumentar la probabilidad de éxito, que también tengan en cuenta a la comunidad educativa, a la par de cumplir con las políticas nacionales.

En Colombia, desde el 2007, se creó la Política Nacional de Reducción de Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, desde la cual se plantean las zonas de orientación universitaria como una estrategia de trabajo en red, desde la inclusión social y participación de los diversos actores en comunidades universitarias, para generar espacios de escucha y apoyo ante la creciente demanda de respuestas efectivas basadas en el conocimiento de la realidad, en la evidencia de la investigación y la evaluación sistemática de las acciones (República de Colombia. Ministerio de Protección Social, 2007). Estas zonas de orientación universitarias se encuentran dentro de la línea de mitigación, la cual busca, precisamente, reducir los riesgos y los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, enfoque que va más allá de la represión del consumo.

Varias universidades del país han creído en esta apuesta y han avanzado y participado en esta construcción colectiva, aportando, desde sus realidades particulares, elementos clave para la creación de los lineamientos en la estrategia. Finalmente, se espera que la experiencia sea evaluada para reafirmar su pertinencia o replantear estrategias distintas que aumenten el éxito de las intervenciones preventivas en el tema.

La experiencia que se muestra a continuación se une a este intento por implementar estrategias alternas, distintas, con un enfoque en la persona y en la forma en que se relaciona con las drogas.

Comprender e intervenir el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas desde su complejidad implica una mirada multidimensional que no lo reduzca a la condición sanitaria, sino que integre el mundo relacional del consumidor, entendiendo cómo las relaciones sociales afectan y determinan este fenómeno. Este aspecto podría, a largo plazo, llevarnos a tener respuestas más efectivas y sostenibles en el tiempo (Organización Panamericana de la Salud. Consentidos. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)

OBJETIVOS

Reducir los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por medio de la implementación de la estrategia de zonas de orientación universitaria en una universidad pública de la ciudad de Medellín.

REFERENTE TEÓRICO

Desde el año 2010, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, se viene realizando un trabajo colectivo donde han participado diversos actores institucionales y comunitarios, que han aportado desde sus experiencias particulares a desarrollar zonas de orientación universitaria en el país. Se inicia con una prueba piloto en 4 universidades del país: en Bogotá, Santander, Caldas y Cali. Actualmente, la experiencia continúa en una universidad pública de la ciudad de Medellín.

Una zona de orientación universitaria, ZOU, se define como una estrategia comunitaria para el abordaje del uso y abuso de sustancias psicoactivas en contexto universitario. Dicha estrategia inicia su estructuración por medio de la movilización de los actores que se unen para modificar una situación identificada por ellos como problemática. Para lograr esta modificación, deben considerar los recursos propios de esta comunidad, teniendo en cuenta un enfoque de inclusión social (Organización Panamericana de la Salud. Consentidos. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Las zonas de orientación universitaria se basan en la participación comunitaria de diversos actores para la gestión de problemas socialmente relevantes de la vida universitaria fuera de las aulas. Se basa en la construcción colectiva de realidad, a partir de relaciones e interacciones de los diversos actores involucrados, para complementar y potenciar las acciones de Bienestar Universitario, razón por la cual debe estar articulada a este. No son un espacio físico determinado, una terapia, no son rehabilitación, no se limitan a un lugar u oficina de atención, no son lugar de exclusión social, no son un lugar para tratamiento exclusivo de las drogas. No son una fórmula, no es una campaña de comunicación, no es una manera de validar el consumo (Organización Panamericana de la Salud. Consentidos. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Para la implementación de esta estrategia, se tienen en cuenta conceptos como:

» Comunidad local:

“Son grupos humanos asociados a un territorio, que pueden entenderse como redes sociales y que se organizan para atender sus problemas, necesidades e intereses. En el proceso de inclusión social del consumidor de sustancias psicoactivas, la comunidad local organizada identifica las acciones adecuadas para hacer viable la inclusión. Se fundamenta en el conocimiento del entorno y propicia la participación de los diversos actores sociales” (Ministerio de Salud y Protección Social. Fundación Procrear, 2007).

» Representaciones sociales:

Se convierten en uno de los ejes centrales de la estrategia, ya que se considera que son las representaciones sociales las que determinan el comportamiento de las personas; en este sentido, es importante identificarlas para poder modificarlas.

Las representaciones sociales se entienden como las “construcciones sociales en un tiempo y contexto específico, que sirven como forma de conocimiento de lo social. Se adquieren a partir de la experiencia, del contexto, de la información disponible y de los modelos de pensamiento que se transmiten por tradición. Permiten a los actores interpretar un orden social en que se insertan con determinadas funciones, que resultan en consecuencia de otras representaciones elaboradas. Lo anterior alude a un actor activo y responsable de su cotidianidad” (Organización Panamericana de la Salud. Consentidos. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

» Inclusión social:

Es el resultado de acciones implementadas que buscan generar condiciones y posibilidades que propicien procesos de integración de las personas a las redes sociales de la zona en la que habitan. Implica la integración de diversos actores sociales y la realización de acciones estructurales que incidan en cambios estratégicos a nivel social, político, económico y cultural (Ministerio de Salud y Protección Social. Fundación Procrear, 2007).

» Redes sociales:

Las redes sociales pueden entenderse como los vínculos que establecen los individuos y que permiten potenciar habilidades y estrategias para afrontar diversas situaciones y exigencias de la vida social. Tienen finalidades de orden material, afectivo e informativo. Para la implementación de la estrategia se diferencian las redes subjetivas, las redes de líderes de opinión, formales e informales; y la red operativa (República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Corporación Viviendo, UNODC, 2009).

» Trabajo en red:

Es la cooperación que se da entre dos o más organizaciones o servicios en un contexto dado. Esta cooperación se da para la gestión de un proceso o de una actividad, debe de ser planeada y considerar las modalidades de relación entre los actores de la comunidad (Milanese, 2009).

» Mitigación:

Son las estrategias que se implementan con el fin de reducir el impacto que tiene el consumo de drogas a nivel individual, social, familiar y sanitario. Hace parte de uno de los ejes de la Política Nacional, que reconoce el consumo de sustancias psicoactivas como una realidad que no va a desaparecer. Para la implementación de estas estrategias se debe de realizar una detección oportuna, implementar redes de apoyo y fortalecer oportunidades de inclusión social a consumidores activos. (República de Colombia. Ministerio de Protección Social, 2007).

» Sistema de Diagnóstico Estratégico, SiDiES:

Es la metodología propuesta desde el Modelo ECO2 (Epistemología de la Complejidad Ética y Comunitaria) para entrar en la comunidad (o en el espacio que definimos como tal), conocer, comprender, hacer relaciones, identificar recursos, líderes de opinión, actores de la dinámica cotidiana que construyen las situaciones, condiciones y circunstancias que dan significado a un espacio, que construyen imaginarios y representaciones sociales acerca de fenómenos sociales. Es igualmente el que facilita considerar caminos para definir estrategias que respondan a las características de ese entorno relacional y territorial particular (Organización Panamericana de la Salud. Consentidos. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

METODOLOGÍA

Las intervenciones que se enmarcan en la estrategia ZOU tienen como característica principal la generación de participación activa de diversos actores que hacen parte de la institución, además, de las acciones de inclusión y de la generación de redes de apoyo. Para ellos se plantea la realización de un diagnóstico inicial sobre el fenómeno, con diversos actores; capacitaciones a profesionales, estudiantes y coordinadores de bienestar de las diferentes unidades académicas de la institución; identificación de servicios a los cuales pueden acceder los estudiantes para ser atendidos en situaciones de afección a su salud, pero también a diversos servicios que hacen parte de la oferta institucional en promoción de estilos de vida saludables; actividades de enganche para generar la vinculación entre los actores de la universidad; entre otras acciones.

Los resultados esperados luego de la implementación de la estrategia son:

- » Diagnóstico integral de la Universidad que permita plantear propuestas de contención del consumo de sustancias psicoactivas y problemáticas asociadas.
- » Personas de la comunidad académica formadas y entrenadas en aspectos relacionados con la prevención de consumo y la implementación de la ZOU.
- » Redes de servicios e institucionales identificadas para la atención a personas, que respondan a las necesidades de la población beneficiaria.
- » Implementación iniciada de una zona de orientación universitaria, que contribuya a la articulación de actores y servicios para la inclusión social de consumidores de drogas de la Universidad de Antioquia y que promueva la escucha activa, la mediación, la organización y la capacitación a los jóvenes beneficiarios.
- » La estrategia de la zona de orientación universitaria visibilizada en la institución educativa y en la comunidad.
- » Un documento de sistematización que realce las buenas prácticas de la zona de orientación universitaria y de las ZOE, que arroje recomendaciones generales como lineamientos de aplicación en otros escenarios sociales y de participación similares.

RESULTADOS PARCIALES

Hasta el momento se ha iniciado la implementación del diagnóstico estratégico SiDiEs. Luego de haber contado con informantes que hacen parte del área administrativa, del grupo de profesionales y de estudiantes, algunos de los resultados se presentan a continuación. Es importante mencionar que esta estrategia está en la fase inicial de su implementación, razón por la cual, aún se sigue trabajando en el diagnóstico y actividades complementarias.

El objetivo planteado en el SiDiEs fue conocer la representación social de la comunidad producida por sus líderes de opinión. En este sentido, se realizaron grupos focales y entrevistas con líderes de la comunidad universitaria. La intervención con ellos se justifica en la medida en que los líderes de opinión son los actores centrales en la construcción de estas representaciones sociales. Acercarse a la comunidad universitaria implica entonces una construcción de alianza con ellos.

Aspectos importantes resultantes del proceso diagnóstico:

- » Los jóvenes ingresan a la universidad pública con imaginarios que se convierten en factores de riesgo, entre ellos se encuentran la idea de legitimación del consumo en la institución y de que en la universidad pública pueden hacer lo que quieran.
- » La experiencia universitaria se convierte en una oportunidad de ejercer libertad y en la opción deseada de desprenderse del control de sus padres.
- » La edad en la que están ingresando los estudiantes es menor que en años anteriores, lo cual puede significar también la falencia en habilidades sociales y en aquellas que dan cuenta del manejo de la presión ejercida por el medio y por la exigencia académica.
- » Hay un desconocimiento de los estudiantes de los servicios a los cuales tienen derecho en su sistema de salud. Este aspecto limita sus posibilidades de atención, incluyendo las situaciones asociadas con consumo problemático o adicción.
- » La institución universitaria se ha convertido en un lugar de fácil acceso a las drogas, aspecto que acerca a los estudiantes al contacto inicial con sustancias duras como la heroína.
- » Existe percepción de bajo riesgo de daño psicológico, biológico, social, académico y familiar del consumo de sustancias psicoactivas al interior de la Universidad por parte de los estudiantes. Otro aspecto es la sensación de sentirse seguros consumiendo en el interior del campus, pues no hay peligro como los encontrados en las “ollas” y tampoco son perseguidos por entes policiales.
- » Por otro lado, algunos actores plantean que la Universidad debería permitir el ingreso de la fuerza pública como a cualquier otro recinto público; además, que los expendedores en su mayoría no hacen parte de la Universidad.
- » Se destaca el desconocimiento de toda la oferta institucional que la Universidad ofrece como factor que influye negativamente en los estudiantes.
- » El consumo aumenta en los estudiantes foráneos, quienes, en un alto porcentaje, vienen de otras capitales.

CONCLUSIONES PARCIALES

La universidad en la cual se hace la intervención posee gran cantidad de oferta de servicios en cada una de sus unidades académicas; sin embargo, estos servicios no se encuentran articulados entre sí y, en muchas ocasiones, son desconocidos por los estudiantes, incluso por los docentes.

El proceso diagnóstico se debe realizar durante la implementación de todo el proyecto; sin embargo, con los datos obtenidos hasta el momento, se pueden evidenciar representaciones sociales caracterizadas por la legitimación del consumo de parte de la población universitaria y por la asociación entre ser universitario y consumo de sustancias psicoactivas como algo “normal”.

Hay poca sensibilización de parte de personas clave dentro de la institución que podrían convertirse en mediadores sociales. Esta actitud se evidencia en la poca participación en las actividades de capacitación y en la creencia de que deben ser “personas expertas en el tema” quienes deben realizar acciones con estudiantes asociados con el consumo de drogas.

El proceso de articulación entre actores que hacen parte de la comunidad universitaria es un proceso cuyos resultados se podrían ver a largo plazo, debido a que es necesario construir primero lazos de confianza entre la institucionalidad y los estudiantes, de manera que se dé de manera real el trabajo conjunto.

Aún permanecen en los estudiantes, docentes y directivos, mitos con relación a los consumidores de drogas que mantienen la estigmatización hacia ellos y perpetúan la tendencia a la exclusión, lo que, a su vez, sostiene este factor de riesgo en el tiempo.

Retos

- » El equipo de trabajo del ZOU debe trabajar por ser legitimado por la comunidad, sin imponer su rol.
- » La comunidad debe de ver al equipo como una posibilidad y no como una amenaza.

REFERENCIAS

- Comunidad Andina. Programa Antidrogas de la Comunidad Andina. Unión Europea. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD/Organización de Estados Americanos, OEA. (2012). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria Informe Colombia, 2012*. Lima, Perú.
- Milanese, E. (2009). *Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión social grave. Manual de trabajo del operador*. México: Editorial Plaza y Valdés.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Fundación Procrear. (2007). *Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas*. Bogotá, Colombia.
- Organización Panamericana de la Salud. Consentidos. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Documento de lineamientos para zonas de orientación universitaria ZOU*. Bogotá, Colombia.
- República de Colombia, Ministerio de Protección Social. (2007). *Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto*. Bogotá, Colombia.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Corporación Viviendo, UNODC. (2009). *Zonas de Orientación Escolar (ZOE)*. Bogotá, Colombia.
- República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2012). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar 2011*. Bogotá, Colombia.

Mesa Metropolitana de Jóvenes

Sebastián Tamayo Salinas*

Gobernación de Antioquia

Resumen

En el presente texto se presentará la experiencia de la Mesa Metropolitana de Jóvenes, espacio de construcción colectiva donde jóvenes de todo el Valle de Aburrá tienen la oportunidad de tener la palabra para realizar sus aportes y construcciones frente al tema de prevención del consumo de drogas. El Plan Metropolitano de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) impulsado por la Gobernación de Antioquia se ha caracterizado por ser “de jóvenes y para jóvenes”: allí se le ha dado un lugar protagónico a los jóvenes que, desde la Mesa Metropolitana, han participado activamente en la formulación de las iniciativas y en la implementación de las mismas.

Palabras clave

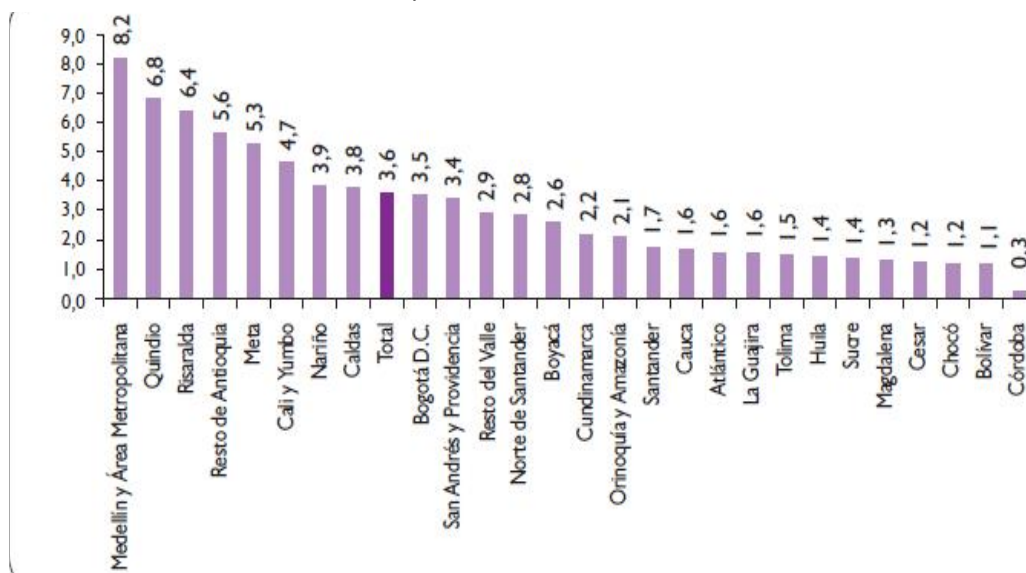
Prevención, consumo de drogas, jóvenes, empoderamiento, promoción de la salud.

* Profesional en Psicología, de la Universidad San Buenaventura. Trabajador en misión de la Gobernación de Antioquia en el programa Entornos Protectores que Previenen la Violencia.

Es importante hacer prevención del consumo de drogas por varios motivos, entre ellos: El primero, el más evidente y conocido, es que si se consigue que los niños y adolescentes no fumen cigarrillos o cannabis, ni beban abusivamente alcohol, se evitará que de adultos se conviertan en adictos o abusadores. El segundo motivo es que hoy sabemos que si esa persona no consume, se evitarán enfermedades físicas directamente relacionadas con ese consumo (cáncer de pulmón, cirrosis hepática, trastornos cardiovasculares, etc.) y también se reducirá la probabilidad de que padezca trastornos mentales en su vida adolescente y adulta. Hoy es conocido que el consumo de drogas está asociado con un gran número de trastornos mentales, algunos de los cuales acarrearán gran sufrimiento, como depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, etc. (Becoña, 2003; Regier et al., 1990). Y, en tercer lugar, se sabe que el consumo de alcohol y tabaco facilita pasar a consumir, en muchos casos, drogas ilegales, como el cannabis, la heroína, la cocaína, etc. (Kandel y Jessor, 2002; Becoña, 2007).

Pero, sobre todo, la prevención se torna especialmente importante en el área metropolitana porque, según el estudio nacional de prevalencia de consumo de SPA, es en el Valle de Aburrá donde se concentran los índices más altos de consumo de drogas. Se presenta una tendencia a aumentar, según lo presentado en los estudios nacionales de consumo de sustancias del 2008 y 2013 (Ministerio de Justicia, 2013).

Gráfica 1: Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año



Fuente: Ministerio de Justicia, 2013.

Por tratarse entonces del área del país con mayor prevalencia de consumo de SPA, el programa *Entornos Protectores que previenen la violencia*, consideró necesaria una intervención específica para el Valle de Aburrá. De ahí surge el Plan Metropolitano de Prevención del Consumo de SPA, que tiene varias características:

- » **Articulación:** Se articulan las 10 administraciones municipales del Valle de Aburrá, diversas universidades y líderes de la región.
- » **Promoción de la salud:** Se busca potenciar las partes sanas de la persona, más que utilizar estrategias represivas. “La vida es mi pasión y mi adicción”.
- » **Prevención de jóvenes y para jóvenes:** La población foco de la intervención son jóvenes y adolescentes. Para este tipo de población la influencia de otros jóvenes es decisiva, por lo que se opta porque sean los mismos jóvenes los que realicen la intervención sobre sus pares. Está demostrado que las principales influencias que puede recibir un joven son por parte de su familia y de sus iguales (Jiménez, 2001) (Becoña, 2007). Siendo la influencia de pares la que más se presenta en la adolescencia, porque el joven, en su proceso de desarrollo, desplaza los afectos que se concentraban en la familia durante la infancia hacia los pares, quienes ocupan un lugar importante en la adolescencia.

Una de las estrategias del eje de capacidad de respuesta incluidas en el Plan Metropolitano fue crear una red de apoyo que permita compartir saberes que enriquezcan la mirada del fenómeno del consumo de drogas y las posibilidades de intervención. Se tienen entonces dos mesas de trabajo: la primera se trata de la mesa de técnicos, que la constituyen representantes de las administraciones municipales involucradas y de las universidades aliadas. Paralelamente, se ha creado la Mesa Metropolitana de Jóvenes, que ha sido la encargada de la construcción del Plan Metropolitano y que acompaña su implementación y posterior evaluación.

De la mesa de jóvenes ha surgido la propuesta de la Movilización Juvenil que se ha implementado en todo el Valle de Aburrá. De este modo, los jóvenes han participado desde la fase de recolección de la información, la formulación de las acciones y la implementación de las mismas. Durante la ejecución del plan, los jóvenes han apoyado las zonas de orientación escolar y universitaria, además de la movilización juvenil. Miembros de la mesa de jóvenes también han apoyado procesos preventivos que se realizan en el territorio antioqueño, como es el caso del municipio de Hispania y La Unión. El joven apoya al profesional que ejecuta las acciones, con el fin de que no se pierda la mirada juvenil y los participantes de los procesos sientan más cercana y dinámica la intervención.

OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LA MESA METROPOLITANA

Generar espacios de reflexión, participación y construcción frente a la prevención de consumo de SPA.

Apoyo y dinamización a la ejecución del Plan Metropolitano de Prevención del Consumo de SPA.

Multiplicar el liderazgo que se tiene como Mesa Metropolitana a los jóvenes del Valle de Aburrá.

La invitación a pertenecer a esta Mesa es abierta para nuevas organizaciones que quieran hacer parte del proceso de articulación, integración de acciones y movilización juvenil que se proponen desde este lugar. Es conformada por diversos jóvenes del Valle de Aburrá, que aportan a la construcción debido a sus características de: pensamiento crítico, liderazgo, y proposición. Se cuenta hasta ahora con representantes de: Bello, Copacabana, Envigado, Sabaneta, Medellín, Girardota, Universidad Minuto de Dios, Universidad de Antioquia, Cesde, Universidad de San Buenaventura.

La Mesa Metropolitana es el espacio de construcción por excelencia. En ella tienen asiento los jóvenes, los técnicos, los políticos; allí se toman decisiones de manera participativa, con conocimiento de las realidades que se pretende transformar y los jóvenes que conforman la Mesa tienen características de liderazgo y pensamiento crítico. Durante el año pasado, la principal función era reflexionar sobre el fenómeno de consumo de drogas y proponer las estrategias que quedaron consolidadas en el Plan Metropolitano de Prevención y durante este año ha tenido funciones de acompañamiento y dinamización en cada una de las acciones del Plan. El canal de comunicación que se ha construido en la Mesa de Jóvenes se trata de un fanpage de la red social Facebook llamada *CONCIENCIA VIVA*. Allí se cuelga información e investigaciones relevantes sobre las drogas y se informa de las actividades que desarrolla el Plan Metropolitano.

REFERENCIAS

Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-20.

Becoña, E. (2003). Tabaco y salud mental. *Revista Thomson Psicología*, 1, 119-137.

Comisión Clínica (2006). *Cannabis. Informes de la comisión clínica*. Madrid.

López, N. (2001). *La influencia del amigo en el adolescente*. (Tesis de grado). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Kandel, D.B. & Jessor, R. (2002). *The gateway hypothesis revisited*. En D.B. Kandel (Ed.). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 365-373). Cambridge: Cambridge University Press.

Ministerio de Justicia. (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Informe Final. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *El consumo de sustancias psicoactivas, un asunto de salud pública*. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *Política Nacional de Reducción de Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Colombia.

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Zeith, S.J., Judd, L.L., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264, 2511-2518.

Experiencia Plan Metropolitano de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas: por jóvenes y para jóvenes. En la Gobernación de Antioquia construimos entornos protectores

Lina María Álvarez Saldarriaga*
Secretaría de Gobierno Departamental

Resumen

La ponencia busca compartir una experiencia de prevención de consumo de SPA de la Gobernación de Antioquia, iniciativa que articula gobiernos locales, instituciones públicas y jóvenes. Además, participar de un diálogo que articule procesos de incidencia desde planes de gobierno, con las construcciones de la academia y las prácticas sociales.

En el marco de la estrategia departamental “Prevenir es Mejor”, la Gobernación ha liderado la construcción e implementación del Plan Metropolitano de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2012-2015. Así busca dar respuesta a problemáticas identificadas por investigaciones cuyos resultados evidencian la necesidad de formular, articular e implementar planes, programas y proyectos para la prevención del uso de SPA y la mitigación de los efectos sobre poblaciones juveniles del Valle de Aburrá.

El Plan está basado en el Plan de Desarrollo Antioquia la más Educada 2012- 2015 y en los criterios normativos que rigen y fundamentan la prevención y reducción de consumo de SPA en el contexto nacional, departamental y local. A su vez, está concebido desde tres características: participación, articulación e integración de intervenciones institucionales para dinamizar factores de protección como estrategia que incida en la disminución y prevención del uso y abuso de SPA. En este sentido, ha posibilitado la participación de jóvenes, técnicos, académicos, administradores y gobiernos locales en un ejercicio de reflexión y deliberación.

* Psicóloga. Profesional Universitaria de la Secretaría de Gobierno Departamental.

Su formulación comienza en 2012 y ha contemplado de manera permanente un proceso de análisis de la problemática, llamado Mesas de Prevención, que convoca a distintos actores del sector salud, educación, comunitario, juventud y medios de comunicación. En las mesas se recogió información sobre aspectos relacionados con: motivos por los cuales en el Valle de Aburrá se tienen los niveles más elevados de consumo de Antioquia, consecuencias negativas del consumo de SPA, experiencias exitosas de prevención del consumo y recomendaciones para hacer procesos de prevención exitosos.

La ponencia busca abrir un diálogo con referentes académicos y prácticas sociales desde la experiencia de un programa de prevención liderado desde el Estado. Algunos logros son: Conformación de la Mesa Metropolitana de Prevención del Consumo de SPA, conformación de la Mesa Metropolitana de Jóvenes para la Prevención del CSPA, grupos focales con jóvenes como estrategia de encuentro y debate sobre la problemática del consumo de SPA, quienes hacen aportes fundamentales para la formulación del Plan Metropolitano de Prevención del Consumo de SPA; Plan Metropolitano de Prevención del Consumo de SPA, formulado, socializado e implementado con 10 municipios, universidades y jóvenes; campaña de prevención del CSPA en medios de comunicación.

Se destaca la implementación de zonas de orientación escolar, zonas de orientación universitaria y movilización juvenil en instituciones educativas. Estas buscan instalar capacidades en las comunidades para prevenir el consumo de SPA.

Palabras clave

Prevención, participación, consumo de SPA, articulación Estado-Academia-Sociedad Civil, movilización social.

En el marco de la estrategia departamental de prevención, “Prevenir es Mejor”, la Gobernación de Antioquia lidera la construcción e implementación del Plan Metropolitano de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) 2012- 2015, el cual se propone dar respuesta a la problemática identificada por diversos trabajos de investigación cuyos resultados evidencian la necesidad de formular, articular e implementar planes, programas y proyectos dirigidos a la prevención del uso de SPA y la mitigación de los efectos sobre las poblaciones juveniles del Valle de Aburrá, que está conformada por los Municipios de Barbosa, Girardota, Copacabana, Bello, Medellín, Itagüí, Envigado, Sabaneta, La Estrella y Caldas, con la creación de una red de municipios, universidades y otras instituciones que aúnen esfuerzos, sumen aprendizajes y recursos, y definan líneas de acción comunes.

Cada uno de los elementos de este Plan está basado en los principios que fundamentan el Plan de Desarrollo “Antioquia la más Educada” 2012-2015, específicamente en la línea tres, *Antioquia es segura y previene la violencia* y la línea cuatro, de *Inclusión social*.

El Plan Metropolitano se ha construido de manera colectiva y participativa, a través de la deliberación de los diferentes actores involucrados en la prevención y solución del problema y, al ser éstos principios transversales, se ha posibilitado la participación de jóvenes, técnicos, académicos, administradores y de gobiernos locales, que juntos han podido definir, desde un ejercicio de reflexión y deliberación, los acuerdos que se deben considerar fundamentales para superar las causas y consecuencias adversas para la sociedad del consumo problemático, el porte y la producción de SPA.

El Plan se ha concebido desde tres características fundamentales: es **participativo**, busca la **articulación** e integración de intervenciones institucionales y busca potenciar los **factores de protección** como estrategia para disminuir y prevenir el uso y abuso de SPA.

JUSTIFICACIÓN

El interés y la búsqueda de políticas públicas consistentes y perdurables han llevado a que entes gubernamentales de carácter nacional formulen y diseñen estudios e investigaciones sobre el consumo de sustancias psicoactivas teniendo como foco a jóvenes escolarizados. Los resultados se han presentado diferenciados por departamento, arrojando información que debe generar inquietud en todos los actores relacionados con el ámbito juvenil, también en aquellos que por su mandato constitucional deben velar y crear alternativas a problemas sociales de interés general.

Dos estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia realizados en los años 2008 y 2013 han presentado cifras de Medellín y su Área Metropolitana. (Observatorio Nacional de drogas, 2010) (Observatorio Nacional De Drogas, 2013). En este último estudio, se encuestaron 2988 hogares en el Valle de Aburrá y 629 en el resto de Antioquia, arrojando señales de alerta, pues es en esta subregión que los índices de consumo de sustancias, tanto lícitas como ilícitas, supera las cifras departamentales y nacionales que dan cuenta de la problemática.

Esta situación puede ser mejor comprendida en la siguiente tabla:

Tabla 1. Comparación entre las prevalencias de consumo en el último año de la subregión Valle de Aburrá, resto de Antioquia y promedio nacional.

SUSTANCIA	PREVALENCIA DE ÚLTIMO AÑO		
	VALLE DE ABURRÁ	RESTO DE ANTIOQUIA	MEDIA NACIONAL
Tabaco	19.5%	10.7%	13%
Alcohol	40.4%	34.7%	35.7%
Cualquier sustancia ilícita	8.2%	5.6%	3.60%
Marihuana	7.5%	5.4%	3.3%
Cocaína	1.6%	1.6%	0.70%

Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2013.

¿Cómo se formuló el Plan?

Durante el año 2012 se realizaron eventos académicos, ejercicios diagnósticos y conversatorios, con el fin de tener una comprensión integral del fenómeno del consumo de sustancias en el Valle de Aburrá. En dichos espacios, se les reconoció la palabra a diferentes actores sociales: políticos, comunicadores, líderes comunitarios, jóvenes, docentes, padres de familia, entre otros.

Estos ejercicios permitieron delimitar las siguientes problemáticas asociadas al consumo de SPA:

- » Incremento de consumidores problemáticos.
- » Disminución de la edad de inicio del consumo (percepción comunitaria).
- » Poco talento humano cualificado para el número de personas a atender.
- » Recurso económico destinado resulta insuficiente.

- » Disfuncionalidad de la familia, que constituye un factor de riesgo.
- » Dinámicas de consumo arraigadas en las familias y las comunidades.
- » Exposición a factores de riesgo como el microtráfico.
- » Elevado consumo de alcohol en la sociedad.
- » Poca participación juvenil en la formulación de planes, programas y proyectos.
- » No hay continuidad de los programas de prevención.
- » Las iniciativas existentes se encuentran desarticuladas, hay poco trabajo en red.
- » Aún se asumen esquemas de prevención prohibitivos.
- » Los programas no atienden las causas de la problemática.
- » Faltan diagnósticos o caracterización de la problemática.
- » No hay indicadores que midan impactos de las intervenciones realizadas.

El acercamiento a los municipios y universidades permitió conocer la magnitud de la problemática desde otras perspectivas diferentes a las estadísticas, reconociendo las estrategias con que se vienen abordando, así como los recursos humanos y económicos con que se cuenta, y de ahí se confirma la necesidad apremiante de establecer una respuesta regional, participativa y articulada.

A partir de este acercamiento inicial, se crea la Mesa Metropolitana de Prevención, la cual cuenta con dos espacios de encuentro: el primero es para técnicos o trabajadores de la salud mental y el segundo es para jóvenes líderes de base de cada municipio. La Mesa de Técnicos reflexiona y actúa para fortalecer la capacidad de respuesta frente a la creciente problemática del consumo de SPA en jóvenes y adolescentes. Y la Mesa de Jóvenes ha sido la que asegura que este Plan mantenga el sello de “jóvenes y para jóvenes”, pues con ellos se recogió la información, se escribió el plan y se formularon metodológicamente sus acciones, otorgándoles un lugar activo, de incidencia social y política, considerándolos agentes fundamentales en el desarrollo de acciones para la prevención del consumo de SPA.

Esto se da porque se considera que el grupo de iguales cumple una función de apoyo y ejerce una intensa influencia en la conducta del joven, sobre todo en su presión para obtener conformidad y popularidad social y, de este modo, desempeña un papel importante en la socialización de la adolescencia (Jiménez, 2001). Por esto, son los jóvenes quienes plantearon las iniciativas, ya que son ellos los que conocen de primera mano los factores sociales y subjetivos que llevan a que un joven tenga consumo y abuso de drogas.

Conformadas las Mesas, se desarrollan 20 grupos focales con 1000 jóvenes del Valle de Aburrá, con quienes se discute la realidad del consumo de SPA en sus municipios, las causas y consecuencias según su óptica, las posibles soluciones, los aspectos más problemáticos del Consumo. Este ejercicio nos permite identificar como elementos comunes las siguientes realidades planteadas por los jóvenes:

- » Para los jóvenes se facilita el acceso a las drogas, pues la encuentran a precios cómodos, con facilidades de pago e incluso servicio a domicilio.
- » El consumo de SPA es un tema del que poco se habla en sus familias, lo que advierte la falta de herramientas de los adultos para abordar el tema y la poca orientación de parte de los padres/adultos responsables.
- » El consumo de SPA posee altos montos de permisividad social, se estigmatiza al drogadicto; sin embargo, las comunidades ejercen poco control social sobre la venta, porte y producción de sustancias.
- » Los factores de protección frente al consumo de SPA continúan siendo la familia, el arte y el deporte. Sobre la primera dan alertas de la falta de un acompañamiento adecuado, la segunda y tercera requieren mayor inversión para ampliar cobertura, innovación y escucha de sus intereses y sueños.
- » Los jóvenes expresan que un factor de riesgo que deben manejar más adecuadamente es la presión de grupo: desde los adolescentes hasta los universitarios manifestaron la importancia de ganar herramientas para mejorar en este aspecto.
- » Recalcan la necesidad de programas que permitan la participación juvenil y la vinculación a actividades artísticas, culturales y deportivas que se constituyan como factores de protección.
- » Es una generalidad que los jóvenes tengan información sobre drogas, efectos y consecuencias, pero existe baja percepción del riesgo de su consumo.
- » Los jóvenes mencionaron que no existe una comunicación clara y abierta sobre el tema del consumo de SPA, todavía se maneja ambivalencia, pues denotan permisividad frente al consumo de sustancias lícitas como el alcohol, pero se estigmatiza al consumidor de otras sustancias como la marihuana.

El Plan Metropolitano de Prevención

A pesar de tener un foco especial en Prevención, se ha formulado en los cuatro ejes de la política nacional: prevención, mitigación, superación y capacidad de respuesta (Ministerio de salud y protección social, 2007). Cada eje tiene acciones, estrategias de evaluación, seguimiento y aliados.

En este espacio se dedicará la atención a las acciones de prevención, mitigación y capacidad de respuesta, pues las acciones de superación de la problemática son misión de las Secretarías de Salud, y cabe recordar que este ejercicio es adelantado por la Secretaría de Gobierno Departamental, desde su enfoque de seguridad integral.

Acciones de prevención

- » **Movilización social juvenil:** Este proceso se implementa en 20 instituciones educativas del Valle de Aburrá, elegidas con la Secretaría de Educación Departamental. Se abordan aquellas instituciones que tengan problemáticas sociales que hacen vulnerables a sus estudiantes para presentar consumos tempranos de sustancias psicoactivas.

Debido a que las principales influencias básicas que se relacionan con el consumo o no de las drogas ilegales son la familia y los iguales, en las instituciones educativas se intervienen tres actores protagónicos: los estudiantes, los docentes y los padres de familia. A continuación se define la intervención de cada uno de ellos:

- » **Los estudiantes:** Los docentes y directivos eligen 25 jóvenes en cada institución educativa, la única condición es que tengan capacidad de liderazgo. Se capacitan en herramientas para la prevención del consumo de droga; luego, en 12 horas, formulan una iniciativa o proyecto para llevar a cabo en la institución educativa, liderada por ellos mismos, acompañada por los formadores y auspiciada con recursos del proyecto. Los jóvenes ya capacitados han planteado sus iniciativas y para nombrar algunas ideas que quieren implementar, se puede mencionar carreras de observación, obras de teatro, ejercicios de sensibilización sobre las consecuencias del consumo de SPA, escuchar a quienes ya han vivido la problemática y la han superado, entre otras.
- » **Los docentes:** Se capacitaron 400 docentes, 20 por colegio. La formación consiste en dotar a los maestros, especialmente los de matemáticas, lenguaje y ciencias naturales, de herramientas pedagógicas y didácticas, para incluir en los contenidos de sus áreas el tema

de la prevención del consumo de SPA. A este proceso se le denomina *Transversalización Curricular*: se cuenta con un material didáctico para cada área del conocimiento (matemática, lenguaje y ciencias naturales), para que el docente prepare y dicte las clases con estos contenidos y otras cartillas para que los alumnos realicen las actividades propuestas para las clases.

- » **Padres de familia:** Se capacitarán 1600 padres de familia, para que obtengan herramientas que potencien acciones positivas para la prevención del consumo de SPA a temprana edad, a la vez, que les permitan identificar consumos experimentales y potenciar factores de protección en las familias como la comunicación, el manejo de conflictos, la autoridad y la norma.

Con la movilización social se busca generar masa crítica para la prevención y dotar de herramientas a la población para prevenir el consumo, especialmente en las personas más jóvenes, a quienes afecta principalmente; retrasar la edad de inicio y crear entornos protectores y estilos de vida saludables y libres de drogas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Acciones de mitigación

Zonas de orientación escolar y zonas de orientación universitaria

En articulación con la Secretaría de Educación Departamental, esta acción busca reducir el impacto negativo de los consumos en instituciones educativas vulnerables. Es un ejercicio complejo que implica activar redes y alianzas para gestionar los riesgos para el consumo de SPA al interior de las instituciones educativas.

La zona de orientación escolar es un centro de escucha adaptado para ambientes escolares: un centro de escucha es un servicio (equipo, programa operativo, recursos para la operación, sede operativa y territorio de trabajo, etc.) de bajo umbral de acceso para la escucha inmediata, la orientación, acompañamiento y derivación (RAISS). El proceso parte de la instauración de confianza de un profesional en un colegio vulnerable o con alta prevalencia de consumo de SPA; el profesional identifica líderes formales o informales de la comunidad, docentes, padres de familia y conforma una red operativa, que se capacita en prevención, rutas de atención, remisiones y gestión social para dar respuesta a los casos que se presenten.

Actualmente se han establecido cuatro Zonas de Orientación Escolar o ZOES, en los municipios de *Barbosa* (Institución Educativa Manuel José Caicedo), *Girardota* (Institución Educativa Colombia), *Envigado* (Institución Educativa José Miguel de la Calle) y *Caldas* (Institución Educativa María Auxiliadora). También se cuenta con una de las primeras Zonas de Orientación Universitaria en el país, ubicada en la *Universidad de Antioquia*.

La metodología de los Zonas de Orientación Escolar es sustentada en el paradigma ECO2 (Epistemología de la complejidad ética y comunitaria) y se diseñó inicialmente para problemáticas de exclusión social grave (Ministerio de la Protección Social, 2009); pero su funcionalidad, adaptada a contextos escolares, atiende todos los riesgos que viven los estudiantes: embarazo adolescente, reclutamiento, trabajo infantil, desescolarización y consumo de SPA.

Al finalizar el proceso, la comunidad cuenta con capacidad instalada para gestionar los riesgos sociales que generan las problemáticas antes mencionadas; este proceso parte de un diagnóstico (SiDiES¹⁹), en el cual se identifican las problemáticas o factores de riesgo, se capacitan los líderes, se forman redes de apoyo y atención, se realizan actividades de enganche, se fortalecen factores de protección, se trabajan temas de inclusión social para cambiar las representaciones sociales en torno al consumo de drogas. Con estas acciones se busca disminuir las consecuencias adversas del consumo y, a la vez, se fortalece la institución educativa para disminuir la presencia de la problemática.

Aprendizajes

- » Incluir a los jóvenes en la construcción de las políticas públicas, planes, programas y proyectos, quienes deben tener incidencia social y política; recuérdese que el diseño y ejecución de estas propuestas deben ser participativas e incluyentes.
- » Empezar acciones decididas para detener la edad de inicio en el consumo, pues mientras más joven se comienza en el consumo, peor será su pronóstico y, por ende, más difícil su superación.
- » El abuso de sustancias psicoactivas genera problemáticas costosas a nivel social, pues el sujeto adicto deja de aportar talentos significativos a la sociedad; además, crecen situaciones de inseguridad y violencia.
- » Si se fortalecen acciones de prevención con oportunidades, se está generando capital social para el mejor desarrollo de las comunidades.

¹⁹ Sistema de Diagnóstico Estratégico.

- » Las acciones deben dirigirse al fortalecimiento de los entornos protectores (familia-escuela-comunidad).
- » Se deben instaurar conversaciones a nivel social y comunitario, que cuestionen la cultura, valores, potencialidades, debido a que en el territorio de Antioquia hay múltiples factores culturales que inciden en el consumo de SPA.
- » Brindar espacios de formación e información a padres de familia, quienes en ocasiones no actúan porque no tienen herramientas para manejar el tema con sus hijos.
- » Capacitar a los docentes para la detección temprana del consumo experimental y para que puedan emprender procesos preventivos en las aulas. Pueden incluirse contenidos preventivos en los currículos y en las clases, ejemplos desde la cotidianidad que permitan la reflexión del contexto y sus riesgos.
- » Generar espacios de difusión de los talentos de los jóvenes permite incrementar el sentimiento de valía personal, de proyección, afiliación y pertenencia a la comunidad.
- » Propiciar la articulación entre instituciones, espacios de suma de recursos y aprendizajes, estableciendo alianzas con los distintos sectores implicados, coordinar mejor los esfuerzos dedicados a la prevención. Es igualmente importante coordinarse con la asistencia, el sistema penal, las escuelas, etc. (Becoña, Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, 2002).
- » Se deben hacer ejercicios de sistematización: la intervención debe tener memoria, para evaluar los aciertos y desaciertos.
- » Construir conocimiento en torno a la problemática.

REFERENCIAS

- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. España, Madrid: Imprenta Nacional.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Gobernación de Antioquia–Secretaría de Gobierno. (2013). *Plan metropolitano de prevención del consumo de sustancias*. Medellín, Colombia.
- Jiménez, N. & Esquivias J. (2001). *La influencia del amigo en el adolescente*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México D.F., México.
- Ministerio de la Protección Social. (2009). *Módulo Zonas de Orientación Escolar*. Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *Política Nacional de reducción de consumo de sustancias psicoactivas*. Colombia. Recuperado de www.odc.gov.co
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *El consumo de sustancias psicoactivas, un asunto de salud pública*. Colombia. Recuperado de www.minsalud.gov.co
- Observatorio Nacional de drogas. (2010). *Consumo de drogas en Colombia: Características y tendencias*. Bogotá Colombia: Editora Guadalupe.
- Observatorio Nacional de Drogas. (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancias*. Recuperado de www.odc.gov.co
- Raiss. (s.f.). *Centros de escucha*. Recuperado de www.raiss.Colombia.org

Prevención del primer consumo de sustancias psicoactivas Programa Medellín Libre de Adicciones

Lina María Pareja Hincapié*

Secretaría de Salud de Medellín

Resumen

En la investigación *Prevención del primer consumo de sustancias psicoactivas* se estimó la magnitud del consumo de estas en la Comuna 2, Barrio Santa Cruz de la Ciudad de Medellín, de acuerdo a factores de riesgo y de protección frente al primer consumo (individuales, familiares, imaginarios colectivos, representaciones sociales y ambientales).

Metodología: Estudio transversal, en el cual se determinó la prevalencia de primer consumo de sustancias psicoactivas estudiadas en el barrio Santa Cruz de la Comuna 2 de Medellín.

Población de estudio: Personas con edades entre 10 y 45 años residentes en los barrios Santa Cruz y La Isla.

Resultados: Al momento del estudio, el porcentaje de mujeres en Santa Cruz era 53,60% y en la Isla era 60,84%. Casi la mitad de la población en los dos barrios eran estudiantes y también casi la mitad de la población lleva viviendo toda la vida en ellos. En Santa Cruz, el 34,03% afirma que la curiosidad es el primer motivador de consumo y el 12,63% opina que también la influencia de otras personas o amigos. Por su parte, en la Isla, el 22,77% señala la curiosidad como el primer motivador de consumo y un 16,90% la influencia de otras personas o amigos. La prevalencia de consumo de alcohol en el último año en el barrio Santa Cruz fue de 43,4% y en la Isla de 38,8%. La prevalencia de consumo de marihuana en el último año en el barrio Santa Cruz fue de 6,7% y en la Isla de 7,1%. La prevalencia de consumo de cocaína en el último año en ambos barrios fue de 2,1% y la edad de inicio de consumo de alcohol, 15 años. La edad de inicio de consumo de

* Pedagoga Reeducadora, Magister en Drogodependencia, Coordinadora del Programa Medellín Sana y Libre de Adicciones. Referente Técnico: Subsecretaría de Salud Pública, municipio de Medellín-Colombia. Correo Electrónico: lina.pareja@medellin.gov.co

marihuana en el barrio Santa Cruz fue a los 16 años y en la Isla a los 15 años, mientras la edad de inicio de consumo de cocaína en los dos fue a los 16 años. Respecto a los grupos vulnerables, se encontró que en los dos barrios los hombres presentan mayor riesgo de consumir alcohol que las mujeres y que las personas con edades entre 15 y 29 años tienen más riesgo de consumir marihuana que las personas de más de 40.

En conclusión, las poblaciones que se perfilan como de riesgo, según características sociodemográficas, serían los hombres: según estado civil, los solteros y en unión libre; por estrato, las personas del estrato dos; por grupos de edad, los jóvenes de 15 a 19 años y de 20 a 24 años.

Palabras clave

Sexo, prevalencia, edad de inicio, grupos vulnerables y factores de riesgo.

La problemática de las drogas en el territorio colombiano se ha incrementado en las últimas décadas, aumentando la oferta y la demanda, lo que se evidencia en las diferentes investigaciones y en una gran diversidad de situaciones sociales que están ligadas a este fenómeno.

El *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013* aporta información que amplía el conocimiento de la situación de consumo de la población general entre 12 y 65 años. Algunas de sus conclusiones hacen referencia a que “el alcohol y el tabaco son las sustancias de mayor consumo en el país”: en relación a la primera sustancia, el reporte del consumo en el 20% de la población se ubica entre las edades de 12 y 17 años. La conclusión central del estudio da cuenta del aumento del consumo global de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, heroína), en comparación con el estudio realizado en el 2008. La marihuana continúa siendo la droga ilícita de mayor consumo en el país.

Por otro lado según la investigación de Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas en el Departamento de Antioquia Encuesta de Hogares 2011, Gobernación de Antioquia, Secretaria Seccional de Salud y Protección social de e Antioquia. Comité departamental de drogas de Antioquia y ESE Hospital de Antioquia, muestra que los diferentes consumos de drogas, tanto lícitas como ilícitas, presentan niveles de prevalencia importantes. En relación a esto, dicha investigación evidenció que el porcentaje de consumo de alcohol en las familias del departamento es del 66.6% y el consumo individual se da en ocho de cada diez personas alguna vez en la vida. El consumo de sustancias psicoactivas se da en el 50,9% de los hogares del departamento de Antioquia (Duque, Delgado, Castañeda & Uribe, 2011), siendo estas cifras alarmantes, pues involucran a más de la mitad de la población antioqueña.

Finalmente y específicamente para el municipio de Medellín, el *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental 2011-2012*, realizado por la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad CES, reporta, en el capítulo “Trastornos por uso de sustancias”, que 12 de cada 100 habitantes de la ciudad han sufrido, en un momento de su vida, algún tipo de problemática que afectara su salud mental, entre las cuales, las de mayor prevalencia son las del abuso de alcohol y drogas, la depresión y el estrés postraumático.

Profundizando un poco más en esta situación y tomando como eje central las problemáticas vinculadas con el consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas, el estudio muestra estadísticamente cómo se configuran estas en la ciudad, encontrando que, en lo que respecta al consumo de alcohol, el 12% de la población abusa de dicha sustancia, con una prevalencia mayor en el sexo masculino, pues por cada mujer que presenta la conducta de abuso, 4 hombres lo hacen. De igual manera, en lo referente al consumo de drogas ilícitas, el 6% de la población afirma haber abusado por lo menos una vez en su vida de las mismas, de los cuales por cada mujer, 5 hombres presentan la problemática.

Para la comprensión de esta problemática y del enfoque que se pretende dar a la propuesta, se debe tener en cuenta el hecho que el inicio del consumo de sustancias psicoactivas se da entre los 12 y 15 años de edad, de acuerdo a los datos suministrados por la Empresa Social del Estado Carisma, según el estudio de Zapata & Segura (2007) *Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del municipio de Medellín: Tendencias del consumo y comparación regional*, el cual concluye: Los jóvenes escolarizados iniciaron el consumo de alcohol en etapas muy tempranas de la vida, en promedio a los 12 años; en general, el inicio en el consumo de drogas se produce en edades tempranas, siendo un porcentaje mayor al 50% de jóvenes que inician consumo antes de los 14 años.

Esta situación hace necesario que se comience a intervenir la población en las esferas que comprometen estos rangos, no solo desde la prevención, sino mediante la construcción de capacidad de respuesta para estos niños que experimentan con un primer consumo y no encuentran herramientas para decidir no volver a hacerlo.

Los datos anteriormente descritos permiten tener un panorama más claro de la situación actual, permitiendo plantear la necesidad de fortalecer las acciones que se vienen desarrollando para abordar la problemática de una manera integral y prioritaria. En este sentido, se debe propender por incrementar la percepción social de riesgo frente al primer consumo de sustancias lícitas e ilícitas en la población, teniendo en cuenta que la proporción del consumo de estas requiere de una mayor conciencia de los peligros asociados a su uso y abuso.

El Plan de Desarrollo *Medellín, Un Hogar para la Vida (2010)*, en la línea 2, “Medellín, Ciudad Saludable para la Vida”, plantea la promoción y adopción de factores protectores de la salud y el fomento de una cultura saludable mediante acciones e intervenciones individuales y colectivas, tomando como referencia que en del mismo documento el *Perfil de Morbilidad de Medellín* donde aparecen con fuerza los trastornos mentales y del comportamiento, reflejados en conductas suicidas, depresión y consumo de sustancias psicoactivas. La tasa de suicidio, con 5,2 por cien mil habitantes en 2010, superó la tasa de Colombia, que fue de 4,1; la depresión, con el 11%, ocupó el primer lugar en las principales causas de consulta por trastorno mental y del comportamiento, mientras que el consumo de sustancias psicoactivas presentó una prevalencia en el indicador de abuso de drogas durante toda la vida de 7,2, con mayor aporte en los hombres.

Es así como se proyectan acciones enmarcadas en el abordaje de la prevención y la intervención de las mismas, haciéndose necesario desarrollar temas que transversalicen la problemática que involucra y afecta directamente a los jóvenes del municipio, permitiendo que se generen procesos para el desarrollo de un entorno saludable en la población. Todo esto es posible mediante esfuerzos económicos y el desarrollo

de acciones de articulación en información, sensibilización, educación preventiva, formación y movilización ciudadana para prevenir y mitigar el consumo de sustancias psicoactivas y, así, lograr enfrentar la problemática.

Dando respuesta no sólo a las cifras antes descritas, sino además a una mirada social y de Estado, se hace necesario generar estrategias para llegar a todas las comunas y corregimientos del municipio de Medellín y permitir que, junto con el desarrollo de otros proyectos, se logre dar una capacidad de respuesta a quienes ya son consumidores o abusadores de las sustancias psicoactivas, permitiendo un abordaje integral de la *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (2007)* y las necesidades propias de la ciudad.

Esta realidad obliga a ofrecer numerosas respuestas y alternativas en la ciudad de Medellín, que posibiliten avanzar en el abordaje de las adicciones desde una mirada integral. Es por ello que la Administración Municipal, a través de la Secretaría de Salud, en el marco del **Programa Bandera Medellín Sana y Libre de Adicciones**, ha sumido un compromiso por abordar el tema y lo considera como una prioridad. Con ello busca avanzar en la vertiente de la reducción y oferta de las drogas, disminuyendo los problemas de salud, psicosociales y de seguridad pública que ocasionan su uso, abuso y dependencia.

El proyecto *Prevención del primer consumo de sustancias psicoactivas* surge como iniciativa para dar respuesta en materia de prevención y detección temprana de los primeros consumos, y se convierte en base referencial que permite identificar y atender, de manera oportuna, a los niños y las niñas, jóvenes y sus familias con mayor riesgo para desarrollar un trastorno por abuso o dependencia. Este proyecto piloto se priorizó en la comuna 2 de la ciudad de Medellín, en los barrios la Isla y Santa Cruz, brindando a la comunidad estrategias para la promoción de la salud mental y la prevención del primer consumo de sustancias psicoactivas.

Las acciones han estado dirigidas a la comunidad en general, niños y niñas, adolescentes y jóvenes, familias y líderes comunitarios, y a la realización de una línea de base que permitió profundizar acerca de la prevalencia de los consumos imaginarios y representaciones sociales que han generado transformaciones en el contexto, y de los imaginarios colectivos frente al consumo de sustancias psicoactivas, direccionando a la organización de los grupos y posibilitando la identificación oportuna de la población que requería estrategias de prevención e intervención en el tema.

OBJETIVO GENERAL

Estimar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en la Comuna 2, barrio Santa Cruz de la ciudad de Medellín, de acuerdo a factores de riesgo y de protección frente al primer consumo de sustancias psicoactivas (individuales, familiares, imaginarios colectivos, representaciones sociales y ambientales).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- » Estimar las prevalencias del consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida, en el último año y en el último mes, para el conjunto de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en el barrio Santa Cruz, de la Comuna 2.
- » Identificar la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas en el barrio Santa Cruz, de la Comuna 2.
- » Determinar la frecuencia y la distribución del fenómeno en relación con factores sociodemográficos en el barrio Santa Cruz, de la Comuna 2.
- » Describir la percepción de riesgo entre la población respecto al consumo de sustancias y su relación con factores sociodemográficos y familiares en el barrio Santa Cruz, de la Comuna 2.
- » Estimar la facilidad de acceso de la población a las drogas y su relación con factores sociodemográficos en el barrio Santa Cruz, de la Comuna 2.
- » Identificar los grupos vulnerables hacia los cuales se deben dirigir prioritariamente las acciones de prevención en el barrio Santa Cruz, de la Comuna 2.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio transversal, en el cual se determinó la prevalencia de primer consumo de sustancias psicoactivas estudiadas en los barrios Santa Cruz y La Isla, de la Comuna 2 de Medellín.

Población de estudio

Personas con edades entre 10 y 45 años residentes en los barrios Santa Cruz y La Isla.

Muestra

Se realizó un muestreo probabilístico por conglomerados bietápico, estratificado por edad, representativo, con un tamaño muestral de 837 personas en el barrio Santa Cruz y 716 en el barrio La Isla. Después de realizar los cálculos de factores de expansión, la población final quedó compuesta por 8033 personas en el primer barrio y 9321 en el segundo respectivamente.

Variables

Se indagaron por aspectos relacionados con:

- » Características demográficas como edad, sexo, estado civil, afiliación a la seguridad social, grupo poblacional, entre otros.
- » Características relacionadas con los hábitos y costumbres, factores protectores y de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.
- » Características familiares como la composición familiar y redes de apoyo social.
- » Características relacionadas con el consumo de sustancias, edad de inicio, frecuencia de consumo, entre otros.

- » Características relacionadas con acciones que podrían adelantarse con respecto al consumo de sustancias.
- » Características relacionadas con la percepción de algunas características medio-ambientales.
- » Consideraciones éticas.

Esta investigación se enmarcó en los criterios de investigación en seres humanos, reglamentados en la resolución 8430 de 1993, por lo cual se determina que esta investigación es de riesgo mínimo para las personas objeto del análisis, dado el tipo de estudio al que hace referencia.

RESULTADOS

Características sociodemográficas principales

Barrio La Isla

El 60,80% (5671) de la población de 10 a 45 años del barrio corresponde a personas de sexo femenino y el porcentaje restante, 39,16% (3650), son del sexo masculino. En la distribución por edad, se encontró que el 44,65% de las personas (4162) se encontraban entre los 10 y los 19 años de edad, y el 10,55% (984) eran personas mayores de 40 años.

En cuanto a la composición familiar y al estado civil, el 67,68% (6308) de la población son solteros, seguido de aquellos que tienen pareja estable, como los casados o en unión libre, quienes representan el 30,35% (2831).

Según la afiliación al Sistema de Seguridad Social, el 53,94% (5028) de la población manifiesta pertenecer al régimen subsidiado y el 38,03% (3545) al contributivo; la proporción restante reporta otro régimen de afiliación o manifiesta no estar asegurada.

Barrio Santa Cruz

El 53,60% (4306) de la población de 10 a 45 años del barrio corresponde a personas de sexo femenino y el porcentaje restante, 46,40% (3727), son del sexo masculino. En la distribución por edad, se encontró que el 42,70% de las personas (3430) se encontraban entre los 10 y los 19 años de edad, y el 12,58% (1010) eran personas mayores de 40 años.

En cuanto a la composición familiar y al estado civil, el 67,80% (5447) de la población son solteros, seguido de aquellos que tienen pareja estable, como los casados o en unión libre, quienes representan el 30,48% (2449).

Según la afiliación al Sistema de Seguridad Social, el 56,30% (4523) de la población manifiesta pertenecer al régimen subsidiado y el 37,29% (2995) al contributivo; la proporción restante reporta otro régimen de afiliación o manifiesta no estar asegurada.

Hábitos-costumbres, factores protectores y de riesgo para el consumo de SPA

Barrio La Isla

El 72,59% no pertenece a ningún grupo al cual dedicarle tiempo; del 27% restante, el 7,9% le dedica tiempo a los grupos deportivos y el 5,39% a la barra de amigos. El 41,62% de las personas del barrio no ha practicado ningún deporte en el último año.

Entre las fortalezas o acciones que previenen el consumo de sustancias psicoactivas se encontró que las principales son el acompañamiento de los padres y la familia (35,03%). La curiosidad es el primer motivador de consumo (22,77%), pero también la influencia de otras personas o amigos (16,90%).

El 87,19% de la población manifiesta tener excelente o buena comunicación con su familia. El 41,72% de la población opina que casi siempre hay ausencia de espacios y tiempo para compartir en familia. El 45,95% de la población manifestó estar totalmente insatisfecho con aspectos de su vida.

Barrio Santa Cruz

El 73,87% manifestó no pertenecer a ningún grupo al cual dedicarle tiempo, pero del 26% restante, el 6,5% le dedica tiempo a los grupos deportivos y el 5,7% a la barra de amigos. El 40,61% de las personas del barrio no ha practicado ningún deporte en el último año.

Entre las fortalezas o acciones que previenen el consumo de sustancias psicoactivas se encontró que las principales son el acompañamiento de los padres y la familia (28,73%). Un 34,03% afirma que la curiosidad es el primer motivador de consumo y el 12,63% opina que es la influencia de otras personas o amigos.

El 87,05% de la población manifiesta tener excelente o buena comunicación con su familia. El 39,19% de la población opina que casi siempre hay ausencia de espacios y tiempo para compartir en familia. El 49,10% de la población manifestó estar totalmente insatisfecho con aspectos de su vida.

Prevalencias del consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida, en el último año y en el último mes, para el conjunto de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en los barrios La Isla y Santa Cruz, de la Comuna 2

Tabla 1. Prevalencias del consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida, en el último año y en el último mes, para el conjunto de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en los barrios La Isla y Santa Cruz, de la Comuna 2.

Sustancia	Prevalencia de Vida		Prevalencia de último Año	
	Medellín (1)	Medellín (2)	Medellín (1)	Medellín (2)
Alcohol	51,73	54,4 (S) 49,6 (I)	26,41	43,4 (S) 38,8 (I)
Tabaco		19,9 (S) 22,3 (I)		10,5 (S) 12,5 (I)
Marihuana	12,33	14,05 (S) 14,2 (I)	3,68	6,7 (S) 7,1 (I)
Cocaína	3,77	3,7 (S) 3,96 (I)	0,96	2,1 (S) 2,1 (I)
Basuco		0,4 (S) 0,4 (I)		0,1 (S) 0,1 (I)
Solventes - Inhalables		0,13 (S) 0,4 (I)		0,1 (S) 0,1 (I)
Tranquilizantes	1,84	0,9 (S) 0,2 (I)	0,66	0,5 (S) 0,1 (I)
Estimulantes				
Heroína	1,4	0,13 (S) 0,0 (I)	0,35	0,1 (S) 0,0 (I)
Éxtasis		0,4 (S) 0,2 (I)		0,3 (S) 0,0 (I)
Cualquier Ilegal				

(1) Estudio Salud mental Medellín

(2) Estudio primer consumo

Tabla 2. Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas en el barrio La Isla, de la Comuna 2.

Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas lícitas y/o ilícitas	Mediana	Mínimo	Máximo	N
Cigarrillo	15,00	5,00	32,00	2140
Bebidas alcohólicas (Ron, vino, cerveza etc).	15,00	2,00	30,00	4611
Marihuana	15,00	6,00	28,00	1326
Tranquilizantes	12,50	10,00	15,00	20
Cocaína	16,00	7,00	25,00	369
Bazuco	11,00	7,00	18,00	34
Inhalables (pegante, gasolina, etc.)	14,00	sd	14,00	36

Continúa en la siguiente página

Inicia en la página anterior

Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas lícitas y/o ilícitas	Mediana	Mínimo	Máximo	N
Éxtasis	13,00	13,00	17,00	20
Heroína, Opio	.	.	.	0
Ruedas, pepas, tachas	15,00	sd	30,00	217
Cacao sabanero	14,00	sd	17,00	71
Hongos	13,00	9,00	13,00	23
LSD	18,00	18,00	18,00	13

Tabla 3. Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas en el barrio Santa Cruz, de la Comuna 2.

Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas lícitas y/o ilícitas	Mediana	Mínimo	Máximo	N
Cigarrillo	15,00	6,00	43,00	1549
Bebidas alcohólicas (Ron, vino, cerveza etc).	15,00	6,00	41,00	4373
Marihuana	16,00	9,00	35,00	1129
Tranquilizantes	17,00	13,00	36,00	73
Cocaína	16,00	13,00	35,00	297
Bazuco	15,00	13,00	30,00	31
Inhalables (pegante, gasolina, etc.).	11,00	11,00	11,00	10
Éxtasis	17,00	12,00	25,00	49
Heroína, Opio	13,00	13,00	13,00	10
Ruedas, pepas, tachas	17,00	13,00	24,00	173
Cacao sabanero	16,00	12,00	17,00	51
Hongos	16,00	13,00	28,00	39
LSD	19,00	12,00	19,00	34

Percepción de riesgo entre la población respecto al consumo de sustancias y su relación con factores sociodemográficos y familiares en los barrios La Isla y Santa Cruz, de la Comuna 2

Percepción de riesgo respecto al consumo de SPA, según sexo:

El 65,6% y el 61,64% de mujeres, el 57,9% y 51,30% de los hombres, respectivamente, consideran que: *“Teniendo normas y límites en el hogar, se puede evitar el consumo de sustancias psicoactivas”*.

El 54% de las personas no hace nada cuando una persona está consumiendo sustancias psicoactivas y el 36% orienta al consumidor en búsqueda de ayuda profesional.

El 89,22% de las personas considera que las adicciones son una enfermedad. El 72,82% considera que el entorno en el que viven influye en el consumo de algunas sustancias psicoactivas. El 94,51% cree que el consumo de sustancias psicoactivas puede afectar los planes para el futuro.

Facilidad de acceso de la población a las drogas y su relación con factores sociodemográficos en los barrios La Isla y Santa Cruz, de la Comuna 2

Tabla 4. Percepción de acceso a las sustancias psicoactivas, según edad, en el barrio Santa Cruz.

Santa Cruz		Cigarrillo		Bebidas alcohólicas (Ron, vino, cerveza, etc).		Marihuana		Cocaína	
		Facil	Difícil	Facil	Difícil	Facil	Difícil	Facil	Difícil
		%		%		%		%	
EDAD CATEGORICA	DE 10 A 14	16,10	39,05	14,57	53,26	11,86	26,45	9,27	22,63
	DE 15 A 19	23,56	22,06	24,10	18,00	27,98	19,00	28,39	21,78
	DE 20 A 24	18,44	11,30	18,64	8,80	20,27	14,75	19,64	16,74
	DE 25 A 29	11,12	7,72	11,54	4,23	10,73	10,54	8,37	11,36
	DE 30 A 34	9,74	6,67	9,89	5,15	10,38	8,29	14,01	7,83
	DE 35 A 39	7,31	7,43	7,75	4,39	7,26	7,40	8,14	6,92
	DE 40 A 45	13,73	5,76	13,50	6,17	11,53	13,57	12,18	12,74
	Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabla 5. Percepción de acceso a las sustancias psicoactivas, según edad, en el barrio La Isla.

La Isla		Cigarrillo		Bebidas alcohólicas (Ron, vino, cerveza, etc).		Marihuana		Cocaína	
		Fácil	Difícil	Fácil	Difícil	Fácil	Difícil	Fácil	Difícil
		%		%		%		%	
EDAD CATEGORICA	DE 10 A 14	19,89	43,36	18,64	49,30	12,11	44,24	8,69	32,13
	DE 15 A 19	22,87	14,00	22,93	14,00	26,91	11,37	23,40	20,53
	DE 20 A 24	16,18	7,67	16,41	7,61	17,63	10,22	19,81	12,12
	DE 25 A 29	11,86	4,94	12,08	3,93	12,29	8,07	13,44	9,21
	DE 30 A 34	10,67	6,97	10,78	6,43	11,79	7,13	11,77	9,22
	DE 35 A 39	7,99	12,26	8,01	11,75	7,79	10,08	9,97	7,66
	DE 40 A 45	10,55	10,80	11,14	6,98	11,49	8,89	12,91	9,13
	Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

IDENTIFICACIÓN DE LOS GRUPOS VULNERABLES HACIA LOS CUALES SE DEBEN DIRIGIR PRIORITARIAMENTE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN EN LOS BARRIOS LA ISLA Y SANTA CRUZ, DE LA COMUNA 2

Alcohol

- » Los hombres tienen una probabilidad más alta que las mujeres de consumir alcohol.
- » En las personas de 25 a 29 años se aumenta la probabilidad de consumo en un 152% con respecto a los de 40 a 45 años.
- » Haber sido víctima del conflicto aumenta la probabilidad en un 12%.

Cigarrillo

- » Haber sido víctima del conflicto aumenta la probabilidad de consumo en un 47%.
- » Los hombres tienen una probabilidad de 95% más que las mujeres.
- » Los patronos o empleadores tienen una probabilidad mayor de consumo con respecto a los obreros o empleados particulares.

Marihuana

- » Las personas de 15 a 29 años tienen una mayor probabilidad de ser consumidores con respecto a los de 40 a 45 años.
- » Haber vivido toda la vida en el mismo barrio aumenta la probabilidad en un 70%.
- » Los grupos poblacionales que más probabilidad tienen de ser consumidores son: personas desplazadas, en situación de discapacidad (RP=12,04); con respecto a aquellas personas cabeza de familia, haber sido víctima de conflicto (RP=2,18); y la población LGTBI tiene una probabilidad de 2,42, con relación a los que no hacen parte de este grupo poblacional.

Tabla 6. Encuesta sobre cigarrillo y bebidas alcohólicas.

CON RELACIÓN A LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS USTED:		SANTA CRUZ		LA ISLA	
		Recuento	%	Recuento	%
Cigarrillo	Ha estado en tratamiento para tener que dejar de consumirlo	23	0,29%	47	0,50%
	Ha tenido periodos en los que ha suspendido su consumo	346	4,32%	336	3,61%
	Quisiera dejar de consumir	391	4,87%	482	5,18%
	Ninguna de las anteriores	951	11,86%	1435	15,41%
	N/A (No aplicaba la pregunta)	6311	78,67%	7010	75,30%
Total Todos		8023	100%	9309	100%
Bebidas alcohólicas (Ron, vino, cerveza, etc)	Ha estado en tratamiento para tener que dejar de consumirlo	87	1,09%	46	0,50%
	Ha tenido periodos en los que ha suspendido su consumo	1186	14,79%	1085	11,66%
	Quisiera dejar de consumir	536	6,68%	455	4,89%
	Ninguna de las anteriores	2649	33,02%	3154	33,88%
	N/A (No aplicaba la pregunta)	3564	44,43%	4568	49,07%
Total Todos		8023	100%	9309	100%

CONCLUSIONES

Barrio La Isla

Con respecto a las prevalencias del consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida, en el último año y en el último mes, para las sustancias exploradas tanto en el barrio La Isla como Santa Cruz, los aspectos más relevantes que se pudieron observar se describen a continuación, teniendo en cuenta la siguiente aclaración:

Los análisis fueron realizados para los cinco primeros porcentajes de las primeras sustancias reportadas por la población en estudio, en este caso, el cigarrillo, las bebidas alcohólicas, la marihuana, la cocaína y, en un bajo porcentaje, para las ruedas, pepas y/o tachas. Para las demás sustancias no se realizaron interpretaciones y análisis detallados, pues el porcentaje de reporte siempre estuvo por debajo del 1% y, en algunos casos, el auto-reporte fue del 0,0%.

La prevalencia de consumo del cigarrillo fue del 19,29% en total de la población en estudio, de éste, el 8,78% manifestó que hacía más de un año no lo consumía, el 0,93% lo consumió durante el último año y el 9,58% manifestó haberlo consumido en el mes anterior a la encuesta (que incluye las opciones; mes, semana o día). En lo que tiene que ver con las prevalencias de consumo para las bebidas alcohólicas como cerveza, vino, ron, etc., los porcentajes observados (prevalencia de consumo) fueron muy superiores que los observados para el cigarrillo y casi que los mismos registrados para el barrio Santa Cruz con la siguiente distribución, de acuerdo al auto reporte en la temporalidad para su consumo: del total de la población entre

10 y 45 años del barrio el 54,04% manifestó que había consumo de este tipo de bebidas, de este porcentaje el 11,05% reportó haberlas dejado de consumir hace más de un año, durante el último año el 7,07% registró haberlas consumido y en el último mes el consumo fue reportado por el 36,32% de la población en estudio. Este último porcentaje se distribuyó de la siguiente forma: 17,18% en el último mes, 14,18% la semana anterior a la realización de la encuesta y el 4,96% manifestó que el día anterior a la encuesta había ingerido algún tipo(s) de bebida(s) alcohólica(s).

El auto-reporte de cigarrillo y bebidas alcohólicas puede haberse facilitado para la población, dadas la connotaciones de legalidad que presentan estas sustancias en la sociedad colombiana, situación que es diferente con relación a las demás sustancias en estudio, que son consideradas como “ilícitas” y por las cuales se exploraba mayoritariamente, que como habría de esperarse el auto-reporte no sería fácil, sin embargo, para la marihuana se observó una prevalencia de auto-reporte del 14,05% para el total de consumo de esta sustancia, y de este porcentaje el 7,35% manifestó que lo había hecho en algún momento de la vida, pero hacía más de un año había dejado de hacerlo, en el último año sólo reportaron consumo el 1,47% del total, el 1,26% en el último mes, 0,71% la semana anterior y el 3,28% manifestó haberlo hecho el día anterior a la encuesta.

Con relación a la cocaína los históricos de consumo se registraron de la siguiente forma: la prevalencia total observada en la población total en estudio para el barrio La Isla fue del 3,70%, del cual el 1,57% manifestó que había consumido, pero que hacía más de un año había dejado de hacerlo, el 0,29% registró consumo en el último año, el 0,26% en el último mes, el 1,19% la semana anterior y el 0,39 reportó haberlo hecho el día anterior a la encuesta. Para las ruedas, pepas y/o tachas la prevalencia de consumo encontrada fue de 2,15% y de este total de auto-reporte el 0,81% manifestó que hacía más de un año no las consumía.

Se presentan también las relaciones para la edad de inicio de consumo en el barrio la Isla, según el tipo de sustancia explorada para el estudio. Para este objetivo se tuvieron en cuenta los porcentajes de mayor auto-reporte de las sustancias y, al igual que en el análisis anterior, solo se consideraron las sustancias que presentaron los mayores valores, pues, en un buen número, su porcentaje fue menor al 1,0% o incluso nulo. Las sustancias analizadas fueron en su orden: cigarrillo, alcohol, marihuana, cocaína, ruedas, pepas y/o tachas.

En general, la edad de inicio del consumo de alguna de las sustancias en el estudio no superó los 18 años y para las cinco analizadas, las características de la edad, por tipo de consumo fueron las siguientes: el promedio de edad para el consumo de cigarrillo fue de 15,08 años (DS: 4,39), con una mediana de 15 años, la edad de inicio más frecuente de 16 años. La edad de inicio mínima fue de 5 y máxima de 32 años. Para las bebidas alcohólicas (ron, vino, cerveza, etc.), las características de la variable edad de inicio, fueron muy similares a la del cigarrillo, tal como se describen a continuación: promedio de edad 15,37 años con una

variabilidad de 3,31 años, la mediana en este caso también fue de 15 años. Los valores mínimos y máximos fueron de 2 y 30 años respectivamente, presentando una edad de inicio muy temprana. La edad más frecuente en el consumo de bebidas alcohólicas fue de 15 años. Esta similitud para los dos tipos de bebidas descritas anteriormente, podría estar sugiriendo que los jóvenes presentan una edad de inicio similar y un consumo paralelo de las mismas.

Para la marihuana y la cocaína como las dos sustancias “ilícitas” con una mayor prevalencia encontrada para la población entre los 10 y 45 años del barrio La Isla, en general el promedio para la edad de inicio en la marihuana fue de 15,39 años (DS: 4,47 años) y para cocaína el promedio fue de 16,31 años, con una variabilidad de 4,37 años. La Mediana de edad de inicio de consumo para estas dos sustancias fue de 15 años para la marihuana y 16 para la cocaína, la edad de inicio más frecuente (moda) para la marihuana fue de 15 años y para la cocaína de 13 años respectivamente. Con respecto a los valores mínimos y máximos, estos fueron: 6 y 28 años para la marihuana y de 7 y 18 años para la cocaína.

Para las ruedas, pepas y/o tachas, la edad promedio de inicio de su consumo fue de 15,44 años, con una variación de 5,73 años, con una mediana de 15 años. Esta situación perfila este barrio con mayor riesgo para los jóvenes en el inicio de consumo de este tipo de sustancias.

Al explorar percepción de la población del barrio La Isla con respecto al acceso a las sustancias (facilidad o dificultad), según factores sociodemográficos tales como sexo, edad recategorizada, estado civil, estrato de la vivienda, tiempo de permanencia en el barrio, población LGTBI, rol familiar, régimen de afiliación, ocupación, desplazamiento y tenencia de hijos. Estas variables buscaban observar características que podrían ayudar a explicar, en parte, los factores de riesgo que más pueden estar facilitando el acceso de las sustancias exploradas para el presente estudio en el barrio La Isla y de las cuales se encontraron las cuatro mayores prevalencias, que podrían ser importantes para ser tenidas en cuenta a la hora de proponer y adelantar acciones derivadas de las tendencias observadas, tal es el caso del cigarrillo, las bebidas alcohólicas, la marihuana y la cocaína. En este aparte no se realizó el análisis detallado para las ruedas, pepas y/o tachas porque su porcentaje es realmente muy escaso para orientar acciones que impacten en términos de la salud pública y se considera que con las tendencias marcadas por la marihuana y la cocaína se podrían perfilar acciones que incluyen ésta y las demás sustancias consideradas como “ilícitas” y que fueron exploradas en el estudio.

Todos los análisis se concentraron en aquella fracción de la población que manifestó facilidad en el acceso a las sustancias, pues es allí donde las acciones gubernamentales y no gubernamentales deberían centrar sus esfuerzos para tratar de impactar positivamente esta problemática.

Según el sexo, para el cigarrillo, el alcohol, la marihuana y la cocaína se observó que las mujeres son quienes percibieron, en general, que se accedía más fácilmente a este tipo de sustancias (entre el 51 y el 59%). Por grupos de edad la situación encontrada se concreta de la siguiente forma: en general, son los jóvenes de 15 a 19 y de 20 a 24 años, así como los menores entre 10 y 14 años son quienes consideran que acceden a las sustancias como cigarrillo, alcohol, marihuana y cocaína más fácilmente. Llama la atención y es particularmente preocupante que sean los menores entre 10 y 14 años, quienes perciben casi, que el doble de facilidad en el acceso a las sustancias, que aquellos mayores entre 35 y 39 años. Para el cigarrillo los grupos de riesgo serían 15 a 19 y 10 a 14 años, con 22,87% y 19,87% del total que reportaron facilidad en el acceso y en un tercer lugar los jóvenes entre 20 y 24 con un 16,18% respectivamente.

Para las bebidas alcohólicas estos grupos de riesgo se conservan, pero los porcentajes varían de la siguiente forma: 15 a 19 años con el 22,93%, 10 a 14 años, con 18,64% y jóvenes entre 20 y 24 años con un 16,41% del total de quienes manifestaron facilidad en el acceso a estas bebidas. La marihuana por su parte, registro un cambio en los grupos, conservándose el de 15 a 19 años como el primero con el 26,91% del total, pero en segunda instancia los de 20 a 24 años con el 17,63% y en tercer lugar los menores entre 10 y 14 años con el 12,11%. La cocaína conserva el mismo patrón de porcentajes de la marihuana, pero se disminuye el primer porcentaje para el grupo de 15 a 19 años con un 23,40%, el segundo grupo (20 a 24 años) queda con un 19,81% y el tercer grupo de edad (menores entre 10 y 14 años) queda con el 13,44% respectivamente.

La percepción de facilidad en el acceso por estado civil mostro repetitivamente para las cuatro sustancias antes mencionadas que son los solteros y en unión libre, quienes perciben que hay más facilidad para acceder a estas, siendo siempre los solteros quienes estaban por encima del 60,84 y 66,73 y los que reportaron vivir en unión libre, tuvieron porcentajes que oscilaron entre el 20,89% y el 25,05% aproximadamente. La percepción de facilidad en el acceso a las sustancias anteriormente descritas, siempre fue superior al 92,55% para las personas que habitaban una vivienda del estrato 2 al momento de la encuesta. De igual forma, para quienes han permanecido durante toda la vida en el barrio La Isla es mayor el porcentaje de percepción de fácil acceso al cigarrillo (59,25%), las bebidas alcohólicas (59,21%) la marihuana (60,39%) y la cocaína (62,63%) que para las demás categorías de esta variable, sin embargo en segundo lugar los porcentajes de percepción para todas estas sustancias estaban concentrados en quienes tienen menos de un año viviendo en el barrio.

En lo que tiene que ver con la pertenencia o no a una LGTBI en todos los casos, quienes no pertenecen a alguno de ellos manifestaron que era más fácil acceder a las sustancias en estudio, y esto porcentajes siempre estuvieron por encima del 99,15%. Según el régimen de afiliación, para quienes manifestaron acceder fácilmente al cigarrillo, el alcohol, la marihuana y la cocaína, se observó que los que pertenecían al régimen subsidiado en todos los casos tuvieron los mayores porcentajes de facilidad en el acceso, estos fueron entre

49,52% y 52,94% pero esta diferencia no superaba el 15% para ninguna sustancia en relación con los del régimen contributivo y ambos porcentajes sumaban más del 90% del total de percepción de facilidad en el acceso.

Por ocupación se presenta una situación que puede obedecer, en parte, al alto porcentaje de estudiantes que participaron en el estudio y en parte a una alarmante situación que para este barrio queda evidenciada y que puede ser igual o peor para otros sectores de la ciudad, además de ser la misma presentada para el caso del barrio Santa Cruz. Se observó que en general, los estudiantes perciben que tienen fácil acceso a las diferentes sustancias exploradas en el estudio y esta percepción para todas las sustancias estuvo entre el 30,08% para la cocaína y el 38,57% para el cigarrillo, el alcohol y la marihuana estuvieron en el 37,84% y el 34,61%, seguidamente aparecen la población desempleada que percibe facilidad en el acceso entre el 15,54% y el 16,46%, los obreros o población empujada y los trabajadores por cuenta propia con porcentajes que oscilaron entre el 10,22% y el 13,78%. Quienes no han sido desplazados por violencia tiene porcentajes por encima del 81,06% de percepción de facilidad para acceder a las sustancias anteriormente analizadas. Quienes no tienen hijos perciben en general que acceden más fácilmente al cigarrillo, el alcohol y la marihuana, a diferencia de la percepción de facilidad para la cocaína donde son los que tienen hijos, quienes manifestaron que hay más facilidad para conseguirla. Estos porcentajes en ningún caso, exceden el 57%.

En conclusión, las poblaciones que se perfilan como de riesgo, según características sociodemográficas, serían las mujeres; según estado civil, los solteros y en unión libre; por estrato, las personas del estrato dos; por grupos de edad, los jóvenes de 15 a 19 años, de 20 a 24 años y los menores entre 10 y 14 años. Por tiempo de permanencia en el barrio, para la marihuana y la cocaína, los que han pasado toda su vida en el barrio; y para el cigarrillo y el alcohol, quienes llevan menos de un año en el barrio, los estudiantes, desempleados, obreros y trabajadores familiares sin remuneración y quienes no tienen hijos. Para las demás características sociodemográficas estudiadas, la situación encontrada no perfila alguno de los grupos como de riesgo, teniendo presente que entre ellas están la variable etnia y grupo poblacional, de las que no se puede decir nada por las condiciones expuestas en apartes anteriores del estudio y en el apartado de conclusiones.

Barrio Santa Cruz

Con respecto a las prevalencias del consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida, en el último año y en el último mes para las sustancias exploradas en el barrio Santa Cruz los aspectos más relevantes que se pudieron observar se describen a continuación, teniendo en cuenta la siguiente aclaración:

Los análisis fueron realizados para los cinco primeros porcentajes de las primeras sustancias reportadas por la población en estudio, en este caso, el cigarrillo, las bebidas alcohólicas, la marihuana, la cocaína y en un bajo porcentaje para las ruedas, pepas y/o tachas. Para las demás sustancias no se realizaron interpretaciones y análisis detallados, pues el porcentaje de reporte siempre estuvo por debajo del 1% y en algunos casos el auto reporte fue del 0,0%.

La prevalencia de consumo del cigarrillo fue del 19,29% del total de la población en estudio. De este, el 8,78% manifestó que hacía más de un año no lo consumía, el 0,93% lo consumió durante el último año y el 9,58% manifestó haberlo consumido en el mes anterior a la encuesta (que incluye las opciones: mes, semana o día).

En lo que tiene que ver con las prevalencias de consumo para las bebidas alcohólicas como cerveza, vino, ron, etc., los porcentajes observados (prevalencia de consumo) fueron muy superiores a los observados para el cigarrillo y casi que los mismos registrados para el barrio Santa Cruz, con la siguiente distribución: De acuerdo al auto-reporte, en la temporalidad para su consumo, del total de la población entre 10 y 45 años del barrio, el 54,04% manifestó que había consumo de este tipo de bebidas. De este porcentaje, el 11,05% reportó haberlas dejado de consumir hace más de un año; durante el último año, el 7,07% registró haberlas consumido, y en el último mes, el consumo fue reportado por el 36,32% de la población en estudio. Este último porcentaje se distribuyó de la siguiente forma: 17,18% en el último mes, 14,18% la semana anterior a la realización de la encuesta y el 4,96% manifestó que el día anterior a la encuesta había ingerido algún o algunos tipos de bebidas alcohólicas.

El autorreporte de cigarrillo y bebidas alcohólicas, puede haberse facilitado para la población, dadas la connotaciones de legalidad que presentan estas sustancias en la sociedad colombiana, situación que es diferente con relación a las demás sustancias en estudio que son consideradas como “ilícitas” y por las cuáles se exploraba mayoritariamente, pero que como habría de esperarse el autorreporte no sería fácil, sin embargo, para la marihuana, se observó una prevalencia de auto-reporte del 14,05% para el total de consumo de esta sustancia y, de este porcentaje, el 7,35% manifestó que lo había hecho en algún momento de la vida, pero hacía más de un año había dejado de hacerlo; en el último año, sólo reportaron consumo el 1,47% del total; el 1,26% en el último mes, 0,71% la semana anterior y el 3,28% manifestó haberlo hecho el día anterior a la encuesta.

Con relación a la cocaína, los históricos de consumo se registraron de la siguiente forma: la prevalencia total observada en la población total en estudio para el barrio Santa Cruz fue del 3,70%, del cual el 1,57% manifestó que había consumido, pero que hacía más de un año había dejado de hacerlo. El 0,21% registro consumo en el último año, el 0,26% en el último mes, el 1,19% la semana anterior y el 0,39 reportó haberlo hecho el día anterior a la encuesta.

Para las ruedas, pepas y/o tachas, la prevalencia de consumo encontrada fue de 2,15% y, de este total, el 0,81% manifestó que hacía más de un año no las consumía.

Se presentan las relaciones para la edad de inicio de consumo en el barrio Santa Cruz según el tipo de sustancia explorada para el estudio. Para este objetivo se tuvieron en cuenta los porcentajes de mayor autorreporte de las sustancias y al igual que en el análisis anterior, sólo se consideraron las sustancias que presentaron los mayores valores, pues en un buen número su porcentaje fue menor al 1,0% o incluso nulo. En este sentido las sustancias analizadas fueron en su orden: cigarrillo, alcohol, marihuana, cocaína, ruedas, pepas y/o tachas.

En general, la edad de inicio del consumo de alguna de las sustancias en el estudio no superó los 18 años y, para las cinco analizadas, las características de la edad, por tipo de consumo, fueron las siguientes: el promedio de edad para el consumo de cigarrillo fue de 15,08 años (DS: 4,39), con una mediana de 15 años, siendo 16 años la edad de inicio más frecuente. La edad de inicio mínima fue 5 años y la máxima 32. Para las bebidas alcohólicas (ron, vino, cerveza, etc.), las características de la variable edad de inicio fueron muy similares a las del cigarrillo, tal como se describen a continuación: promedio de edad, 15,37 años, con una variabilidad de 3,31 años; la mediana en este caso también fue de 15 años. Los valores mínimos y máximos fueron de 2 y 30 años respectivamente, presentando una edad de inicio muy temprana. La edad más frecuente en el consumo de bebidas alcohólicas fue de 15 años. Esta similitud para los dos tipos de bebidas descritas anteriormente podría estar sugiriendo que los jóvenes presentan una edad de inicio similar y un consumo paralelo de las mismas.

La marihuana y la cocaína fueron las dos sustancias “ilícitas” con una mayor prevalencia encontrada para la población entre los 10 y 45 años del barrio La Isla. En general, el promedio de edad de inicio en la marihuana fue de 15,39 años (DS: 4,47 años) y para la cocaína, el promedio fue de 16,31 años, con una variabilidad de 4,37 años. La mediana de edad de inicio de consumo para estas dos sustancias fue de 15 años para la marihuana y 16 para la cocaína; la edad de inicio más frecuente (moda) para la marihuana fue de 15 años y para la cocaína de 13 años. Con respecto a los valores mínimos y máximos, estos fueron 6 y 28 años para la marihuana, 7 y 18 años para la cocaína.

Para las ruedas, pepas y/o tachas, la edad promedio de inicio de su consumo fue de 17,12 años, +/- 2,59 años. Quien inició el consumo más joven tenía 13 años y la edad mayor para el inicio para este tipo de sustancia fue de 24 años. La edad de inicio de consumo más frecuente fue de 18 años y la mediana de edad fue de 17 años.

Al explorar la percepción de la población del barrio Santa Cruz con respecto al acceso a las sustancias (facilidad o dificultad), según factores sociodemográficos tales como sexo, edad recategorizada, estado civil, estrato de la vivienda, tiempo de permanencia en el barrio, población LGTBI, etnia, rol familiar, régimen de afiliación, ocupación, desplazamiento y tenencia de hijos. Estas variables buscaban observar características que podrían ayudar a explicar, en parte, los factores de riesgo que más pueden estar facilitando el acceso de las sustancias exploradas para el presente estudio en el barrio Santa Cruz y de las cuales se encontraron las cuatro mayores prevalencias, que además sería importante tenerlas presentes para las acciones que podrían derivarse de las tendencias observadas, tal es el caso del cigarrillo, las bebidas alcohólicas, la marihuana y la cocaína. En este aparte no se realizó el análisis detallado para las ruedas, pepas y/o tachas porque su porcentaje es realmente muy escaso para orientar acciones que impacten en términos de la salud pública y se considera que con las tendencias marcadas por la marihuana y la cocaína se podrían perfilar acciones que incluyen ésta y las demás sustancias.

Todos los análisis se concentraron en aquella fracción de la población que manifestó facilidad en el acceso a las sustancias, pues es allí donde las acciones gubernamentales y no gubernamentales deberían centrar sus esfuerzos para tratar de impactar positivamente esta problemática.

Dos de las variables sociodemográficas (Etnia y grupo poblacional) no fue posible analizarlas a la luz de los resultados obtenidos, pues la clasificación del 70% o más de sus respuestas estaban concentradas en la categoría no aplica y otra, razón por la cual es impreciso hacer referencia a cualquier resultado que puedan haber presentado, aunque en general para el grupo poblacional se mostraba que eran los cabeza de familia quienes, después de las categorías no aplica y otro representaban un mayor porcentaje de percepción de facilidad en el acceso. La variable etnia, generalmente presenta dificultades en el autorreporte, lo que implica mayor esfuerzo a la hora de estandarizar y capacitar al personal que debe desplazarse a tomar datos de este tipo.

Según el sexo, para el cigarrillo, el alcohol, la marihuana y la cocaína se observó que las mujeres son quienes percibieron, en general, que se accedía más fácilmente a este tipo de sustancias (entre el 51 y el 59%). Por grupos de edad, la situación encontrada se concreta de la siguiente forma: en general, son los jóvenes de 15 a 19 y de 20 a 24 años, así como los menores entre 10 y 14 años, quienes consideran que acceden a las sustancias como cigarrillo, alcohol, marihuana y cocaína más fácilmente. Llama la atención y es particularmente preocupante que sean los menores entre 10 y 14 años quienes perciben casi el doble de facilidad en el acceso a las sustancias que aquellos mayores entre 35 y 39 años. Para el cigarrillo, los grupos de riesgo serían 15 a 19 y 10 a 14 años, con 22,87% y 19,87% del total que reportaron facilidad en el acceso y, en un tercer lugar, los jóvenes entre 20 y 24, con un 16,18%.

Para las bebidas alcohólicas, estos grupos de riesgo se conservan, pero los porcentajes varían de la siguiente forma: 15 a 19 años, con el 22,93%; 10 a 14 años, con 18,64% y jóvenes entre 20 y 24 años, con un 16,41% del total de quienes manifestaron facilidad en el acceso a estas bebidas. La marihuana, por su parte, registró un cambio en los grupos, conservándose el de 15 a 19 años como el primero, con el 26,91% del total; en segunda instancia, los de 20 a 24 años, con el 17,63% y, en tercer lugar, los menores entre 10 y 14 años, con el 12,11%. La cocaína conserva el mismo patrón de porcentajes de la marihuana, pero se disminuye el primer porcentaje para el grupo de 15 a 19 años, con un 23,40%; el segundo grupo (20 a 24 años) queda con un 19,81% y el tercer grupo de edad (menores entre 10 y 14 años) queda con el 13,44%.

La percepción de facilidad en el acceso por estado civil mostró repetitivamente para las cuatro sustancias antes mencionadas que son los solteros y en unión libre quienes perciben que hay más facilidad para acceder a estas, siendo siempre los solteros quienes estaban por encima del 60,84% y 66,73%. Los que reportaron vivir en unión libre tuvieron porcentajes que oscilaron entre el 20,89% y el 25,05% aproximadamente. La percepción de facilidad en el acceso a las sustancias anteriormente descritas siempre fue superior al 92,55% para las personas que habitaban una vivienda del estrato 2 al momento de la encuesta. De igual forma, para quienes han permanecido durante toda la vida en el barrio La Isla es mayor el porcentaje de percepción de fácil acceso al cigarrillo (59,25%), las bebidas alcohólicas (59,21%) la marihuana (60,39%) y la cocaína (62,63%) que para las demás categorías de esta variable; sin embargo, en segundo lugar, los porcentajes de percepción para todas estas sustancias estaban concentrados en quienes tienen menos de un año viviendo en el barrio.

En lo que tiene que ver con la pertenencia o no a una LGTBI, en todos los casos, quienes no pertenecen a alguna de estas categorías manifestaron que era más fácil acceder a las sustancias en estudio, y estos porcentajes siempre estuvieron por encima del 99,15%. Según el régimen de afiliación, para quienes manifestaron acceder fácilmente al cigarrillo, el alcohol, la marihuana y la cocaína, se observó que los que pertenecían al régimen subsidiado, en todos los casos, tuvieron los mayores porcentajes de facilidad en el acceso -entre 49,52% y 52,94%-; pero esta diferencia no superaba el 15% para ninguna sustancia en relación con los del régimen contributivo y ambos porcentajes sumaban más del 90% del total de percepción de facilidad en el acceso.

Por ocupación, se presenta una situación que puede obedecer, en parte, al alto porcentaje de estudiantes que participaron en el estudio y, en parte, a una alarmante situación que para este barrio queda evidenciada y que puede ser igual o peor para otros sectores de la ciudad, además de ser la misma presentada para el caso del barrio Santa Cruz. Se observó que, en general, los estudiantes perciben que tienen fácil acceso a las diferentes sustancias exploradas en el estudio: entre el 30,08% para la cocaína y el 38,57% para el cigarrillo, el alcohol y la marihuana estuvieron en el 37,84% y el 34,61%. Seguidamente aparece la población desempleada, que percibe facilidad en el acceso entre el 15,54% y el 16,46%; los obreros o población

empleada y los trabajadores por cuenta propia se ubicaron en porcentajes que oscilaron entre el 10,22% y el 13,78%. Quienes no han sido desplazados por violencia tienen porcentajes por encima del 81,06% de percepción de facilidad para acceder a las sustancias anteriormente analizadas. Quienes no tienen hijos perciben en general que acceden más fácilmente al cigarrillo, el alcohol y la marihuana, a diferencia de la percepción de facilidad para la cocaína, donde son los que tienen hijos quienes manifestaron que hay más facilidad para conseguirla. Estos porcentajes, en ningún caso, exceden el 57%.

En conclusión las poblaciones que se perfilan como de riesgo, según características sociodemográficas serían las mujeres, según estado civil los solteros y en unión libre, por estrato las personas del estrato dos, por grupos de edad los jóvenes de 15 a 19 años, de 20 a 24 años y los menores entre 10 y 10 años, por tiempo de permanencia en el barrio, para la marihuana y la cocina los que han pasado toda su vida en el barrio y para el cigarrillo y el alcohol quienes llevan menos de un año en el barrio, los estudiantes, desempleados, obreros y trabajadores familiares sin remuneración quienes no tienen hijos. Para las demás características sociodemográficas estudiadas, la situación encontrada no perfila alguno de los grupos como de riesgo, teniendo presente que entre ellas están la variable etnia y grupo poblacional de las que no se puede decir nada por las condiciones expuestas en apartes anteriores del estudio y en este mismo aparte de conclusiones.

REFERENCIAS

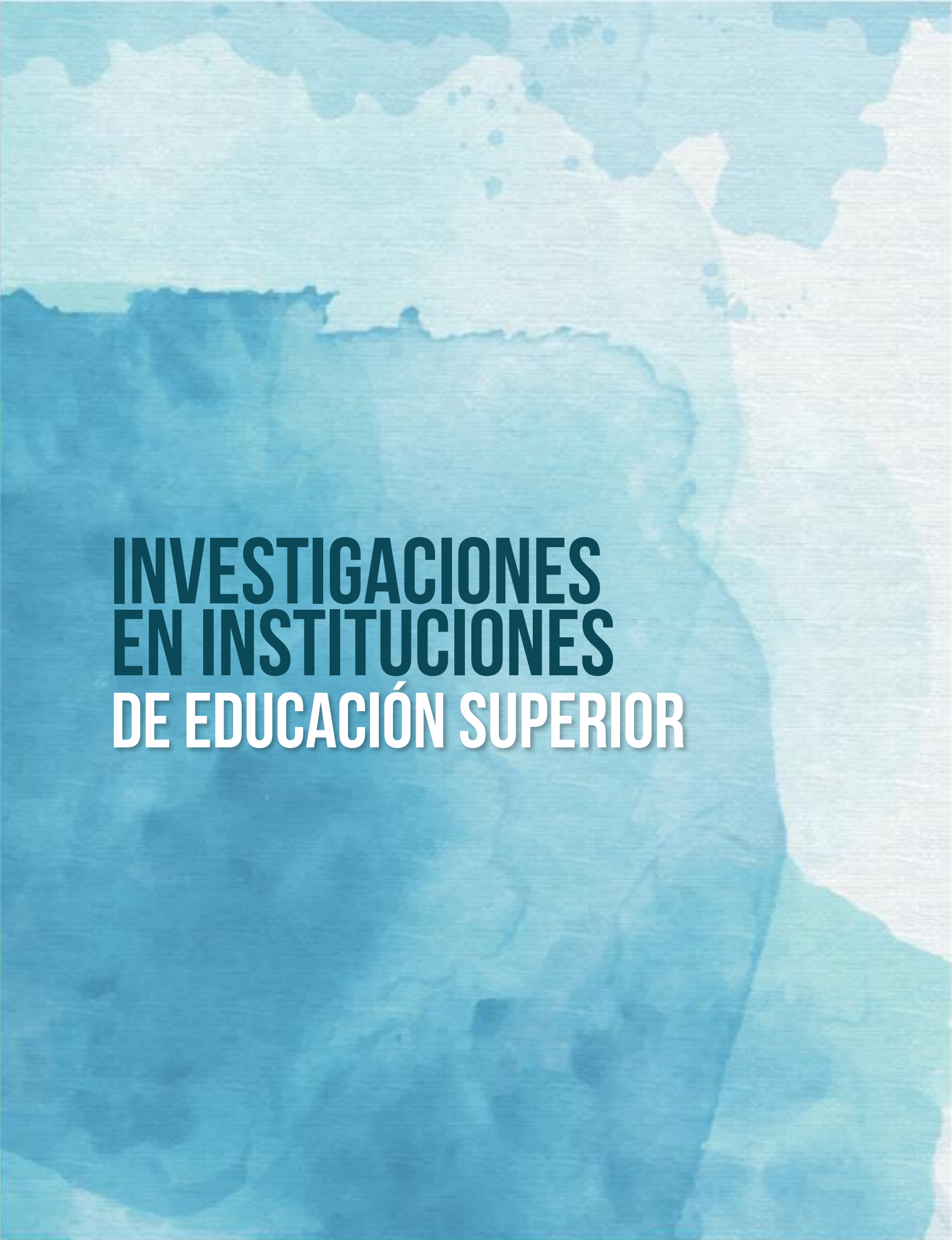
Duque, G., Uribe, C., Delgado, J., y Castañeda, J. (2011). Prevalencia de consumo de Sustancias Psicoactivas en el Departamento de Antioquia Encuesta de Hogares 2011, Gobernación de Antioquia, Secretaria Seccional de Salud y Protección social de e Antioquia. Comité departamental de drogas de Antioquia y ESE Hospital de Antioquia.

Plan de Desarrollo, Un Hogar para la Vida. (2010). Perfil de Morbilidad de Medellín del año. Medellín.

Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto (2007). Ministerio de la Protección Social república de Colombia, resumen ejecutivo recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf

Primer estudio poblacional de salud mental. (2011-2012). Secretaria de Salud; Universidad Harvad; Universidad CES. Medellín.

Zapata, M. y Segura A. M. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del municipio de Medellín, año 2007: Tendencias del consumo y comparación regional.



**INVESTIGACIONES
EN INSTITUCIONES
DE EDUCACIÓN SUPERIOR**

El trabajo en red de diversos grupos de investigación en adicciones en instituciones de educación superior

Xóchitl De San Jorge Cárdenas*

Universidad Veracruzana, México

Red Veracruzana de Investigación en Adicciones

Paulina Beverido Sustaeta**

Universidad Veracruzana, México

Resumen

Evaluación y reflexión sobre el trabajo desarrollado por el cuerpo académico *Drogas y Adicciones: un enfoque multidisciplinario* y por la Red Veracruzana de Investigación en Adicciones (REVIVA) en el Campo de la Reducción de la Demanda de Drogas, en una institución de educación superior mexicana y en su vinculación con otros grupos de investigación y cuerpos académicos estatales, nacionales y extranjeros.

Palabras clave

Red de investigación, cuerpo académico, grupo de investigación, adicciones, instituciones de educación superior.

* Doctora en Antropología, investigadora titular del Departamento de Adicciones del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana y coordinadora de la Red Veracruzana de Investigación en Adicciones (REVIVA), Xalapa, Veracruz (México). Correos electrónicos: xdesanjorge@hotmail.com y xdesanjorge@uv.mx

** Maestra en Prevención del Consumo de Drogas. Investigadora titular del Departamento de Adicciones del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana y coordinadora de la Maestría en Prevención Integral del Consumo de Drogas, Xalapa, Veracruz (México). pbeverido@uv.mx

En México, al igual que en muchos de los países latinoamericanos, existen políticas públicas que estimulan la formación de grupos de investigación al interior de las instituciones de educación superior que, al registrarse institucionalmente, son reconocidos como cuerpos académicos y que no son otra cosa sino pequeñas redes de investigación, si nos atenemos a la definición de Artiles (2002), que señala que se trata de un “agrupamiento comunicacional y participativo de un grupo de individuos que intercambian información, ideas y experiencias, cuyas relaciones se establecen con miras a un tema de trabajo, un proyecto, la preparación de una actividad docente, la cooperación y el desarrollo, resolver problemas y generar sistemas de información” (p. 12).

Se trata de una iniciativa que se enmarca en la tendencia -impulsada desde hace poco más de diez años- de generar redes académicas de investigación en el seno de las instituciones de educación superior (IES) y en los centros de investigación y desarrollo (I+D), porque permiten producir conocimiento nuevo a partir del trabajo colaborativo que realizan sus miembros, actualizar los sistemas de enseñanza y aprendizaje, difundir el conocimiento, desarrollar y compartir nuevos software, reutilizar y reanalizar el conocimiento almacenado, registrar los proyectos y a los investigadores en catálogos, fomentar el trabajo colaborativo entre investigadores, compartir información y divulgar los resultados obtenidos en los proyectos.

El trabajo que se presenta es producto de un proceso de evaluación y de una reflexión a propósito de la construcción y desarrollo de dos redes académicas creadas en la Universidad Veracruzana, importante universidad pública de México, ubicada en el sureste del país.

Efectivamente, en 2008, un pequeño grupo de ocho académicas –seis, adscritas al Instituto de Ciencias de la Salud, una al Instituto de Salud Pública y otra más a la Dirección de Investigaciones- conforma el cuerpo académico *Drogas y Adicciones: un enfoque multidisciplinario* que, desde sus orígenes, se propuso desarrollar la Línea de Generación y Aplicación de Conocimientos denominada Reducción de la Demanda de Drogas; enriquecer la vida académica del Instituto y de sus tres postgrados (dos de ellos inscritos en el Padrón Nacional de Posgrados de Calidad y el tercero, con un enfoque profesionalizante; favorecer el intercambio de ideas y conocimientos con otros grupos de investigación, cuerpos académicos e instituciones, para establecer mecanismos de colaboración para la investigación, desarrollando proyectos comunes y optimizando la gestión de recursos.

La cooperación académica, como eje de la vida del cuerpo académico identificado como UVCA-264, ha permitido que a lo largo de seis años se desarrollaran un conjunto de proyectos de investigación que, estando bajo la responsabilidad directa de una de las unidades miembro, ha sumado las capacidades complementarias de otras investigadoras, cumpliendo así con lo que señala Sebastián (2000) cuando explica que lo fundamental en las redes de investigación son dos aspectos: complementariedad de capacidades y un adecuado reparto de las tareas.

Tabla 1. Relación de proyectos de investigación desarrollados por UVCA-264

Proyecto	Productos	Estatus
	Reporte Técnico	
La percepción de riesgo y prevalencia del consumo de drogas en estudiantes de secundaria del estado de Veracruz	1 artículo	Concluido
	2 capítulos	
	1 tesis de licenciatura	
Consumo de drogas en personas con VIH/SIDA y niveles de adhesión al tratamiento	2 ponencias	Concluido
	Reporte Técnico	
	1 capítulo	
El estado del arte de las investigaciones sobre drogas y adicciones en Veracruz	1 ponencia	Concluido
	1 capítulo	
	1 ponencia	
VIH en consumidores de drogas en centros de tratamiento de adicciones en Centroamérica	1 artículo	Concluido
	1 capítulo	
	1 ponencia	
Consumo de drogas en pacientes con VIH Sida: el caso de Veracruz	Reporte Técnico	Concluido
	2 artículos	
	1 artículo	
Estudio comparativo de tres modelos de tratamiento residencial en Veracruz	2 ponencias	Concluido
	Reporte Técnico	
	1 capítulo	
Consumo de drogas, delito y tratamiento de adicciones en un CERESO de Veracruz	2 ponencias	Concluido
	1 ponencia	
	1 artículo	
Significados y valores que los jóvenes otorgan a la marihuana	1 ponencia	En curso
Lesiones y consumo de alcohol en dos centros hospitalarios de Veracruz		En curso
Migración interna en estudiantes de IES y consumo de drogas	1 ponencia	En curso
	Reporte Técnico	
Diagnóstico de percepción, riesgo y consumo de drogas en estudiantes de la Universidad Veracruzana	4 tesis de maestría	En curso
	1 artículo	
	4 ponencias	
Uso de tecnología móvil para el tratamiento de tabaquismo en IES		En curso

Fuente: Elaboración propia

El cuadro anterior muestra algunos de los productos de lo que ha sido una fructífera relación entre ocho académicas que participan en UVCA-264: se trata de 12 proyectos de investigación, a partir de los cuales se han elaborado 5 tesis (una de licenciatura y 4 de maestría); cinco reportes técnicos; seis artículos; 1 libro; 6 capítulos de libro y 15 ponencias (cuatro en foros y congresos nacionales y el resto en congresos internacionales).

Uno de los trabajos más importantes de UVCA-264 fue su vinculación con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito para México, Centroamérica y el Caribe (UNODC), para la formación de recursos humanos en el campo del tratamiento de las adicciones en los siete países centroamericanos; la participación en la formación de la Red Centroamericana de Investigación en Adicciones (RECIA), que agrupa a un consorcio de universidades centroamericanas, a los Ministerios de Salud y a las Comisiones Nacionales Antidrogas de cada país; y la coordinación de los equipos interdisciplinarios nombrados en cada país, en el proyecto denominado “Capacitación para la consolidación de grupos de investigación en el campo de la prevención y tratamiento de adicciones en Centroamérica, a partir de la realización de un proyecto de investigación sobre VIH en consumidores de drogas”, financiado por el gobierno de Luxemburgo a través de la UNODC. Se trata de un logro significativo, no sólo porque permitió la construcción colectiva de un libro que hoy contribuye a entender los riesgos de VIH en consumidores de todo tipo de drogas y no sólo de las drogas inyectables, así como la necesidad de brindar consejería sobre este tema en los centros de tratamiento de las adicciones, sino porque sembró una semilla que, de ser cuidada y aprovechada, permitirá el desarrollo de otros proyectos de investigación y la colaboración entre los distintos países de la región para abordar nuevos tópicos en el campo de la prevención, el tratamiento, los trastornos duales asociados al consumo de drogas, la reducción del daño y las políticas públicas.

La formación de esta red internacional es una muestra del importante papel que ha ido ganando la cooperación científica y tecnológica, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, generando -desde hace casi diez años- cambios profundos en la manera de hacer investigación. Se trata de cambios reconocidos por sus actores y promotores, pero cuyas repercusiones aún no han sido evaluadas, como lo señalan atinadamente Albornoz y Estébanez (1998) y Sebastián (1998).

Uno de los resultados más exitosos del Cuerpo Académico UVCA-264 fue haber tomado la iniciativa para la formación de una nueva red, más amplia, denominada Red Veracruzana de Investigación en Adicciones (REVIVA). Formada en 2011, la red se propuso como objetivos originales, el intercambio y análisis de ideas, experiencias y conocimientos entre un pequeño conjunto de académicos del Área de Ciencias de la Salud que participaban en cinco Cuerpos Académicos, que estaban desarrollando trabajos de investigación en el campo de la reducción de la demanda de drogas. Como señala Sebastián (2004), se trataba de impulsar .

... un conjunto de actividades realizadas entre instituciones universitarias que, a través de múltiples modalidades, implica una asociación y colaboración en temas de política y gestión institucional; la formación, la investigación, la extensión y la vinculación para el mutuo fortalecimiento y la proyección institucional... el aumento y la transferencia del conocimiento científico tecnológico... (p. 1122).

REVIVA nace como una red temática que, sin tener todavía registro oficial, se orienta a fortalecer la vinculación y la cooperación de una comunidad científica que participaba de manera desarticulada en la reducción de la demanda de drogas, campo prioritario para la salud pública y para la salud de los universitarios, desarrollando sinergias entre los grupos e identificando necesidades, fortalezas, debilidades y oportunidades para la investigación. Desde sus inicios y como corresponde a la naturaleza del fenómeno estudiado, REVIVA se propuso una integración multidisciplinaria que valora la complementariedad y potencia la cooperación entre académicos para transformar la forma de producción del conocimiento, por lo que actualmente integra a 11 cuerpos académicos de Enfermería, Psicología, Ciencias de la Salud, Estadística y Comunicación.

Aunque REVIVA no vincula formalmente -a través de convenios de colaboración- a los cuerpos académicos de la Universidad Veracruzana que en ella participan, sí ratifica periódicamente el compromiso de sus integrantes, que acuden cada dos meses a las reuniones de trabajo y firman las actas o minutas que dan cuenta de la vida de la red y de las tareas programadas y asumidas por cada uno de sus miembros.

En 2012, REVIVA -que ya había logrado asociar a poco más de 45 académicos y a 11 cuerpos académicos, distribuidos en las cinco regiones y campus con los que cuenta la Universidad Veracruzana a lo largo de la entidad- propuso a las autoridades universitarias realizar lo que sería su primer proyecto común de investigación: el *Diagnóstico de percepción, riesgo y consumo de drogas en estudiantes de la Universidad Veracruzana*, el cual fue rápidamente acogido y apoyado por las autoridades universitarias, que entendieron la importancia de realizar el proyecto, pero también de fortalecer la red. El proyecto buscaba conocer la prevalencia del consumo de drogas legales e ilegales, los factores y la percepción de riesgo en estudiantes de la Universidad Veracruzana para proponer estrategias preventivas basadas en evidencias, en cuya instrumentación también podrían participar los académicos que participan en la red.

Atendiendo a la política de sustentabilidad de la Universidad Veracruzana, REVIVA acordó la aplicación, en línea, de un cuestionario al que se denominó *Cuestionario sobre el consumo de drogas en estudiantes universitarios* (CODEU, 2012). El instrumento y la metodología para su aplicación resultaron atractivos no sólo para los 20.644 estudiantes que participaron en la encuesta, sino también para otros grupos de investigación y cuerpos académicos, como los de las universidades de Boyacá y de San Buenaventura, en Colombia; y de Puebla y Tamaulipas, en México, con quienes se ha firmado convenios de cooperación que amplían y fortalecen esta red de investigación.

Una participación de 20,644 estudiantes (36% del total de universitarios en licenciatura) no se explica sino por la cooperación de los cuerpos académicos que conforman REVIVA y por el apoyo brindado por las autoridades universitarias, quienes colaboraron en una intensa campaña de promoción que se conoció como *¡Percíbete!*, diseñada por académicos del cuerpo académico *Comunicación, Cultura y Organización* y por alumnos de la Facultad de Publicidad y Relaciones Públicas, región Xalapa (figura 1).

Figura 1: Imagen utilizada para identificar la campaña de promoción ¡Percíbete!



Fuente: REVIVA

Trabajar con el objetivo común de realizar este primer diagnóstico sobre la problemática del consumo de drogas en la Universidad Veracruzana demostró que REVIVA es realmente una red capaz de articular los esfuerzos y recursos institucionales a disposición de los distintos actores que participaron en la campaña: Rectoría, Secretaría Técnica de la Rectoría, directores de Área, vicerrectores, algunos directores generales (como el de Comunicación Universitaria, el de Administración Escolar y la de Tecnología de la Información), la Coordinación de Trámites Estudiantiles, directores y secretarios académicos de facultades, jefes de carrera, tutores, docentes y representantes alumnos, además de todos los integrantes de cada uno de los 11 cuerpos académicos involucrados, quienes desarrollaron una intensa campaña de promoción -utilizando pegatinas o transparencias adhesivas colocadas en los baños universitarios (figuras 2 y 3), páginas electrónicas, correos electrónicos institucionales, redes sociales como Twitter y Facebook, medios masivos universitarios como radio, periódico y televisión; y tecnologías para la información y la comunicación (TIC)- que movilizó a la comunidad universitaria. Siguiendo a Sanabria (2004), los resultados fueron producto de un proceso participativo, entendiendo este como la acción de un colectivo de actores sociales con capacidad para involucrarse en la identificación de problemas y necesidades, definir prioridades y formular propuestas de una manera deliberada y democrática.

Figura 2: Ejemplo de un cartel utilizado en la campaña de promoción ¡Percíbete!



Fuente: REVIVA

Figura 3. Pegatina de vinil transparente y adhesiva, utilizada en la campaña de promoción ¡Percíbete!



Fuente: REVIVA

El proceso demostró que con la cooperación y compromiso de los distintos actores, es posible desarrollar proyectos de gran envergadura, sin costos financieros adicionales ya que, salvo el trabajo de los involucrados, no se asignaron recursos adicionales.

El éxito alcanzado por REVIVA en este proyecto se explica, en buena medida, por las características de la red -que ha cultivado valores como el respeto a las personas, a las autorías de los trabajos y a los acuerdos tomados; el trabajo en equipo; el compromiso, la flexibilidad y la participación- porque se tienen objetivos claros y porque se identificó una ventana de oportunidad proveniente del interés manifiesto de las autoridades universitarias en torno al tema, planteado tanto en un acuerdo rectoral que creaba la Coordinación del Programa de Capacitación e Investigación en Prevención y Tratamiento de las Adicciones como en la inclusión del tema en el Programa de Desarrollo 2009-2013, en el marco del Programa de Universidades Saludables impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Así también, el interés fue retomado en el Programa Estratégico 2013-2017, dentro del Programa Estratégico 3. denominado Atracción y Retención de Estudiantes de Calidad, que establece como línea de acción: Apoyar el fortalecimiento del programa de salud integral institucional, que incluye como áreas Prioritarias la **prevención de adicciones**, la educación sexual y el acceso a una alimentación sana. Se trata de un compromiso institucional que apoyará la segunda emisión del diagnóstico de consumo de drogas en estudiantes de la Universidad Veracruzana que nos proponemos realizar en 2016.

REFERENCIAS

- Albornoz M. & Estebáñez M. E. (1998) What Do We Mean by Networking? Selected Latin American Experiences in Cooperation. *New Approaches to Science and Technology Cooperation and Capacity Building*. Ginebra: Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, UNCTAD.
- Artiles, S. (2002). *Las Redes de conocimiento en ambientes académicos*. Recuperado de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DCRAM028.pdf>
- Sebastián J. (1998). La experiencia europea en redes de cooperación. *Ciencia y desarrollo: La ciencia en la integración latinoamericana*. México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Sebastián J. (2000). Las redes de cooperación como modelo organizativo y funcional para la I+D. *Redes*, 7(15), 97-111.
- Sebastián, J. (2004). *Cooperación e internacionalización de las universidades*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.

Relación entre movilidad geográfica y consumo de drogas en estudiantes universitarios

Betzaida Salas García*
Xóchitl de San Jorge Cárdena**
Universidad Veracruzana

Resumen

Las investigaciones realizadas sobre los factores de riesgo para el consumo de drogas en la población estudiantil universitaria no han considerado un elemento importante y que es característico en este grupo etario: la movilidad geográfica. Considerando que los procesos que experimentan los estudiantes como producto del cambio de residencia -aculturación- pueden contribuir al consumo de drogas, esta investigación propone conocer la posible relación entre ambas variables.

Palabras clave

Movilidad geográfica, consumo de drogas y estudiantes universitarios.

* Maestra en Demografía. Investigadora titular del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana. Instituto de Ciencias de la Salud. Xalapa, México. Teléfono de contacto: 2288426233. Correo electrónico: besalas@uv.mx

** Doctora en Antropología. Investigadora titular del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana, Xalapa, México. Teléfono de contacto: 2288426233. Correo electrónico: xdsanjorge@uv.mx

En el contexto de las universidades latinoamericanas es común que un número importante de jóvenes se traslade desde otras poblaciones ubicadas en municipios y entidades relativamente cercanas a ciudades grandes o medias, con el fin de realizar sus estudios universitarios.

Como producto de este movimiento, los estudiantes experimentan vivencias que pueden facilitar, en dos sentidos, el consumo de drogas legales e ilegales: como producto de una nueva libertad y autonomía del tiempo, o como un mecanismo de afrontamiento de un proceso de duelo por los cambios que implica dejar a la familia y/o al grupo de amigos. Bajo este supuesto y considerando que la migración no ha sido estudiada como factor de riesgo para el consumo de drogas en la población estudiantil universitaria, la investigación que da origen a este trabajo se propone conocer si existe alguna relación entre el consumo de drogas y la condición migratoria de los universitarios.

Debido a que no existen estudios que aborden la relación entre consumo de drogas y migración en estudiantes universitarios, se consideraron como antecedentes indirectos los estudios que abordan la relación entre migración internacional (migrantes de retorno, inmigrantes) y consumo de drogas (Saigí, Hernández, Folch, Renedo, Castellano, Roca & REDAN Group, 2014; Castaño, 2011; Sánchez & Arellanez, 2011).

Son considerados como antecedentes indirectos porque atribuyen un cambio en el patrón de consumo de drogas a la migración, ya que demuestran un contexto-cultura diferente, a través de análisis comparativos entre nativos y migrantes, o del consumo de las sustancias antes y después de la migración, situación atribuida a los cambios experimentados por el cambio de residencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con diversos organismos internacionales (NIDA, OMS, Observatorio Europeo contra las Adicciones) y con lo reportado en diversas investigaciones, los adultos jóvenes conforman un grupo vulnerable para el consumo de drogas. Mora Ríos, Natera y Juárez (2005) coinciden en que diversos estudios comprueban el incremento en el consumo de drogas en el grupo de edad que va de los 18 a los 21 años, tanto en universitarios como en aquellos que no estudian. En contraste, otros estudios precisan que es en la etapa universitaria donde se presenta el inicio o consolidación de la conducta de consumo -fumar específicamente- (Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo & Nerín, 2009).

Los componentes sociales e individuales han sido ampliamente estudiados e identificados como factores de riesgo para el consumo de drogas en este grupo etario, e integran un listado importante en el que destacan distintos factores de acuerdo con cada estudio: a) el estrés, las motivaciones para el consumo, la

historia familiar de consumo, el ingreso económico, machismo (Armendáriz, Alonso, Moral, López & Alonso, 2012); b) actitudes de creencias y falsas expectativas, desapego socio-afectivo (De la Villa, Ovejero, Sirvent, Rodríguez & Pastor, 2009); c) expectativas hacia el alcohol como reducción de la tensión psicológica y como facilitadora de la interacción grupal (Mora-Ríos, Natera y Juárez, 2005), la permisividad familiar (Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín, 2009); d) disponibilidad y accesibilidad de sustancias dentro de la escuela y con grupos de amigos, disponibilidad de horarios (Albarracín & Muñoz, 2008); y e) la publicidad (Pérez & Cuevas, en Moreno 2010); entre otros.

En México, como en muchos de los países de América Latina, la ubicación de las primeras universidades se fue concentrando en ciudades de tamaños intermedios o en grandes metrópolis -que albergan a estudiantes de todo el país-, donde la educación fue claramente selectiva y elitista, cuyos intereses eran de tipo religioso y político. Es posterior a la Revolución Mexicana que el número de universidades se incrementó en el país y surgieron las primeras universidades en provincia; ya entonces se buscaba que la educación superior estuviera disponible a diferentes clases sociales (Marsiske, 2006).

Los factores de riesgo asociados al consumo de drogas en los jóvenes llevan a reflexionar sobre la necesidad de explorar si la movilidad geográfica puede influir en un mayor consumo de drogas.

OBJETIVOS

Conocer si existe relación entre el consumo de drogas y la condición de movilidad geográfica de los estudiantes, por lo que se utilizaron diversas categorías de análisis que consideran tanto el patrón de consumo de drogas como la condición de movilidad geográfica.

REFERENTE TEÓRICO

Considerando que el problema del consumo de drogas es multifactorial y el fenómeno migratorio también se considera como una variable demográfica que se origina y afecta diversos aspectos, se decidió utilizar el *Modelo de determinantes sociales de la salud* como el marco teórico que permitirá entender la relación entre ambos fenómenos.

La Organización de Naciones Unidas considera que es durante los primeros años de juventud cuando el individuo se da cuenta que las experiencias de la vida se forman en relación a la sociedad en que vive y que, a su vez, esta influye no sólo en su desarrollo, condición, aspiraciones y oportunidades, sino también en su salud. La vida, por tanto, se ve influida por patrones culturales, demográficos, socioeconómicos, legales, de bienestar y salud, vigentes en la sociedad en la cual cada persona se desenvuelve.

Para efectos de este estudio, se entiende como juventud al grupo de personas que tienen entre 18 y 25 años; se trata de una etapa de transición entre la adolescencia tardía y la adultez que Arnett (2008) llama la adultez emergente. Este período es el resultado de un contexto socio-histórico (Dávila, 2004) que puede ser caracterizado desde un doble enfoque: por un lado, lo que esperan del joven los padres, los adultos, la sociedad; y, desde el enfoque del joven, es una etapa que se caracteriza por la toma de decisiones independientes, la aceptación de responsabilidades propias y la necesidad de vivir experiencias que “deberá” dejar cuando pase a la adultez. Es ahí donde Arnett identifica conductas de riesgo, tales como el sexo sin protección, consumo de drogas, conducir el coche peligrosamente a alta velocidad, o bebido, entre otras.

Los movimientos que implican un cambio de residencia, sea temporal -de desplazamientos pendulares por periodos largos- o permanente, implican en un inicio un proceso psicosocial de adaptación de los que llegan y también impactan en quienes reciben, pero en el caso del cambio de un lugar rural a uno urbano, de tal forma que el lugar de procedencia se puede convertir en un factor de riesgo o protección en el caso de los estudiantes universitarios.

Para este estudio se definió la movilidad geográfica como el cambio de residencia que realizan los estudiantes con el objetivo de capitalizar su formación profesional, que implica el cruce de fronteras de una división político-administrativa y que puede ser municipal, estatal o internacional. Esta definición tiene soporte en la teoría dual de las migraciones, la cual considera la educación como una estrategia de inversión y mejora, al permitir al individuo desarrollar y beneficiar mejor sus aptitudes en un nuevo destino que ofrece dichas oportunidades de superación.

METODOLOGÍA

La investigación fue de tipo transversal, ya que se hizo una sola medición; por el control de las variables, observacional, no experimental, debido a que no se realizará ninguna intervención en la población de estudio; y, por su propósito, fue analítico-inductiva.

La población de estudio estuvo conformada por estudiantes de licenciatura y técnico superior universitario de una institución de educación superior (IES) pública del estado de Veracruz. El análisis de información se realizó a través de la utilización de la base de datos *Consumo de drogas en estudiantes universitarios* (CODEU, 2012)²⁰, en el que se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

El CODEU consta de 73 preguntas que indagan, entre otros aspectos, sobre: información sociodemográfica, -incluyendo el cambio de residencia al iniciar los estudios universitarios- y el consumo de drogas lícitas e ilícitas. El instrumento fue sometido a pruebas de validez de constructo y de contenido, realizadas por un panel de expertos; la consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente de confiabilidad Alpha de Chronbach, la cual resultó de 0.787 en la prueba piloto.

El instrumento se aplicó en línea a los estudiantes que estuvieron de acuerdo en participar, cumpliendo con las consideraciones éticas establecidas por la Defensoría de los Derechos Universitarios de la IES. La base de datos se construyó en la plataforma Lymes Survey, se validó en SPSS, versión 15. El análisis estadístico se realizó a través de prueba de correlación V de Cramer, la cual es utilizada para variables nominales.

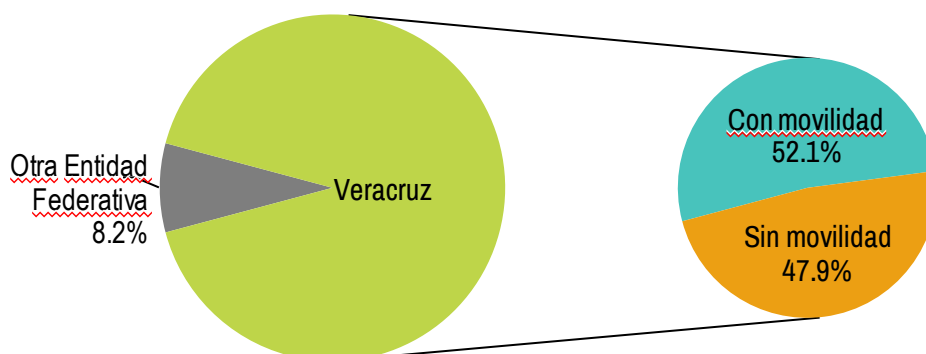
RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 20,644 estudiantes, los cuales están distribuidos en cinco regiones que integran la Universidad: Coatzacoalcos -Minatitlán, Córdoba-, Orizaba, Poza Rica-Tuxpan, Veracruz-Boca del Río y Xalapa. Es importante hacer mención que la región que alberga al mayor número de estudiantes es la región Xalapa. La distribución por sexo estuvo conformada por 41.8% hombres y 58.6% mujeres, y la edad promedio fue de 20.7 años.

Respecto a la movilidad geográfica se encontró que el 91.8% de la población estudiantil que participó en la muestra son del estado (departamento) de Veracruz y el 8.2% procede de otra entidad federativa, sumando un total de 55.6% estudiantes que cambiaron de lugar de residencia (Ver Gráfico 1). Este porcentaje es muy similar al encontrado en el estudio de Rivera (2008), en el cual trabajaron con la variable lugar de nacimiento y encontraron en la Universidad Nacional del Altiplano (UNA) de Perú que el 8.1% procedían de otros departamentos y el 62.2% de otras provincias de Puno.

²⁰ Instrumento elaborado por integrantes del Cuerpo Académico "Drogas y Adicciones: un enfoque multidisciplinario" integrado por Beverido, Salas, De-San-Jorge, Pavón, Blázquez, Gogeoascoechea & Cruz.

Gráfico 1. Distribución de la población según lugar de residencia previo al ingreso a la universidad, 2012

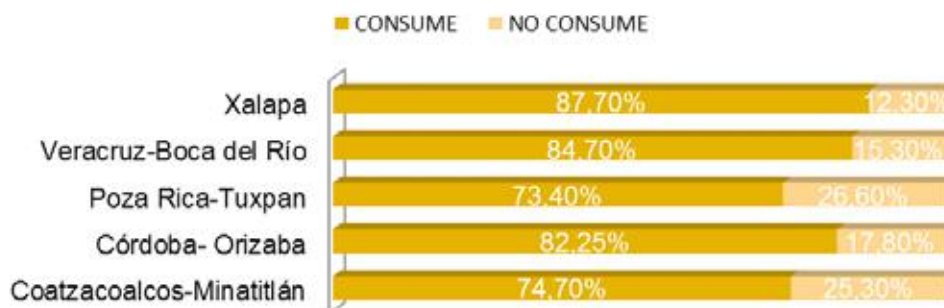


Fuente: Consumo de drogas en estudiantes universitarios (CODEU, 2012)

Respecto al consumo de drogas en la población estudiantil, se encontró la prevalencia de vida más alta del consumo de alguna droga en la región Xalapa (87.7%), seguida de Veracruz-Boca del Río (84.7%). Este dato es interesante si se considera un aspecto que caracteriza a estas regiones ya que, además de albergar al mayor número de estudiantes, son las ciudades de mayor población en el estado (Ver gráfico 2). Estas cifras no son alarmantes si se considera que el consumo se refiere desde una copa completa de alguna bebida alcohólica, o de tabaco, hasta el consumo de drogas ilegales, que se presenta en un grupo inferior de estudiantes.

Teniendo en cuenta las diferencias por región, se decidió trabajar con cinco categorías de análisis en relación al lugar de procedencia: sin movilidad, movilidad interestatal y tres categorías más, considerando el tamaño del municipio de residencia, previo a la movilidad de los estudiantes: poblaciones de 0 a 14,999 habitantes, de 15,000 a 99,999 y de 100,000 o más.

Gráfico 2. Prevalencia de vida del consumo de drogas, 2012



Fuente: Consumo de drogas en estudiantes universitarios (CODEU, 2012)

Los resultados por región muestran relación entre el consumo de drogas y la condición de tamaño del municipio de residencia de los estudiantes (Ver tabla 1).

Tabla 1. Resultados de la correlación de V de Cramer, por región.

Droga/Región	Xalapa		Veracruz		Córdoba-Orizaba		Poza Rica-Tuxpan		Coatzacoalcos- Minatitlán	
	V de Cramer	p-value	V de Cramer	p-value	V de Cramer	p-value	V de Cramer	p-value	V de Cramer	p-value
Tabaco	0.087	0.000	0.096	0.000	0.058	0.022	0.127	0.000	0.089	0.004
Alcohol	0.083	0.000	0.057	0.008	0.069	0.003	0.123	0.000	0.124	0.000
Anfetaminas	0.060	0.002	0.044	0.094	0.071	0.002	0.065	0.002	0.059	0.182
Tranquilizantes	0.049	0.031	0.030	0.494	0.058	0.022	0.041	0.183	0.077	0.023
Marihuana	0.145	0.000	0.103	0.000	0.054	0.051	0.090	0.000	0.090	0.003
Cocaína	0.057	0.004	0.066	0.001	0.059	0.022	0.061	0.005	0.045	0.488
Crack	0.054	0.010	0.050	0.037	0.028	0.682	0.053	0.025	0.045	0.482
Alucinógenos	0.090	0.000	0.072	0.000	0.033	0.516	0.081	0.000	0.030	0.857
Inhalables	0.051	0.020	0.037	0.246	0.034	0.474	0.028	0.622	0.041	0.584
Metanfetaminas	0.077	0.000	0.062	0.002	0.057	0.027	0.082	0.000	0.051	0.338
Heroína	0.060	0.002	0.056	0.011	0.031	0.601	0.044	0.124	0.032	0.825

Fuente: Consumo de drogas en estudiantes universitarios (CODEU, 2012)

Con estos resultados se puede afirmar que el consumo de drogas tiene relación con el tamaño de la localidad. Las prevalencias más altas de consumo de drogas se encuentran en las categorías: movilidad interestatal, en los estudiantes procedentes de municipios de mayor población; seguidos de los que no presentaron movilidad; y, finalmente, los que presentan un mayor consumo son aquellos estudiantes que proceden de los municipios con menor población.

CONCLUSIONES

La movilidad geográfica es un factor que se encuentra implícito en la caracterización de la población estudiantil universitaria en los países de América Latina. Es por ello que debe ser tomada en cuenta en diversos programas de atención a los universitarios, entre ellos los concernientes a la salud, ya que, como lo demuestran los resultados de esta investigación, se concluye que existe una relación entre el consumo de drogas y el tamaño de la localidad de procedencia del estudiante, lo cual sugiere que provenir de comunidades pequeñas es un factor de protección para el consumo de drogas en los estudiantes.

Esta investigación es un primer acercamiento a la variable movilidad geográfica como factor de riesgo para el consumo de drogas, por lo cual se hace necesario crear una línea de generación y aplicación del conocimiento sobre el tema, que permita colocar en la mesa de discusión la temática y sus diferentes aristas.

REFERENCIAS

- Albarracín, M., & Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. *Liberabit*, 14(14), 49-61.
- Armendáriz, N. A., Alonso, M. M., Moral, J., López, K. S. & Alonso, B. A. (2012). Factores que influyen en el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, (13), 115-135.
- Arnett, J.J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural*. México: Pearson Educación.
- Castaño, V. (2011). *Una mirada de género sobre el consumo de alcohol y otras drogas en las mujeres inmigrantes*. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Recuperado de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/CONSUMO_MUJER_INMIGRANTE.pdf
- Dávila-León, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década*, 12(21), 83-104. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362004000200004&script=sci_ar-text
- De la Villa Moral Jiménez, M., Ovejero Bernal, A., Sirvent Ruiz, C., Rodríguez Díaz, F. J., & Pastor Martín, J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud mental*, 32(2), 125-138.
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. & Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
- Marsiske, R. (2006). La Universidad de México: Historia y Desarrollo. *Revista Historia de la Educación Latinoamericana*, 8, 11-34.
- Mora-Ríos, J., Natera, G. & Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*, 28(2), 82-90.
- Pérez y Cuevas. (2010). Bebidas alcohólicas y publicidad. En Moreno, (Coord). *Los jóvenes y el alcohol en México. Un problema emergente en las mujeres*. México: Trillas.
- Rivera, E. (2008). Redefiniendo identidades culturales. Jóvenes universitarios migrantes. *Altiplano peruano: Identidades, etnicidad y racismo en América Latina*. Quito: FLACSO.
- Saigí, N., Hernández, A. E., Folch, C., Renedo, A. S., Castellano, Y., Roca, X. M. & REDAN Group. (2014). Differences in Illegal Drug Consumption between Native and Immigrants in a Large Sample of Injected Drug Users in Catalonia (Spain). *Adicciones*, 26(1), 69-76.
- Sánchez-Huesca, R. & Arellanez-Hernández J. L. (2011). Uso de drogas en migrantes mexicanos captados en ciudades de la frontera noroccidental México-Estados Unidos. *Estudios Fronterizos, Nueva Época*, 12(23), 9-26.

Vida universitaria y uso controlado de drogas

Daniel Alfonso Montoya Vásquez*

Diana Urrego Velásquez**

Isabel Cristina Posada Zapata***

Universidad de Antioquia

Resumen

Vida Universitaria y uso de drogas hace parte de una investigación más amplia enfocada en uso controlado de drogas en estudiantes universitarios. Como metodología se empleó el enfoque histórico hermenéutico, diseño cualitativo, método de la teoría fundada. Se utilizó muestreo teórico, se realizaron entrevistas a profundidad y grupos focales, y para el análisis se utilizó la codificación abierta, axial y selectiva.

Palabras clave

Uso de drogas, sustancias psicoactivas, estudiantes universitarios y uso controlado.

* Psicólogo Universidad de Antioquia. Miembro Grupo de Investigación en Salud Mental GISAME, Línea de investigación en sustancias psicoactivas; Línea de resiliencia en niños y jóvenes. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín-Colombia. Correos electrónicos: dalfonso.montoya@udea.edu.co, daniel.montoyav@gmail.com

** Psicóloga Universidad de Antioquia. Miembro Grupo de Investigación en Salud Mental GISAME, Línea de investigación en sustancias psicoactivas; Línea de resiliencia en niños y jóvenes. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín-Colombia. Correo electrónico: diana.urregov@udea.edu.co

*** Magíster en Salud Pública con énfasis en Salud Mental. Coordinadora Línea de investigación en sustancias psicoactivas, Grupo de Investigación en Salud Mental GISAME. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín-Colombia. Correo electrónico: isabel.posada@udea.edu.co

El presente artículo presenta una de las categorías analíticas producto de una investigación más amplia titulada *Contextos, significados y prácticas asociados al uso controlado de sustancias psicoactivas ilegales en estudiantes de la Universidad de Antioquia 2012*. Como antecedentes generales, debe recordarse que los estudios epidemiológicos muestran franjas amplias de población que, aun siendo consumidores de drogas ilegales, no clasifican para consumo problemático: aproximadamente el 11% de los usuarios actuales de drogas presentan signos de trastornos por uso de drogas o dependencia (UNODC, 2014). Esto implica que aproximadamente 89% de los usuarios actuales de drogas podrían considerarse como consumidores no problemáticos.

Por otra parte, varios estudios (Londoño Pérez & Vinaccia, 2005) (Cardona & Hernández, 2007) han señalado que los jóvenes en edad de estudios universitarios (de 18 a 25 años aproximadamente) tienen las mayores probabilidades de consumir SPA y son un grupo poblacional que ha presentado riesgos de presentar problemas de tipo psicosocial o en salud física relacionados con sustancias (Simons, Gaher, Correia, Hansen, & Christopher, 2005).

Adicional a esto, la Universidad de Antioquia es la institución educativa a que asiste el mayor número de estudiantes en el departamento (aproximadamente 36.000 estudiantes) y ha tenido algunos antecedentes respecto al uso de drogas en la ciudad de Medellín. En el contexto de diversos procesos sociales y políticos ocurridos a finales de los años 60 y 70, la universidad surgió como un espacio de relativa seguridad para los movimientos de contracultura, hippies, el debate político y la disidencia. En este contexto se daba el consumo principalmente de marihuana y, en menor cantidad, LSD (Henaó Henaó, 2010). Desde entonces ha venido apareciendo la configuración de espacios para el consumo al interior de la Universidad, como un proceso con un trasfondo histórico y atravesado por el uso y las representaciones de quienes los han habitado, en particular el espacio conocido como el *aeropuerto*. En la investigación *Del viaje en U* (2009) se cita al aeropuerto como “un sitio localizado en la zona deportiva de la Universidad de Antioquia, identificado como un lugar de alta concurrencia para la socialización y el consumo de SPA; allí se configuran experiencias significativas de la vivencia universitaria, encuentros con los amigos, romances, ‘despegues y ‘aterrizajes” (Fundación Universitaria Luis Amigó. Centro de Investigaciones, 2009).

Por lo anterior, se hizo evidente la necesidad de comprender por qué y cómo algunos jóvenes estudiantes logran ejercer un control sobre el consumo y por qué otros no, desde su propio punto de vista. La pregunta que surgió fue ¿cuáles son contextos, significados y prácticas asociados al consumo controlado de sustancias psicoactivas ilegales en estudiantes de la Universidad de Antioquia?

OBJETIVOS

El objetivo general del proyecto fue comprender los contextos, significados y prácticas asociados al consumo controlado de sustancias psicoactivas ilegales en estudiantes de la Universidad de Antioquia en el año 2012.

MARCO TEÓRICO

Ante todo, es importante definir dos términos básicos para abordar la temática a tratar: vivencia universitaria y estructura de vida.

Vivencia universitaria: Se define la vivencia universitaria como la experiencia de interacciones con otros que tiene a la universidad como escenario y que se construye “bajo el establecimiento de códigos sancionados social y culturalmente, de acuerdo a las procedencias, creencias, valoraciones y lógicas institucionales”. Se entiende como acto vital, acto comunitario, momento, sentimiento propio. El individuo le otorga significado para hacer que dicha vivencia haga parte de su andamiaje cultural, y es en ella en la que aparece el consumo de SPA, “como un hecho presente y activado en las formas de este relacionamiento; es decir, no se asume como la única y determinante manera de vivenciar la universidad, sino como una de las tantas relaciones manifiestas que dotan de sentido a las vivencias” (Fundación Universitaria Luis Amigó. Centro de Investigaciones, 2009).

Estructura de vida: Se refiere a las actividades que la persona realiza: si se tienen obligaciones, responsabilidades, objetivos y expectativas, las redes sociales de interacción y apoyo, tanto aquellas que tienen que ver con el uso de drogas como las que no (Grund, 1993).

METODOLOGÍA

La investigación tuvo un diseño cualitativo, enfocado desde el paradigma histórico hermenéutico y, como fundamento teórico, el interaccionismo simbólico. El método utilizado fue la teoría fundada, el análisis de la información se hizo siguiendo la codificación abierta, axial y selectiva. La selección de la muestra se hizo por medio del muestreo teórico, los criterios de inclusión fueron ser estudiantes de la universidad de Antioquia, que estuvieran del cuarto semestre en adelante, ya que esto garantizaba que ya tuvieran mayor tiempo en

la vivencia universitaria y pudieran dar cuenta del contexto universitario; y, por último, que fueran consumidores de alguna sustancia psicoactiva ilegal. Las técnicas de recolección de la información fueron la entrevista a profundidad y los grupos focales. En total se hicieron ocho entrevistas y dos grupos focales. En cuanto a las consideraciones éticas se hizo consentimiento informado con cada uno de los participantes, informando sobre los objetivos de la investigación.

RESULTADOS

Se describe la visión de los entrevistados acerca de la universidad y los escenarios en que se da el consumo de sustancias psicoactivas, tanto dentro como fuera de esta. Asimismo, se analiza cómo los entrevistados perciben que ciertos aspectos de la Universidad, como la exigencia académica y los ciclos de vacaciones, paros y estudio, influyen en la regulación o en el aumento del consumo.

Contextos del consumo de SPA

Los entrevistados perciben la universidad como un espacio en el que se pueden hacer múltiples actividades; el único objetivo de la vida universitaria no es solamente la formación académica: en esta también hay espacios donde se crean diferentes grupos en torno a intereses comunes, espacios para socializar y para realizar otras actividades de diferente índole, por ejemplo, hay espacios deportivos, culturales, lúdicos, entre otros. En este orden de ideas, siendo la universidad un espacio con muchas opciones, el consumo de SPA es una de tantas posibilidades que hay en la vivencia universitaria:

A mí me parece que en la Universidad de Antioquia hay espacio para todo, eso es muy chimba²¹ y eso me parece que es grato, a mí no me produce problema... en la Universidad hay lugar pa' todo: usted va a la piscina, nada; usted va hace ejercicio; si usted quiere ir al gimnasio, va al gimnasio; si usted quiere estar estudiando, estudia en la biblioteca; si usted quiere estar parchado con los amigos fumando bareta ²² hay donde; si usted lo que quiere es hacer fiesta, va y se emborracha; si usted lo que quiere es comer frijolitos, come frijolitos (GF2P21)²³.

Respecto al uso de SPA, los entrevistados mencionan que consumen diferentes drogas ocasionalmente y lo hacen en espacios determinados, tanto en la universidad como fuera de ella. En la universidad suelen hacerlo en el espacio denominado el aeropuerto, que está ubicado en una parte del bloque de Artes y en la

²¹ Chimba: Adjetivo que designa algo bello o bueno (Castañeda & Henao, 2009).

²² Bareta: Cigarrillo que contiene marihuana (Castañeda & Henao, 2009).

²³ Estas nomenclaturas son códigos asignados a las entrevistas o grupos focales en que participaron los entrevistados, esto con el fin de preservar la confidencialidad de los participantes.

cancha deportiva. El aeropuerto se percibe como un espacio de tolerancia al interior de la universidad, en el que se presenta tanto el tráfico como el consumo de sustancias psicoactivas. Alrededor de la universidad también se da el consumo de drogas, en lugares como *Bantú*, que es una zona ubicada en los alrededores de la universidad:

Pues, en mi caso, si yo quiero consumir algo, pues, yo sé que en el aeropuerto tal vez me pueda sentar más tranquilamente porque es la zona de tolerancia, ¿cierto?; entonces yo voy para allá, pero es porque yo en ese momento quiero consumir. O si me quiero tomar una cerveza, pues voy a Bantú. Obviamente ahí están, o sea, no es que por el sitio y porque esté ahí, eso implica que yo vaya a consumir siempre, o que me esté influenciando, de manera como que me llama... no, no, si yo me quiero tomar algo, Bantú es un lugar que es cercano, uno se toma una cerveza (GF1P40).

Si bien el aeropuerto y Bantú son espacios para el consumo, se resalta que estar en estos lugares no es condición para estar consumiendo una droga, ya que estos espacios también se pueden habitar con el fin de entretenerse y socializar, no necesariamente se tiene que consumir. Esto está en consonancia con lo planteado por Alzate y Puerta (2011), que señalan que el aeropuerto y el consumo de SPA que en este aparece pueden considerarse como formas de socialización y encuentro, que puede ser una entre otras que se utilizan, mas no la única. Es decir, que no todos los universitarios siguen esta forma o la utilizan para pertenecer a un grupo o a la Universidad (Alzate Gutiérrez & Puerta Henao, 2011). Con relación a esto, el uso de drogas como medio y no como fin de la socialización fue relacionado por los entrevistados con usos positivos.

Cabe señalar entonces que, si bien el espacio del aeropuerto fue diseñado para la práctica deportiva, ha adquirido otros significados a través de diversas dinámicas sociales, la ocupación y empleo de dicho espacio para otras actividades. Esto ha creado representaciones socialmente compartidas y elaboradas. De este modo, los espacios superan la dimensión física y adoptan una dimensión simbólica y social (Valera y Pol, 1994, citado en Alzate Gutiérrez y Puerta Henao, 2011).

Vivencia universitaria

Como parte de la vivencia universitaria, la universidad como institución educativa, con su exigencia académica, influye en el consumo. Para los entrevistados, el uso de drogas es un proceso en constante construcción y que comienza desde la iniciación, que generalmente ocurre en la adolescencia y antes de entrar a la universidad. El ingreso a la universidad y el esfuerzo que esto requiere para cumplir con las responsabilidades asociadas ayuda a regular el uso de drogas, en el siguiente caso con relación al uso de marihuana:

Antes sí lo hacía, antes no tenía como una distinción de... en cualquier momento del día, decía voy a fumar e iba a clase y, pues, había fumado; incluso para presentar exámenes también, pero nunca me afectó, pues, que ¡ay! que me estaba yendo mal, no. Ahora sí hago una distinción, pues porque ya uno se compromete a ciertas cosas y también como el respeto a otras personas que puede que no les parezca (GF1P4).

En este sentido, la universidad y la vivencia universitaria hacen parte de la estructura de vida de todos los entrevistados, ya que todos eran estudiantes universitarios y, por ende, fue relacionada por ellos con el uso de SPA.

La vivencia universitaria es cíclica y cambiante, y también se relaciona con los ciclos académicos, ciclos del año; y por eso se asocia con las vacaciones y con los ciclos de mayor y menor uso, alternativamente. Unido a esto, se encuentra entre los entrevistados la percepción de que cuando se dispone de más tiempo libre y de menos obligaciones, por ejemplo, en la época de vacaciones, es cuando hay más probabilidad de aumentar el nivel de uso de droga: “Cuando tengo más tiempo libre, consumo más. Por esa razón, las vacaciones han sido como el momento donde más he consumido, pues he consumido más de lo normal” (E4P33).

Estos periodos de receso, de menor cantidad de obligaciones, han sido referidos como los que más claramente se asocian al aumento del nivel de consumo y, por ello, los periodos de estudio son en los que este se disminuye. La transición entre las vacaciones y el comienzo de las obligaciones académicas son un proceso en el que el estudiante define unos horarios y costumbres diferentes a los que tenía en vacaciones. Para algunos parece un asunto que no tiene mayores dificultades y disminuyen su uso, para otros resulta más difícil reequilibrarse y disminuir los niveles de consumo. Esto requiere entonces una negociación interna entre el deseo de usar marihuana, por ejemplo, y el deseo de retomar las actividades académicas:

Es difícil, digamos cuando uno llega de vacaciones, porque uno en vacaciones, como no hace tanto trabajo académico ni intelectual, si no, pues, cosas como de campo y así, fuma mucha marihuana en esas actividades. Ya luego uno vuelve aquí otra vez a empezar semestre, entonces, hay veces que es difícil volver a coger el ritmo, sobre todo las primeras dos semanas, que uno era todo marihuanero y de una dejar de fumar es difícil; uno dice no, no voy a volver a fumar, no voy a fumar lunes, no voy a fumar martes y resulta fumando; pero ya luego, todo bien, otra vez se coge el ritmo (E5P27).

Este proceso de restablecer prioridades luego de vacaciones suele ser más difícil para aquellos consumidores más habituales, ya que su relación con la droga es más intensa. Pero si el sujeto de todas formas es capaz de realizar dicha negociación interna y disminuye su nivel de consumo porque prioriza otras actividades, es percibido como un indicio de que es una persona que hace un uso controlado de la droga, y tiene menos probabilidades de tener problemas asociados al uso; por el contrario, hay personas que aumentan

su nivel de consumo y, si no llevan a cabo dicha negociación interna para disminuir el nivel, pueden llegar a presentar un consumo más compulsivo, abusivo o problemático. Algunos han hablado de su uso como un uso que iba siempre en aumento y donde las negociaciones internas para regularlo o bien no existían, o bien fracasaban:

Cuando yo empecé a consumir, consumí una vez, me gustó; después, a los 2-3 meses, me siguió gustando; después, a los 8 días; ya después era diario, y ya me acostumbré a que si no pasaba un día no estaba bien, no estaba tranquilo (E2P3).

Específicamente en el caso de los estudiantes de la Universidad de Antioquia (donde se realizó el estudio), que es una universidad pública, sucede en ocasiones que la universidad entra en paro debido a las protestas estudiantiles o docentes, o de ambos, en contra de decisiones políticas y económicas que se perciben contrarias al funcionamiento de la Universidad. Estos periodos de cese de actividades han llegado a durar varios meses. Durante estos periodos de paro también se ha reportado el aumento del nivel de uso de drogas, no solo ilegales, sino más aún del alcohol.

El primer semestre, yo llegué gomoso²⁴ yo todo me lo leía, y yo en todo participaba, y yo decía: *¡ay! estoy en la Universidad de Antioquia* Y, en el segundo semestre, me tocó el paro; entonces ahí fue donde conocí la fiesta así en serio, entonces ya era que *vamos a hacer arroz con leche*, que *vamos de...* entonces ya eran 3-4 días que no llegaba a la casa: *farra*, mucho licor; si me rotaban un bareto, le daba un plonsito²⁵ pero, no, no, no, yo no voy a fumar de esa *maricada*, pero borrachísimo. Ahí sí me pararon en la casa, ahí sí tuve problemas con el licor (GF2P25).

Estos ciclos de aumento y disminución del uso hablan de una característica de quienes se consideran consumidores controlados, y es que pueden aparecer ciclos o periodos de mayor uso, y otros de menor uso; esto en contraste con los que han visto su uso como negativo, que describieron su carrera²⁶ como un uso que iba en aumento principalmente, en un aumento que los llevó a problemas, y, aunque siguieron consumiendo por un tiempo, luego abandonaron por completo dicha droga porque no percibían que pudieran alcanzar un control sobre el uso, no percibían que pudieran usar la droga de manera moderada.

²⁴ Gomoso: Aficionado, alguien que presenta un gusto vehemente por una actividad o un objeto (Castañeda & Henao, 2009)

²⁵ Plon: Droga. Fumada. Cada una de las aspiradas del cigarrillo de marihuana (Castañeda & Henao, 2009)

²⁶ Carrera de consumo: Por esta se entiende el trayecto y las fases por las que pasa el consumidor desde el inicio de su consumo hasta el momento actual. Concepto utilizado por Becker con relación a la desviación (Becker, 2009).

CONCLUSIONES

Puede apreciarse la diversidad de elementos que componen la vivencia universitaria y que tienen relación con el consumo de SPA: por un lado, los espacios y la disponibilidad de la droga; por otro lado, las obligaciones y ciclos académicos.

La universidad se configura como escenario en que puede aparecer el consumo debido a que hay disponibilidad y un espacio de tolerancia. Este consumo es considerado controlado cuando está ligado a la socialización y no es un fin en sí mismo.

La estructura de vida son las obligaciones y responsabilidades de la persona, se reconoce que estar ocupado en algo significativo para sí, tener un proyecto y metas son factores que influyen en la regulación en el consumo. De este modo, las obligaciones académicas y las actividades relacionadas con el estudio en la Universidad sirven como factor regulador del consumo. Del mismo modo, los ciclos de vacaciones y estudio se relacionan con un incremento y disminución del patrón de uso de SPA, y quienes pueden disminuir su consumo porque priorizan lo académico, se consideran usuarios positivos y controlados.

REFERENCIAS

- Alzate Gutiérrez, E. M., & Puerta Henao, E. (2011). *Percepción del contexto y factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y programas de Bienestar Universitario*. (Trabajo de grado para optar al título de psicólogos). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Becker, H. (2009). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores
- Cardona, A., & Hernández, F. (2007). *Consumo de alcohol y otros psicoactivos en estudiantes universitarios y su relación con aspectos de la calidad de vida y factores psicosociales. Medellín 2003-2004*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Castañeda, L. S., & Henao, J. I. (2009). *Diccionario de parlache. Edición depurada y actualizada para LEA*. Recuperado de http://www.tareanet.edu.co/wikitareanet/lib/exe/fetch.php/diccionario_abreviado_lea.pdf
- Fundación Universitaria Luis Amigó. Centro de Investigaciones. (2009). *Del viaje en U: La vivencia universitaria y el consumo de sustancias psicoactivas*. Medellín: Departamento de Fondo Editorial. Fundación Universitaria Luis Amigó.

- Grund, J. P. (1993). *Drug Use as a Social Ritual. Functionality, Symbolism, and Determinants of Self-Regulation*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek.
- Henao Henao, S. (2010). *Representaciones sociales del consumo de drogas y las intervenciones en un contexto local: La Universidad de Antioquia en Medellin, Colombia*. (Tesis doctoral). Granada, España: Universidad de Granada.
- Londoño Pérez, C., & Vinaccia, S. (2005). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: Lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y salud*, 15(2), 241-249.
- Simons, J., Gaher, R., Correia, C., Hansen, C., & Christopher, M. (2005). An Affective-Motivational Model of Marijuana and Alcohol Problems among College Students. *Psychology of Addictive Behavior*, 19, 326-334.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Crimen, UNODC. (2014). *World Drug Report 2014*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf

Diagnóstico de percepción, riesgo y consumo de drogas en estudiantes de una institución de educación superior (IES): Evidencias para el diseño de estrategias para la prevención

Marcela Roa Cubaque^{*}
Paola Barreto Bedoya^{**}
Mónica Pérez Prada^{***}
Guiomar Rubiano Díaz^{****}
Universidad de Boyacá

Resumen

Si bien el comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas a nivel local, en términos de prevalencias, tiende a seguir el evidenciado en otros contextos, se reconoce que la situación de consumo de sustancias psicoactivas está sujeta a cambios constantes (Medina 2001). La percepción de riesgo, las prevalencias de consumo para drogas legales e ilegales y los factores de riesgo y protección asociados se convierten en herramientas para el diseño de estrategias de prevención, priorizadas y sustentadas en el diagnóstico local.

Palabras clave

Consumo de drogas, percepción, riesgo, estudiantes universitarios.

^{*} Magíster en Tabaquismo, jefe Departamento de Ciencias Básicas, docente investigadora, Universidad de Boyacá, Grupo de Investigación OXIGENAR, Tunja-Colombia. Correo electrónico maroa@uniboyaca.edu.co

^{**} Magíster (p) en Salud Pública, jefe Departamento de Salud Pública, docente investigadora, Universidad de Boyacá, Grupo de Investigación HYGEA, Tunja-Colombia. Correo electrónico paolabarreto@uniboyaca.edu.co

^{***} Magíster (p) en Pedagogía, docente investigadora, Universidad de Boyacá, Grupo de Investigación ETHOS, Tunja-Colombia. Correo electrónico mpperez@uniboyaca.edu.co

^{****} Magíster en Tabaquismo, directora Programa de Terapia Respiratoria, docente investigadora, Universidad de Boyacá, Grupo de Investigación OXIGENAR, Tunja-Colombia. Correo electrónico ghrubiano@uniboyaca.edu.co

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el *Glosario de términos de alcohol y droga*, define *droga* como cualquier sustancia natural o sintética que, al ser introducida en el organismo, es capaz de producir efectos en él, relacionados con la alteración y/o modificación del funcionamiento, así como con cambios en la actividad psíquica y emocional del ser vivo. Sin embargo, dada la dificultad para discriminar aquellas sustancias con potencial para prevenir o curar enfermedades o aumentar la salud física o mental del individuo de aquellas que tienen fines no médicos, en la última década, se ha decidido adaptar el término *sustancia psicoactiva* para referirse a las sustancias que son empleadas para producir efectos psicoactivos, susceptibles de ser auto-administradas y capaces de generar trastornos por abuso o dependencia (Becoña Iglesias & Cortés, 2010). En este mismo sentido, y de acuerdo con el glosario de términos de alcohol y drogas elaborado por la OMS, se han descrito las *drogas lícitas o legales* como aquellas que están legalmente disponibles mediante prescripción médica o, en algunas ocasiones, sin ella, en una determinada jurisdicción, es decir, que se ha permitido su comercialización; entre ellas se destacan el alcohol, el café y el tabaco. Las *drogas ilícitas o ilegales* se han definido como aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización están legalmente prohibidos o que son usadas sin prescripción médica.

Es sabido que la mayor parte de los jóvenes usan sustancias psicoactivas legales y se ha identificado que la edad de inicio está alrededor de los 15 años; De igual manera, se ha documentado que el inicio del consumo de sustancias psicoactivas ilegales comienza entre los 18 y 23 años, y que este periodo se considera como una etapa de riesgo, debido a diversos factores, entre los que se destacan la curiosidad, la exploración de nuevas sensaciones, la búsqueda de mecanismos de apoyo para enfrentar niveles de estrés, problemas emocionales y la sensación de invulnerabilidad que suele acompañar a los jóvenes. La mayoría de ellos experimenta con las sustancias adictivas para luego abandonarlas y solo un porcentaje menor continúa usándolas hasta desarrollar problemas de adicción, situación que motiva los proyectos y programas de prevención y control, de acuerdo con lo expuesto en la Red Veracruzana de Investigación en Adicciones (REVIVA, 2012).

Si bien el comportamiento local, en términos de prevalencias, descrito hasta el momento en la Institución tiende a seguir el comportamiento de consumo evidenciado en otros contextos nacionales e internacionales, se debe reconocer que la situación de consumo de sustancias psicoactivas está sujeta a cambios constantes. (Medina, 2001). La percepción de riesgo, las prevalencias de consumo para cada tipo de droga legal e ilegal y los factores tanto de riesgo como de protección asociados a su consumo se convierten en herramientas para el diseño de estrategias de prevención, priorizadas y sustentadas en evidencias del contexto, originadas en el diagnóstico.

Teniendo en cuenta lo anterior, se llevó a cabo un estudio, con el objetivo de describir el consumo de drogas lícitas e ilícitas, los factores de protección y riesgo asociados y la percepción de riesgo en estudiantes de una institución de educación superior, identificando evidencias para el diseño de estrategias de prevención; y con el objeto de obtener parámetros de comparación con los resultados obtenidos por el proyecto madre de la Red REVIVA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El uso de drogas lícitas e ilícitas es un fenómeno que cambia continuamente y se manifiesta de manera distinta en los diferentes grupos de población. La evolución histórica del consumo en el mundo ha demostrado que los jóvenes se constituyen en el grupo más vulnerable para iniciar y desarrollar, en algunos casos, conductas adictivas que tienen implicaciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales de relevancia en nuestra sociedad. Teniendo en cuenta que la edad promedio de inicio del consumo de SPA legales es de 15 años e ilegales de 18 años (Secretaría General de la Comunidad Andina, 2009), el contexto universitario se convierte en un espacio propicio para el desarrollo e implementación de estrategias de intervención para la prevención del consumo.

Los resultados de diversos estudios sugieren claramente que la familia y la escuela siguen siendo los dos determinantes más importantes para el consumo de sustancias o su prevención (Medina, 2001). Se considera a la escuela como un agente socializador prioritario, en donde los jóvenes tienen el primer contacto con sus pares y con figuras de autoridad distintas a la de los padres, al mismo tiempo que se trata de un entorno en que el sujeto tiene oportunidad de conseguir reconocimiento social de sus primeros logros. Por tanto, siendo las instituciones universitarias un agente educativo, no pueden desconocer la responsabilidad directa de participación en los procesos que determinan el consumo de drogas o su prevención, lo que da relevancia social al proyecto. Del mismo modo, reconociendo que “el Consejo Nacional de Política contra las Drogas, con base en lo que recomienda la Comisión Nacional para Reducción de la Demanda de Drogas, fija las políticas con sujeción a las cuales el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y de la Protección Social deben desarrollar programas de prevención universal, selectiva e indicada del consumo de sustancias psicoactivas”, (Política Nacional Contra las Drogas) y considerando que es deber de las instituciones de educación superior articularse con las políticas nacionales, se define el desarrollo de estudios locales como implicación práctica de cumplimiento de la norma y de respuesta a las demandas del contexto universitario.

OBJETIVOS

Describir el consumo de drogas lícitas e ilícitas, los factores de protección y riesgo asociados, y la percepción de riesgo en estudiantes de una IES, identificando evidencias para el diseño de estrategias de prevención.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. Se realizó muestreo aleatorio estratificado (EPIDAT), tomando como referencia un tamaño poblacional de 5,205 estudiantes de pregrado; con una proporción esperada del 17%; nivel de confianza, 95%; pérdidas previstas del 20% y precisión del 3%, para un tamaño de muestra de 648 estudiantes, obteniendo el diligenciamiento final de 573 instrumentos. La información fue recolectada a través de un instrumento adaptado con la autorización expresa de los autores, denominado *Cuestionario de Estudiantes UNAM 2007*, diseñado por Villatoro et al. (2007). El instrumento fue concebido como una encuesta de 73 preguntas, la cual indagó sobre aspectos sociodemográficos, consumo de drogas lícitas e ilícitas, factores y percepción de riesgo sobre el consumo, discapacidad relacionada con el consumo de drogas y percepción de los estudiantes sobre políticas institucionales y campañas preventivas emprendidas. La información fue captada en el Programa MONKEY SURVEY® y procesada en el Programa SPSS Versión 21®.

RESULTADOS

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los estudiantes encuestados

Variable	N	X	IC 95%	
Género			INF	SUP
Femenino	373	65,1	61	68
Masculino	200	34.9	30	37
Estado civil				
Soltero	532	92.8	89	94
Casado	13	2.3	1	3
Unión libre	24	4.2	1	5
Divorciado	4	0.7	0	1
Tenencia de hijos				
Sí	52	9.1	6	11
No	521	90.9	87	92

Fuente: Resultados del estudio

Tabla 2. Distribución de la población de acuerdo con su edad

Variable	N	X	DE	IC 95%	
				INF	SUP
Edad	573	20.7	3.34	15	44

Fuente: Resultados del estudio

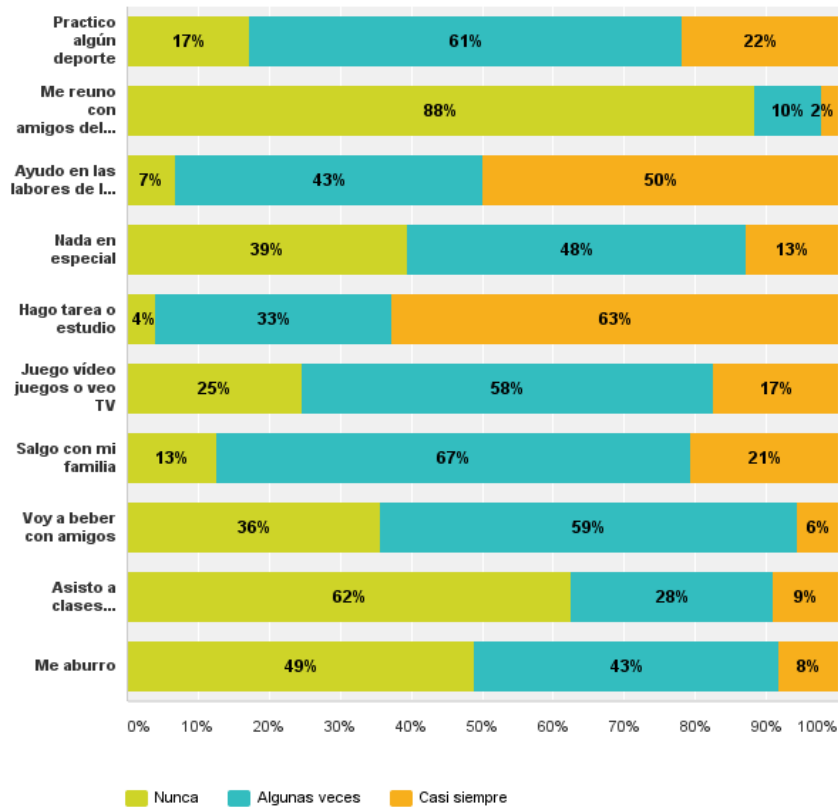
Tabla 3. Prevalencias de consumo de drogas lícitas e ilícitas

DROGAS LICITAS	Prevalencia de	Prevalencia Anual	Prevalencia
	Vida		Mensual
Alcohol	93.5%	68.4%	71.7%
Tabaco	55.7%	47.9%	65.6%
Bebidas Energizantes	73%	75%	
Marihuana	19.1%	10.9%	6.5%
Cocaína	3%	1.2%	0%
Alucinógenos	6.8%	2.8%	0.8%
Inhalantes	0.9%	0.17%	0%
Estimulantes	3%	1.05%	0.5%
Bazuco	0.2%	0.17%	0%
Tranquilizantes	5.1%	1.6%	0.7%
Metanfetaminas	1.2%	0.17%	0%

Fuente: Resultados del estudio

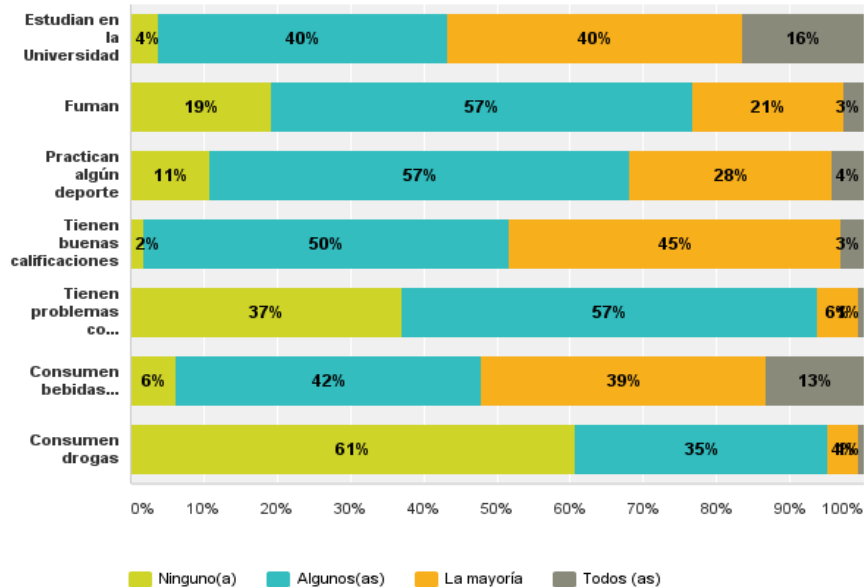
Las prevalencias de vida para el consumo de SPA reportadas como las más altas en el estudio corresponden, en orden descendente, a: alcohol, 94%; bebidas energizantes, 73%; tabaco, 56% y marihuana 19%. Dichas prevalencias tienen un comportamiento similar al reportado en otro estudio previo de orden local en el caso del consumo de alcohol y marihuana; inferior para el consumo de tabaco, pero superior para el consumo de bebidas energizantes. (Manrique 2009). En comparación con resultados nacionales (PRADICAN, 2012), las prevalencias de vida reportadas son superiores para el consumo de alcohol, bebidas energizantes y tabaco, y levemente inferiores para el consumo de marihuana. Las menores prevalencias de vida fueron: para alucinógenos, 7%; tranquilizantes, 5%; anfetaminas 3%; cocaína, 3%; metanfetaminas, 1%; inhalantes, 1%; bazuco, 0,2%; y no se reportó consumo de heroína. Sin embargo, en comparación con datos nacionales recientes (PRADICAN, 2013), se identifican consumos superiores en el contexto local para alucinógenos y consumos semejantes a lo reportado en el país para el resto de drogas ilícitas.

Tabla 4. Distribución de la población de acuerdo con el uso del tiempo libre



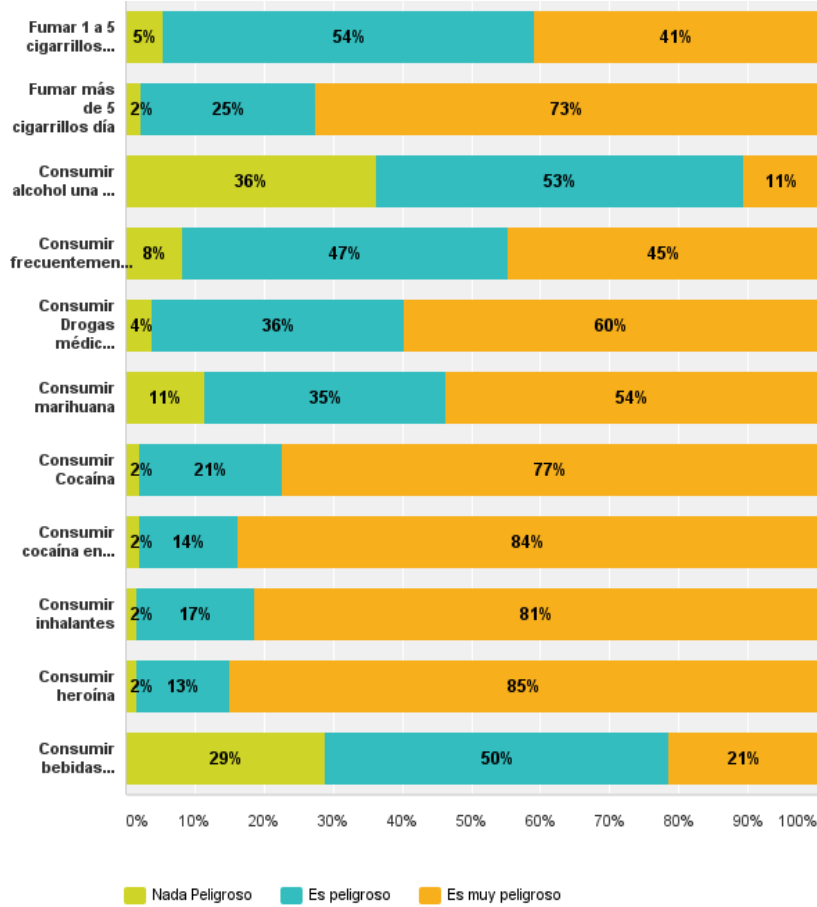
Fuente: Resultados del estudio

Tabla 5. Distribución de la población de acuerdo con la influencia de pares



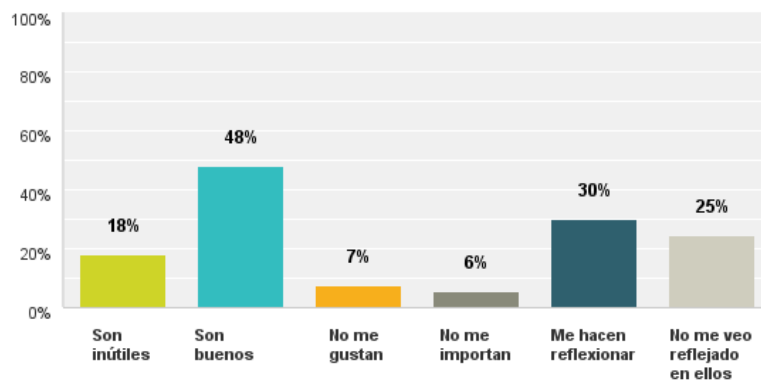
Fuente: Resultados del estudio

Tabla 6. Percepción de riesgo del consumo de drogas



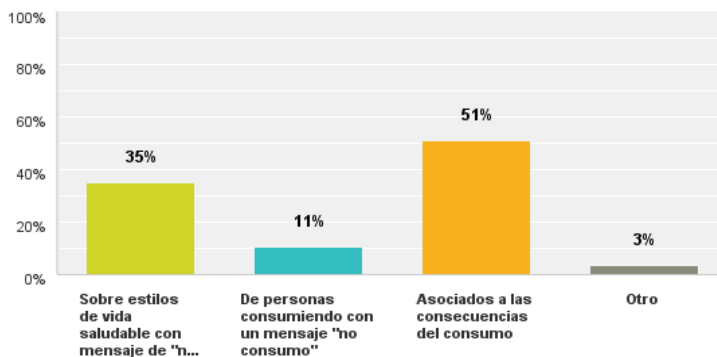
Fuente: Resultados del estudio

Tabla 7. Percepción sobre efectividad de publicidad gráfica



Fuente: Resultados del estudio

Tabla 8. Percepción sobre contenido ideal de publicidad gráfica



Fuente: Resultados del estudio

CONCLUSIONES

El comportamiento de consumo reportado por los estudiantes de la IES es superior para alcohol, tabaco, alucinógenos, estimulantes, tranquilizantes y metanfetaminas, en relación con el último estudio nacional publicado (PRADICAN, 2013).

Los principales factores identificados como protectores para el consumo de Drogas legales e ilegales están relacionados con los factores familiares, específicamente la residencia con familia y la práctica de un deporte, que elevan los niveles de autoestima y autoconcepto del universitario.

Para el consumo de alcohol y tabaco, la permisibilidad social y las construcciones de reconocimiento social realizadas frente a estas sustancias se constituyen como el principal factor de riesgo para su consumo. De la misma manera, se evidencia que no existe presunción de grupo, en la mayoría de los casos, que incentive el uso de estas drogas.

Frente a la percepción de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, la investigación evidencia una percepción negativa frente al uso de todas las sustancias contempladas en la investigación, siendo menor para el tabaco y el alcohol, situación que se puede explicar por la legalidad de su distribución.

Los universitarios reclaman mayor disponibilidad de publicidad gráfica dirigida a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, a través de imágenes ligadas a las consecuencias del consumo.

REFERENCIAS

- Becoña Iglesias, E. & Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones parapsicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Pintor Jover.
- Colombia. Ministerio del Interior y de Justicia. (2008). *Política Nacional Contra Las Drogas*. Bogotá: Autor.
- Manrique Abril, F. G., Ospina-Díaz, J. M., Herrera Amaya, G. M., Manrique Abril, D. A., Manrique Corredor, E. J., Barón Riveros, C. M., Ariza Riaño, N. E., & Cely Andrade, L. (2009). *Consumo de sustancias psicoactivas y factores determinantes en población universitaria de Tunja 2009*. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Recuperado de http://www.academia.edu/1243992/Consumo_de_sustancias psicoactivas_y_factores_determinantes_en_adolescentes_de_la_ciudad_de_Tunja_2009
- Medina, M.E. (2001). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 16(3), 1-8.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones.
- Villatoro, J., Rojas, E., Juárez, F., Carreño, S., Medina, M., & Berenzón, S. (2006) . *Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006: prevalencias y evolución del consumo de drogas*. *Salud Mental*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400004&lng=es
- Proyecto Pradican, Programa Antidrogas Ilícitas de la Comunidad Andina. (2013). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Comunidad Andina de Naciones (CAN). Informe Universidad de Antioquia*. Medellín: El autor.
- Proyecto Prodican, Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina, Cooperación UE-CAN (DCI_ALA/2007/019 670). (2012). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe Colombia*. Bogotá: Autor.
- Red Veracruzana de Investigación en Adicciones (REVIVA). (2012). *Diagnóstico de percepción, riesgo y consumo de drogas en estudiantes de la Universidad Veracruzana: Evidencias para el diseño de estrategias para la prevención*. Veracruz: La Red.
- Secretaría General de la Comunidad Andina. (2009). *Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria. Informe comparativo: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*. Bogotá: ODC. Recuperado de http://www.odc.gov.co/docs/publicaciones_nacionales/Informe%20Colombia.pdf



PRÁCTICAS DE TRATAMIENTO

Educación basada en la conciencia, meditación trascendental, salud mental y jóvenes usuarios del Sistema de Responsabilidad Penal

Gabriel Antonio Mejía*

Belkis Cifuentes**

Fundación Hogares Claret

Resumen

El modelo de educación basada en la conciencia, utilizado en la Fundación Hogares Claret, funciona por medio de la implementación de distintas herramientas y técnicas practicadas en el diario vivir con los niños, jóvenes y adultos usuarios de los distintos programas y líneas de atención. Entre ellos se encuentran: práctica diaria de ejercicios de yoga (asanas), meditación trascendental y programa de Sidhis MT.

De acuerdo a la experiencia de más de 20 años con la implementación de este modelo, se han obtenido resultados evidenciables en los testimonios de los propios usuarios y equipo psicosocial, principalmente sobre la disminución sustancial de agresiones, ansiedad e inseguridad, por medio de la práctica, especialmente de la técnica de la meditación trascendental; además de las investigaciones a nivel internacional que demuestran los altos beneficios en todas las dimensiones del ser humano.

Palabras clave

Educación basada en la conciencia, meditación trascendental, salud mental, responsabilidad penal, jóvenes infractores y consumo de sustancias psicoactivas.

* Sacerdote de la Comunidad de los Misioneros Claretianos, Presidente Fundación Hogares Claret, Medellín, Colombia. Correo electrónico: gabrielmejiafact@gmail.com

** Magíster en Desarrollo Social, Coordinadora de Investigaciones Fundación Hogares Claret, Medellín, Colombia. Correo electrónico: belkis.cifuentes@fundacionhogaresclaret.org

La Fundación Hogares Claret se consolida como una institución que vela por el acompañamiento a niños, jóvenes y adultos a encontrar el sentido de su vida. Los principios maestros y valores fundamentales son: el servicio desinteresado, el amor, la superación, la responsabilidad y, especialmente, la opción por la vida.

Para dar respuesta a las problemáticas presentes en estas poblaciones, la Fundación ofrece diferentes líneas de atención: centros de atención en drogodependencias para adultos y adolescentes; programas para niños y adolescentes en situación de calle; programa para adolescentes desvinculados de grupos armados; y centros de emergencias para adolescentes en conflicto con la ley en sistemas de responsabilidad penal.

Las problemáticas, traumas y experiencias de las personas que reciben apoyo terapéutico en la Fundación son complejas y para su tratamiento requieren de ayuda profesional. Así mismo, dicho tratamiento es complementado con la implementación de un programa fundado por Maharishi Mahesh Yogui, denominado *Educación basada en la conciencia* (2014, 11 de Noviembre), el cual permite generar procesos de intervención y cambio en las personas a partir del descubrimiento de su naturaleza esencial, el avivamiento de su potencial interior y el desarrollo de su trascendencia a través de la creatividad y las habilidades cognitivas; además de permitirle a quien lo experimenta superar el estrés, la ansiedad, patrones de adaptación disfuncionales y comportamientos antisociales, propios del perfil de esta población.

Con la finalidad de obtener evidencias a nivel científico, en estos momentos la Fundación lidera una investigación relacionada con el modelo de educación basada en la conciencia y la salud mental de usuarios de algunos programas.

Específicamente, la investigación examina la incidencia de la práctica de la meditación trascendental en el mejoramiento de la salud mental de los jóvenes usuarios que pertenecen al *Programa de responsabilidad penal El Oasis*, de la Fundación Hogares Claret, en la ciudad de Barranquilla. Estos son jóvenes que han cometido una infracción o delito y, por ser menores de edad, pasan a ser judicializados por un sistema especial que determina las sanciones que deben cumplir bajo un proceso de resocialización.

Los programas correspondientes a los sistemas de responsabilidad penal consolidan perfiles poblacionales caracterizados por jóvenes que traen consigo diferentes problemáticas relacionadas con la violencia social y familiar, antecedentes de delitos menores, vinculación a pandillas y una situación grave como es el consumo de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta que son jóvenes que inician este tipo de hábitos desde los 12 años aproximadamente.

De allí, se consolida el reto de posibilitar, por medio de un adecuado proceso terapéutico, brindarles las posibilidades para establecer cambios y transformaciones.

En consecuencia, los programas del sistema de responsabilidad penal no solo cumplen la función de castigar al joven infractor con una pena que implica su reclusión por determinado tiempo, sino que tienen el compromiso de mejorar la calidad de vida de ese ser humano que ingresa y construir a su lado un nuevo proyecto de vida, que le permita luego de cumplida la sanción impuesta, tener una perspectiva diferente encaminada a actos positivos y benéficos para la comunidad en general.

De acuerdo a lo anterior, se trabaja primordialmente en el estado de salud mental y emocional de los jóvenes a través de tratamiento terapéutico y la implementación de la técnica de la meditación trascendental, antes mencionada.

La meditación trascendental ofrece beneficios para quienes la practican en diferentes niveles. Keith (1974) principalmente destaca: el cambio en el ritmo cardiaco, respiratorio, a nivel bioquímico, disminución de la presión sanguínea, estados de relajación, de alerta en descanso, mejora de la estabilidad fisiológica, aumento de la estabilidad y la capacidad perceptiva, mejora de la actividad intelectual, aumento de la productividad, el rendimiento y satisfacción en el trabajo, evolución de la personalidad, mejoramiento psicológico, reducción en el uso de alcohol y cigarrillos, recuperación de la privación de dormir, mejora de la habilidad para enfocar la atención, mejora de la actividad atlética, normalización del peso, aumento de la ordenación del pensamiento y del funcionamiento del cerebro, disminución de la ansiedad, aumento de la salud psicológica, mejora de la salud mental, aumento del control interior, interacción efectiva con el medio ambiente, rehabilitación de prisioneros.

En la presente investigación, se retomarán los beneficios relacionados específicamente con la salud mental y los estados que la desestabilizan, debido a que la población objeto de estudio es vulnerable a causa de las difíciles situaciones que han experimentado durante su vida. Por ello, dentro de la salud mental, se contempla el bienestar social, psicológico y subjetivo; y como estados que no permiten tener un óptimo bienestar, la ansiedad y la presencia de cogniciones postraumáticas.

Los resultados, en un futuro, se pueden constituir en la base para que la Fundación Hogares Claret siga implementando, y con mayor nivel de incidencia, esta técnica, que se constituye en un método sumamente valioso para la recuperación de los usuarios.

En este sentido, este estudio se posiciona a nivel nacional como un referente significativo, teniendo en cuenta que la temática central del mismo es innovadora, ya que se encuentran estudios donde se abordan otros tipos de técnicas de meditación y relajación, la mayoría enfocadas a demostrar el efecto que estas pueden tener en estados de salud física principalmente. Por ello, la importancia de desarrollar una investigación que sea el punto de partida para que profesionales y expertos en estos temas consoliden un amplio

conocimiento que permita incidir en las inmensas posibilidades que tienen los seres humanos para influir positivamente sobre sí mismos, en su proceso de recuperar su salud física y mental, y alcanzar una mejor calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La violencia en Colombia ha sido un factor que ha incidido traumáticamente en la calidad de vida de las personas, provocando en estas serias dificultades para lograr un desarrollo integral y el máximo de sus potencialidades. La violencia en nuestros días genera situaciones que se han convertido en comunes para todos, como lo son: los conflictos sociales, abusos y daños tanto a nivel físico como psicológico, dirigidos a personas y a comunidades, causados por sentimientos de resentimiento, odio y actos delictivos y criminales sancionados por la ley. Todo lo anterior se constituye en una serie de factores que generan altos índices de pobreza; de acuerdo a ello, por ejemplo, el *Informe del Panorama Económico y Social de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños 2013* de la CEPAL indica que la tasa de pobreza de América Latina en 2012 alcanzó al 28,2% de la población y la indigencia o pobreza extrema, el 11,3%. Estos porcentajes equivalen a 164 millones de personas en situación de pobreza, de los cuales 66 millones son pobres extremos. De acuerdo a lo anterior, se establecen las evidencias sobre los altos niveles de vulneración social presentes hoy en día en América Latina.

Los hechos violentos tienen su origen en múltiples causas, siendo una de las más relevantes la desintegración de la familia o, en otras palabras, la alteración negativa del espacio natural de formación de la personalidad de los niños y jóvenes. En este sentido, la desintegración familiar se constituye en un obstáculo para el desarrollo del potencial personal desde lo que se brinda, se construye y se transmite por los miembros adultos hacia los más jóvenes, afectando las posibilidades de estos para su pleno desarrollo e integración en sociedad.

Por otra parte, la proliferación de la violencia entre los jóvenes se encuentra asociada a la imposibilidad de culminar sus estudios, al suceso de desertar de la escuela por diferentes factores: indisciplina, exclusión, desmotivación, depresión, problemas de aprendizaje, trastornos del desarrollo, problemas familiares, entre otros. La deserción trae como consecuencia que los jóvenes se encuentren expuestos a escenarios diferentes al ámbito educativo y familiar, como lo son espacios donde se promueve el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, entre otras situaciones que pueden desencadenar trastornos emocionales y del comportamiento.

El estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013 revela que el consumo de sustancias ilícitas en el último año estima que 159,000 jóvenes entre los 12 y 18 años son consumidores, mientras que de los 18 a los 24 años se presenta un aumento de 347,000 jóvenes.

La presencia de las anteriores situaciones aumenta las probabilidades de que los jóvenes se conviertan en individuos que fácilmente se pueden involucrar en el ámbito delincuencia.

Cuando esta situación se presenta y son jóvenes adolescentes entre los 14 y 18 años quienes cometen un delito, la Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) les otorga el derecho a la resocialización, en centros determinados por el Estado, quedando bajo la protección del sistema de responsabilidad penal y, por ende, no pueden ser judicializados como adultos. Se brinda ante todo un proceso de reparación y un proyecto de vida alejado de las conductas delictivas, el cual se adquiere durante su amonestación y demuestra el efecto positivo que produce recibir una atención especializada.

Es importante destacar que esta población de jóvenes, como se mencionó antes, que cometen actividades delictivas, también se encuentran involucrados en una serie de situaciones que hacen de ellos una población altamente vulnerable. Específicamente, se establece que la mayoría de jóvenes infractores, antes de ingresar a centros de rehabilitación, son consumidores de sustancias psicoactivas; es decir, adicionalmente al proceso terapéutico encaminado a abandonar los hábitos de las conductas delictivas, se deben proporcionar las herramientas pedagógicas, de resocialización y restablecimiento de derechos, y tener en cuenta que estos jóvenes traen consigo, a su corta edad, muchas situaciones relacionadas con el consumo, la violencia y la inestabilidad.

Con respecto a lo anterior, en la población de esta investigación, conformada por 20 jóvenes entre los 15 y 18 años, cuyo tipo de delito es el homicidio, se destaca que el 85% fueron consumidores de distintas sustancias, en promedio durante 4 años; el 65%, consumidores de sustancias como la cocaína y las anfetaminas; y un 35%, consumidores de marihuana y alcohol.

Una de las instituciones que viene trabajando a favor de esta población es la Fundación Hogares Claret, la cual se consolida como una comunidad terapéutica con 30 años de trayectoria, que atiende población altamente vulnerable. Entre los programas que atiende, se encuentran en total ocho (8) centros especializados y de internamiento (privación de libertad) en responsabilidad penal para adolescentes, que se administran bajo convenios establecidos con los entes territoriales y con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF.

El modelo que utiliza se consolida como un modelo de Comunidad Terapéutica. En el presente estudio nos enfocamos hacia la práctica de la meditación trascendental -que se encuentra enmarcada dentro del Programa de Educación Basada en la Conciencia- en los adolescentes de los programas de responsabilidad penal, ya que se ha establecido la pertinencia de esta en la recuperación de los jóvenes.

Existen a la fecha innumerables evidencias a nivel científico e internacional que han demostrado el efecto positivo de la práctica de la meditación en general y, especialmente, la meditación trascendental, de acuerdo a lo expuesto por el Programa de Meditación Trascendental (2014, 12 de noviembre): básicamente, a nivel cerebral, el desarrollo de la inteligencia, el mejoramiento de la salud y diferentes enfermedades; a nivel comportamental, bienestar y salud mental.

Se pretende entonces establecer la incidencia de la meditación trascendental en la salud mental de los jóvenes usuarios del *Programa responsabilidad penal El Oasis*, de la Fundación Hogares Claret, en la ciudad de Barranquilla. Lo anterior teniendo en cuenta que dicha Fundación es la única institución que a nivel nacional implementa la herramienta de la *educación basada en la conciencia* y la práctica de la técnica de meditación trascendental con el perfil poblacional de usuarios jóvenes de programas de responsabilidad penal.

La realización del presente estudio permitirá validar la experiencia acumulada que se encuentra en la Fundación y así posibilitar el reconocimiento de la implementación de esta técnica en programas que atienden a usuarios con este perfil.

OBJETIVO GENERAL

Establecer la incidencia de la meditación trascendental en la salud mental de los jóvenes usuarios del *Programa Responsabilidad Penal El Oasis*, de la Fundación Hogares Claret, en la ciudad de Barranquilla.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir el estado de bienestar como indicador de la salud mental de los jóvenes usuarios del *Programa Responsabilidad Penal El Oasis*, de la Fundación Hogares Claret, en la ciudad de Barranquilla.

Describir el estado de ansiedad como indicador de la alteración de la salud mental de los jóvenes usuarios del *Programa*.

Establecer la presencia de las cogniciones postraumáticas como indicador de la alteración de la salud mental de los jóvenes usuarios del *Programa*.

Establecer la incidencia de la meditación trascendental sobre las cogniciones postraumáticas de los jóvenes usuarios del *Programa*.

REFERENTE TEÓRICO

Meditación trascendental y salud mental

De acuerdo a lo expuesto por Campagne (2004), la meditación es una técnica aprendida, en donde la atención pasa de estímulos identificables a un estado de atención no focalizada; la meditación permite al individuo prepararse para afrontar situaciones estresantes y traumáticas, al mismo tiempo que incide en los niveles de cortisol en la sangre. Este autor revela una técnica de meditación que se caracteriza por ser sencilla, con rápidos y óptimos resultados al ser practicada regularmente: esta se denomina meditación trascendental, se encuentra basada en el deseo propio de entrar en estados de conciencia y permite que las personas desarrollen un proceso mental llamado transcendencia.

Para comprender mejor el proceso mental que se lleva a cabo durante la meditación trascendental, se hace relevante mencionar lo establecido por Bensabat (1984), citado por Velandia, Rincón & Barrios (2006), quienes definen la trascendentalidad como la disposición que tienen los seres humanos de su propio potencial, el cual puede ser desplegado, para colocarlo al servicio del propio crecimiento, ser cada vez mejores desde la cualidad y no de la cantidad.

Con respecto a este mismo proceso de la transcendencia, Arenander (1996) se refiere a la práctica de la técnica como un proceso que se compone de tres aspectos: las condiciones iniciales, un vehículo propio o de sonido (mantra) y el conjunto de instrucción. Una persona cómodamente sentada con los ojos cerrados se convierte en las condiciones iniciales; luego, se despliega una conciencia normal de vigilia, ubicando la atención en un *vehículo* de intencionalidad específica y la atención se centra sobre los atributos sensoriales de este y no sobre algún significado o asociación intelectual. Después de este proceso, se experimenta, además de reducción en la actividad cognitiva, estado de completo silencio y ausencia de las dimensiones

espacio-temporales, para finalmente experimentar un estado de alternancia de trascender o ir más allá del pensamiento. Este proceso de trascender conlleva sentimientos de placer, disfrute, claridad, energía y sentido coherente de sí mismo.

La técnica de la meditación trascendental se ha consolidado como una práctica contemplativa estandarizada que desde los años 60 se ha hecho popular por Maharishi Mahesh Yogui, quien adquirió seguidores entre artistas y músicos conocidos, y cuyo legado ha sido materializado por la Fundación Maharishi, presente en América Latina y en Colombia.

Según la Fundación Maharishi (2014, 11 de Noviembre), existe una amplia recopilación de estudios científicos en distintos países de todos los continentes sobre los efectos de la implementación de la técnica de meditación trascendental en distintos ámbitos y poblaciones: entre ellas se destacan el estudio con personas que padecen de alguna enfermedad, la práctica en estudiantes de escuela para lograr el mejoramiento del rendimiento escolar y también su implementación en personas que han estado inmersas en experiencias adversas que les han producido el manejo de altos niveles de estrés.

De acuerdo a lo anterior, un estudio realizado por la Universidad de Cincinnati, a cargo de Nidich, Seeman & Dreskin (1973), reveló que la meditación trascendental influye positivamente en los comportamientos característicos de una persona auto-realizada, es decir que genera un efecto positivo para que la persona logre liberarse de las inhibiciones y agitación emocional que la puedan embargar.

Los estudios realizados para medir la incidencia de la meditación trascendental en los diferentes ámbitos de la vida de las personas han implementado el electroencefalograma -EEG- como una herramienta que estudia el sistema nervioso de un individuo por medio de un estudio computarizado, que permite registrar las ondas cerebrales y analizar los correlatos neurobiológicos de los pensamientos y de las emociones, permitiendo conocer la interacción entre mente y cerebro y, en el caso específico de la práctica de la meditación, saber lo que sucede en el cerebro a nivel neurofisiológico mientras esta se lleva a cabo. De acuerdo con lo mencionado por Cahn y Polich (2006), fue Hans Berger, en 1929, quien demostró que a través del electroencefalograma, al cerrar los ojos, disminuía la entrada sensorial y se incrementaba la onda cerebral alfa sobre el área occipital del cerebro. Se estima que por medio de la meditación, el cerebro logra un estado de coherencia global, lo que se traduce en una función cerebral más equilibrada, ordenada, mayor calidad del desarrollo mental, emocional, físico y moral de una persona. Dicha coherencia cerebral es registrada por medio del electroencefalograma.

Un impacto positivo que se logra a través de la práctica regular de la meditación trascendental es la salud mental de una persona, favoreciendo las demás dimensiones del ser humano, a nivel físico, social, espiritual y emocional.

Según Oblitas (2004), citado por Mebarak, De Castro, Salamanca y Quintero, (2009), la salud corresponde al bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico, que implica la esfera subjetiva y del comportamiento de una persona. No se relaciona con la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino que se constituye en un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

La Organización Mundial de la Salud -OMS- (2007) define el término salud mental como el estado de bienestar donde el ser humano tiene conciencia de sus capacidades, logra afrontar las demandas normales de la vida, trabaja de manera productiva, siendo capaz de contribuir a su comunidad. Esta definición coincide con la establecida anteriormente, afirmando que la salud mental es un estado completo de bienestar en tres niveles: físico, mental y social, y no solo se relaciona con la ausencia de afecciones o de enfermedad.

De acuerdo a lo anterior, la meditación trascendental se constituye en una práctica que acorde la conceptualización sobre salud mental y de los estudios científicos realizados, le brinda a quienes la practican adquirir un estado superior de bienestar; más allá del padecer cierta enfermedad, genera la posibilidad de sentirse bien consigo mismo, con el mundo que lo rodea y la capacidad de enfrentar situaciones que a algunas personas les pueden resultar estresantes y difíciles de manejar.

Torres, Osorio, López, & Mejía (2006) afirman que la salud en adolescentes y jóvenes es un componente fundamental para el progreso social, económico y político de un país. Por tanto, si se presentan fallas en la inversión en la primera etapa del desarrollo humano, se verá afectada, de manera inevitable, la economía del país, lo cual se traducirá en falta de recursos calificados para sostener el desarrollo económico futuro y el aumento de carga social, es decir, al presentarse grupos poblacionales de infantes sin una adecuada presencia de salud mental, se presentarán inconvenientes como problemas de conducta, jóvenes fuera del sistema escolar sin acceso a este, imposibilidad para hacer parte del mercado laboral y múltiples problemas a nivel social.

Cabe afirmar que ante la presencia de determinadas situaciones negativas o perjudiciales, las personas se encuentran propensas a que su salud mental se vea afectada, lo cual perjudica también el desarrollo social de una comunidad, como se mencionó antes.

Dichas situaciones, de acuerdo al nivel de gravedad que posean, pueden llegar a convertirse en acontecimientos traumáticos que conlleven efectos más dañinos para la salud como es el desarrollo de un trastorno mental en la persona que lo ha vivido. En este punto, es evidente la relación entre la salud mental, los problemas que puedan llegar a afectarla, como las crisis o traumas; y las cogniciones que las personas adquieran a partir de dichas situaciones difíciles o problemas que experimenten.

De acuerdo a Blanco, Díaz, Gaborit y Amaris (2010), el trauma se define como “un ataque masivo y emocionalmente perturbador a las sólidas estructuras de significado (creencias) que dan sentido a nuestra vida y cobijo a nuestras acciones”, en donde su valor es dado por las condiciones psicológicas en las que se encuentra el individuo en el momento que el acontecimiento irrumpe de forma abrupta su realidad, como también se genera debido a que la situación impide una adecuada reacción ante el evento traumático.

Con respecto a la asociación del trauma y las cogniciones, es válido mencionar que a partir de lo establecido por Blanco et al. (2010), el trauma puede llegar a convertirse en una situación que causa daños en el individuo y en su desenvolvimiento en la sociedad. En este sentido, las cogniciones son entendidas como aquellas que cambian entre las fases del antes y después de la situación traumática.

De acuerdo a lo planteado por Cooper (2002), la asociación entre el trauma y el sistema de cogniciones se establece en la medida en que estos son el conjunto de los conocimientos, actitudes, valores de una persona en particular y conductas de los demás, transformación de significados que es dada en todos los aspectos mencionados.

Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA)

De acuerdo a lo expuesto en el documento ABC del Código de Infancia y Adolescencia, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, (2007), la Ley 1098 de 2006 es la política que consagra el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA), establece el conjunto de principios, normas y procedimientos para las autoridades judiciales especializadas y los entes administrativos que gobiernan o median en la averiguación y juzgamiento de delitos cometidos por personas que tengan entre 14 y 18 años al momento de cometer un hecho reprochable. Adicionalmente, establece las políticas que amparan y protegen a los niños, niñas y jóvenes infractores, con la finalidad de posibilitar las condiciones para generar en estos medidas de carácter pedagógico y un proceso de restablecimiento de derechos, reparación del daño y abandono de prácticas o conductas delictivas para la transformación, a partir de distintas herramientas terapéuticas.

Los componentes y etapas del proceso de atención que se deben abordar en los programas que trabajan con jóvenes del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) se consolidan en los siguientes: componente familiar, pedagógico, cultural y de convivencia, terapéutico y salud, alimentación y nutrición.

Es por lo anteriormente expuesto que en el siguiente apartado se establecerá la labor específica que desarrolla la Fundación Hogares Claret, clarificando el marco dentro del cual se implementan diferentes programas y, en especial, programas de responsabilidad penal para adolescentes a nivel nacional.

Fundación Hogares Claret – FHC

La misión de la Fundación Hogares Claret se concreta en acompañar a las personas afectadas por la marginalidad, la adicción, la violencia o con problemas de conducta a encontrar su sentido en la vida; todo esto enmarcado en el principio maestro: servicio desinteresado, amor, superación, responsabilidad y, ante todo, la opción por la vida. A partir de estos valores, se incentiva en todos los centros que hacen parte de la Fundación, un ambiente de desarrollo humano, crecimiento personal y espiritual, orientado hacia la promoción de la salud mental y la reinserción social.

En la actualidad, la Fundación Hogares Claret cuenta con centros de atención en ocho departamentos de Colombia: Atlántico, Santander, Huila, Cundinamarca, Quindío, Risaralda, Valle y Antioquia.

La estrategia implementada para dar soluciones efectivas a la población que ha sido víctima de todo tipo de situaciones relacionadas con la violencia y la adicción se encuentra basada en un programa de tratamiento reeducativo sustentado en el sistema de comunidad terapéutica, donde la ayuda mutua y la autoayuda son los mecanismos vitales para lograr la reincorporación exitosa del individuo a su vida social y productiva.

La educación basada en la conciencia es precisamente el modelo que la Fundación Hogares Claret ha adoptado como uno de los ejes del proceso terapéutico que lleva a cabo con cada una de las poblaciones atendidas y, de acuerdo a lo referido por la Fundación Maharishi de América Latina (2014):

Este tipo de educación busca el desarrollo del pleno potencial del conocedor (estudiante), mejora el proceso de conocer (técnicas) y produce el conocimiento total (objetivo y subjetivo) del objeto de conocimiento; así, no es necesario cambiar el Proyecto Educativo Institucional de una entidad educadora, sino incorporar las técnicas: meditación transcendental, Yoga Maharishi y Sidhis MT, como parte integral del proyecto.

Particularmente, la Fundación Hogares Claret ha venido implementando esta técnica de la meditación transcendental desde el año 1999, incluyéndola como una práctica que hace parte del diario vivir y se enseña por medio de instructores calificados; los resultados obtenidos durante todos esos años de implementación de la técnica han sido significativamente positivos. Según una encuesta realizada en el año 2004 en todos los hogares de la Fundación a nivel nacional a 127 personas usuarias de los programas, el 83% de los

encuestados argumentó practicar la MT porque le gustaba, mientras un 16% lo hacían porque era parte del diario vivir. Así mismo, un 97% de los encuestados dicen que consideran importante que la MT se practique en los hogares (Memoria 20 años Fundación Hogares Claret, 1984-2004).

METODOLOGÍA

En el presente estudio se implementa un tipo de investigación comparativo-causal de nivel explicativo. Se aplican técnicas cuantitativas y cualitativas, por tanto corresponde a un método de investigación mixta. Se establecen dos poblaciones y se comparan algunas variables con la finalidad de contrastarlas con las hipótesis establecidas, identificando las relaciones causa-efecto en la naturaleza del fenómeno escogido, en los distintos momentos de medición.

En cuanto al diseño de la investigación, éste corresponde a un diseño cuasi-experimental, que se define de acuerdo a lo establecido por Briones (1996), como un tipo de diseño en el cual no se ha podido utilizar el azar en la formación de los grupos experimental y control, sin embargo cuentan con toda la validez interna y externa requerida.

La población del presente estudio está conformada por 20 usuarios jóvenes de programas correspondientes al Sistema de Responsabilidad Penal Para Adolescentes, específicamente del programa *El Oasis*, de la Fundación Hogares Claret, Regional Atlántico, ubicado en la ciudad de Barranquilla, Colombia.

En total se realizarán cuatro momentos de mediciones. En el primer momento, se aplicarán los instrumentos en general a los 20 jóvenes. Luego de esta primera medición, el grupo se dividirá en control y experimental, de forma aleatoria. De esta manera, 10 de ellos no recibirán la iniciación en meditación trascendental y los otros 10 sí serán iniciados. Así, se llevarán a cabo los demás momentos de mediciones, para establecer luego las comparaciones correspondientes.

De acuerdo a lo anterior, es importante destacar que los jóvenes que hacen parte del grupo control recibirán la intervención terapéutica que la Fundación Hogares Claret brinda a los jóvenes que ingresan a los programas y que se encuentra regida por los lineamientos instaurados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; lo que no recibirán por un periodo de seis meses es la iniciación en meditación trascendental, que se constituye en un pilar propio de la Fundación. Además, por medio de un consentimiento informado, autorizan a participar de la investigación, teniendo en cuenta que luego de un periodo de seis meses aprenderán a meditar como el resto de usuarios.

Los instrumentos y estrategias de recolección de datos implementados son: la electroencefalografía (EEG) y la aplicación de los test psicológicos: Test Anxiety Inventory (TAI) de Spilberger, escala de bienestar psicológico de Ryff, escala de bienestar social de Keyes, escala de bienestar subjetivo e inventario de cogniciones postraumáticas.

Con la finalidad de complementar la información recogida por medio de los anteriores instrumentos y comprender el proceso que permite que la práctica de la meditación transcendental puede estar modificando o no los patrones característicos de la salud mental, las cogniciones postraumáticas y los niveles de ansiedad de los jóvenes estudiados, se implementarán las técnicas cualitativas: entrevistas a profundidad al equipo técnico (psicólogo, pedagogo, trabajador social, médico, educadores, profesores de meditación). Adicionalmente, se realizarán grupos focales con los sujetos del estudio.

*Se planea llevar a cabo el próximo año una segunda fase del proyecto con una población más amplia, aplicando la misma metodología y en otra de las regionales de la Fundación Hogares Claret.

CONCLUSIONES

El resultado general que producirá esta investigación será establecer la incidencia de la meditación transcendental en la salud mental de los jóvenes usuarios del *Programa Responsabilidad Penal El Oasis*, de la Fundación Hogares Claret, en la ciudad de Barranquilla.

Para ello, deberán cumplirse los siguientes resultados con referencia a los jóvenes usuarios del Programa:

- » Descripción del estado de bienestar como indicador de su salud mental.
- » Descripción del estado de ansiedad como indicador de la alteración de la salud mental.
- » Establecimiento de la presencia de las cogniciones postraumáticas como indicador de la alteración de su salud mental.
- » Establecimiento de la incidencia de la meditación transcendental sobre su estado de salud mental.
- » Establecimiento de la incidencia de la meditación transcendental sobre las cogniciones postraumáticas.

REFERENCIAS

- Arenander, A. (1996). *Global Neural Ground State: Coherent Brain Mechanisms Associated With Transcendental Consciousness*. Brain Research Institute. Institute for Science, Technology and Public Policy.
- Blanco, A., Díaz, D., Gaborit, M., & Amaris, M. (Enero-abril 2010). El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de cogniciones postraumáticas (ICPT) en población hispana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1) 97-110.
- Briones, G. (2002). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Bogotá, Colombia: Arfo editores e impresores Ltda.
- Cahn, B. R. & Polich, J. (2006). Meditation States and Traits: EEG, ERP, and Neuroimaging Studies. *Psychological Bulletin*, 132(2), 180-211.
- Campagne, D.M. (2004). Teoría y fisiología de la meditación. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 69-70.
- Cooper, J. (2002). *Psicología Social*. México: Cengage Learning Editores.
- Corporación Maharishi para el desarrollo de la educación védica. (2004). El programa de meditación trascendental, beneficios. Recuperado de <http://www.meditaciontrascendental.es/beneficios-de-meditacion>.
- Educación Basada en la Conciencia. (2014). ¿Qué es la educación basada en la conciencia? sitio web de la asociación para educación basada en la conciencia AEBC. Recuperado de <http://www.aebc.es/>
- Fundación Hogares Claret. (2004). *Memorias 20 años 1984-2004*. Medellín: Fundación Hogares Claret.
- Fundación Maharishi. (2014). El programa de meditación trascendental. Recuperado de <http://www.meditaciontrascendental.org/>
- Instituto de Bienestar Familiar, ICBF. (2007). *ABC del Código de Infancia y Adolescencia*. Bogotá: ICBF. Recuperado de <http://web.presidencia.gov.co/ninos/elementos/codigo.pdf>
- Keith, R. (1974). Neurofisiología de la Iluminación. Investigación científica sobre la meditación trascendental. 26 Congreso Internacional de Ciencias Fisiológicas / Nueva Delhi.
- Ley 1098 de 2006. Código de la infancia y la adolescencia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Bogotá, Colombia, 14 de noviembre de 2006.

- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M., & Quintero M. (2009). Salud Mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 23, 83-112.
- Nidich S., Seeman W. & Dreskin, T. (1973). Influence of Transcendental Meditation: A Replication. *Journal of Counseling Psychology*, 20(6), 565-566.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). *La salud de los jóvenes. Un reto y una esperanza*. Ginebra: OMS.
- Panorama económico y social de la comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños, Naciones Unidas. (2014). Recuperado de <http://www.un.org/es/publications/publipl41.shtml>
- Programa de Meditación Transcendental (2014). sitio web de la Corporación Maharishi para el desarrollo de la educación védica. Recuperado de <http://www.meditaciontrascendental.es/beneficios-de-meditacion>
- Torres, Y., Osorio, J., López, P., & Mejía, R. (2006). *Salud Mental del Adolescente*. Medellín: Facultad de Medicina Universidad del CES. Secretaría de Salud de Medellín. Recuperado de http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1244325_Salud-mental-del-adolescente-medellin-2006.pdf
- Velandia, R., Rincón, L., & Barrios, U. (2006). Estudios de variables fisiológicas en estados alternos de conciencia. *Revista Médica de Risaralda*, 12(2), 22-29.

Programa de intervención multimodal para niños, niñas y adolescentes con patología dual, en situación de calle en el municipio de Medellín, Colombia

Jorge Mario Rubio Sánchez*

ESE Hospital Mental de Antioquia, HOMO

Resumen

En la actualidad se evidencia que algunas de las problemáticas de mayor impacto social en Colombia, particularmente en la ciudad de Medellín, son el consumo de sustancias psicoactivas y situación de calle de los niños, niñas y adolescentes (NNA), por lo cual se ha evidenciado la necesidad de crear programas de intervención que permitan mitigar estas condiciones de los NNA, restableciendo derechos vulnerados a través de programas de intervención multidisciplinarios y a los cuales puedan acceder de manera inmediata y efectiva.

Palabras clave

Patología dual, intervención multimodal, consumo de sustancias psicoactivas, modificación de conducta.

* MSc (c) Psicología, Coordinador General Servicio de Patología Dual, ESE Hospital Mental de Antioquia HOMO, Medellín-Colombia. Correo electrónico: jorgemariorubio@homo.gov.co

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el Servicio Diagnóstico Dual de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia, HOMO, cuenta con 173 niños, niñas y adolescentes (NNA), 82 niñas y 91 niños, entre los 8 y los 18 años de edad, en su mayoría policonsumidores de sustancias psicoactivas. Las sustancias de mayor impacto son: THC, (PBC) Pasta básica de cocaína -bazuco- e inhalables -pegante para zapatos-. Algunos de ellos han vivido en la calle hasta por seis años y han estado en promedio en cinco o más instituciones previamente. Las patologías prevalentes son discapacidad cognitiva, TDAH, TOD y trastorno disocial de la conducta.

El programa brinda herramientas terapéuticas, formativas, pedagógicas y técnicas, orientadas a la estructuración de procesos cognitivos-conductuales, al ejercicio de la autonomía, al manejo de la asertividad en toma de decisiones, a la adecuada selección de pares y el sentido de responsabilidad personal y social, resignificando sus modelos de interacción social.

El énfasis de la propuesta apunta hacia la erradicación del consumo de drogas, el crecimiento personal y el cambio comportamental dirigido a la creación y mantenimiento de estilos de vida saludables, entrenamiento en habilidades para la vida y educación con base en valores y, por ende, el mejoramiento en la calidad de vida. Además, interviene interdisciplinariamente la patología psiquiátrica asociada al trastorno por uso, abuso y dependencia a sustancias.

Planteamiento del problema

En el mundo, 150 millones de niños viven en situación de calle, de los cuales unos 40 millones están en América Latina; esto según las cifras que maneja la Asociación Jóvenes del Tercer Mundo y que fueron presentadas en el foro *Infancia Interrumpida*, organizado por Fundación del Valle, de Honduras, en 2008. Para los miembros de esta Fundación, el 75% de estos jóvenes “se mantienen en la calle, ya sea para buscar el sustento de su familia, ya sea porque su familia no ofrece un entorno saludable que haga desear quedarse en casa (maltrato, abuso, consumo de sustancias, etcétera); y el otro 25% son habitantes de calle, que no tienen donde dormir. Esta situación va unida al consumo de sustancias psicoactivas, pues estos jóvenes, en su gran mayoría, tienen contacto con estas para disipar el hambre (como es el caso del consumo de pegamento para zapatos), sentir placer, facilitar la vida delictiva o para escapar de la realidad atemorizante en la que viven, lo que genera patrones de consumo que luego se configuran en trastornos por uso de sustancias.

La sociedad colombiana se ha visto afectada por un problema de violencia desde hace más de 50 años, el conflicto armado, el narcotráfico, la escasa presencia de entidades del Estado en algunos sitios de Colombia ha generado un gran fenómeno de desplazamiento forzado de población desde las áreas rurales hacia la ciudad, siendo Medellín una de las principales ciudades receptoras de familias campesinas que se enfrentan a situaciones para las cuales no se encuentran preparadas y que, en algunos casos, terminan en el fenómeno de niñez en situación de calle. A esto se suma el cambio de la estructura y la dinámica familiar, donde el madre-solterismo, el maltrato físico, psico-afectivo y el abandono contribuyen también a la creciente población de niñez en situación parcial o total de calle.

El fenómeno del consumo de alcohol y otras sustancias, y su impacto negativo sobre áreas fundamentales para el desarrollo humano y social en Colombia ha propiciado que se desarrolle una política pública que permita optimizar la distribución de los recursos (técnicos y financieros) y, de esta manera, maximizar el bienestar y garantizar el derecho de todos y todas a acceder a oportunidades para prevenir, mitigar y superar las condiciones y factores que hacen más dinámicos los riesgos y la vulnerabilidad frente al consumo de sustancias psicoactivas. La política nacional para la reducción del consumo de sustancias estructura su trabajo en tres ejes operativos: prevención, mitigación, y superación. En consecuencia, la finalidad última de la política es reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad.

El programa del Servicio Diagnóstico Dual de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia, HOMO, se encuentra enmarcado dentro del eje de superación de la política nacional para la reducción del uso de sustancias, el cual dice que “la superación busca aliviar el choque cuando ya se ha producido”. Este eje pretende ofrecer los medios que permitan afrontar adecuadamente la situación de consumo y transitar hacia la búsqueda de una salida o superación. Superar significa salir adelante y afrontar de la mejor manera una situación límite, echando mano de los recursos que estén disponibles.

Por lo anterior, la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Medellín, en convenio con el Hospital Mental de Antioquia, HOMO, crean el proyecto de intervención psico-social para afrontar el trastorno dual (adicción a sustancias y trastornos mentales) en niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental y trastornos psiquiátricos. Para ello, se pretende la formación, intervención y resocialización de los usuarios infantes, adolescentes y familias, desde una estructura pensada para tratar aspectos emocionales, conductuales, familiares, éticos, morales, laborales, sociales, de la salud y el aprendizaje.

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha aumentado el interés respecto a los temas de salud mental, a nivel mundial, nacional y regional, lo que se evidencia con la presencia de los estudios realizados en la última década y que han arrojado resultados que sustentan la importancia de implementar mecanismos de atención en los diferentes niveles del sistema de salud. Dentro de los resultados obtenidos en los estudios en salud mental, se encontró que el cuarto trastorno mental más frecuente a nivel nacional es el consumo de sustancias, con el 10,6%. A nivel regional, en la población adolescente escolarizada, para el año 2009, se encontró una tendencia al incremento de la prevalencia del consumo de sustancias ilegales y legales (Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012). Adicional a esto, se halló un aumento de la presencia de comorbilidad entre el consumo de sustancias y otras patologías como los trastornos de conducta, de ansiedad y de estado de ánimo, entre otros.

Las intervenciones multimodales han cobrado importancia en las últimas décadas, ya que buscan abordar las diferentes dimensiones de los individuos de acuerdo a las necesidades particulares, planteando como meta generar una mayor estabilidad en el paciente. Para alcanzar esto se requiere el trabajo conjunto de los diferentes profesionales del área de la salud mental.

Debido a la creciente población de NNA en situación de calle que presenta la comorbilidad del uso de sustancias más otro trastorno mental, presentamos este modelo como alternativa terapéutica que aborda multidisciplinariamente la patología dual con unos buenos resultados.

Es con base en lo planteado que se busca, a través del abordaje multimodal, realizar un trabajo interdisciplinar frente a una patología tan compleja y con una población con necesidades tan particulares, no sólo como pacientes que presentan diagnóstico dual, que es un síndrome que apenas se comienza a estudiar, sino que también se debe tener en cuenta que la población colombiana, y específicamente la de Medellín, presenta variables ambientales y sociales propias de la situación actual del país, la cual difiere de la que se presenta en muchos de los lugares en los que se han llevado a cabo este tipo de intervenciones. Este conjunto de características es lo que también podría incentivar el trabajo investigativo y la vinculación de la academia en el área de la salud mental, potenciando el trabajo interdisciplinar y la generación de conocimiento útil para el servicio y la sociedad. Este modelo de intervención no sólo es una opción viable de intervención, sino que también exige un mayor compromiso por parte de todas las áreas que intervienen en la salud mental y las especializadas en infancia y adolescencia.

OBJETIVO GENERAL

Estructurar una metodología de intervención clara y sistemática que facilite la adquisición de habilidades adaptativas que permitan un adecuado reintegro socio-familiar de los NNA usuarios del Servicio Diagnóstico Dual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- » Proveer al paciente de herramientas que le permitan alcanzar un adecuado nivel de autonomía.
- » Facilitar el desarrollo de vínculos saludables entre el paciente y su núcleo familiar.
- » Preparar al paciente para que logre un adecuado reintegro social.

REFERENTE TEÓRICO / METODOLOGÍA

Gracias a las investigaciones llevadas a cabo acerca de Patología dual, está claro que su enfoque terapéutico debe ser integrado, es decir, atender el trastorno por uso de sustancias, así como se debe trabajar el trastorno mental. Esta intervención debe considerar distintas estrategias de diversas disciplinas (psicoterapia, terapia familiar, técnicas motivacionales, terapia farmacológica), así como distintos modos de intervención (grupales, individuales, familiares, entre otros) para suplir todas las necesidades del paciente (Goti, Díaz, & Arango, C., 2014).

Algunas de las principales estrategias de intervención utilizadas para pacientes con patología dual expuestas en Goti, et al. (2014) son: las terapias de incremento motivacional, cognitivo-conductual, conductual, de intervención familiar y sistémica; intervención en grupo, tratamiento psicofarmacológico.

Enfoque Multimodal

La hiperactividad diagnosticada ha sido relacionada en forma importante con trastornos de conducta, entre ellos el trastorno disocial de la conducta, el trastorno oposicional desafiante y el consumo de sustancias. Las estrategias de intervención multimodales, que usualmente involucran a los padres y a los jóvenes, han demostrado ser más efectivas que las que son realizadas solo con los jóvenes.

En el Programa de Diagnóstico Dual de la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia, se utilizan aportes del enfoque multimodal, tratando al máximo de individualizar cada caso en particular. Cada NNA se aborda multidisciplinariamente, teniendo en cuenta que son seres únicos con características individuales que requieren de diversas modalidades terapéuticas para su atención y manejo. Las profesiones involucradas en el proceso son: psicología de adicciones, sexología, neuropsicología, psicología general, psiquiatría, nutrición y dietética, terapia familiar, pedagogía, terapia ocupacional, educación física, recreación y deportes, enfermería y medicina general; con el acompañamiento de la abogada defensora de los NNA, encargada del manejo legal del proceso de restablecimiento de derechos y de determinar la medida de protección.

El Enfoque Multimodal distingue siete modalidades de funcionamiento personal que denomina “B.A.S.I.C.CO.S” que representan, por orden, las siglas de: biológico (B), afectivo (A), sensorial (S), imaginación (I), cognición (C), conducta (CO) y relaciones sociales (S). La terapia multimodal evalúa en cada caso cada una de estas siete funciones y su interacción. Dependiendo del tipo de relación que se establece entre ellas y de su secuencia, se busca una estrategia de tratamiento a la medida.

Estructura terapéutica

Es una metodología de intervención estructurada, esto es, sistemática. Este modelo pretende ser una guía para dar un orden a seguir durante el proceso terapéutico de cada paciente, respetando su singularidad y las necesidades propias. Se encuentra conformada por las distintas disciplinas que confluyen y que acompañan el trabajo interdisciplinario del Diagnóstico Dual: enfermería, medicina, trabajo social, psicología, psiquiatría, nutrición, pedagogía, terapia ocupacional, educación física, neuropsicología, artes escénicas, plásticas y música.

La estructura terapéutica comprende cuatro fases que son:

- » Fase I: Tiene como objetivo general que el NNA se adapte al proceso terapéutico. Los objetivos específicos son: cumplir con las normas establecidas la mayor parte del tiempo; conocer, junto con la familia, el programa institucional y los componentes del modelo de atención; y establecer relaciones respetuosas con los miembros del personal y compañeros de grupo. Esta fase tiene una duración de un mes.
- » Fase II Deshabitación: Su objetivo general es que el NNA adquiera comportamientos funcionales básicos y socialmente ajustados, disminuyendo la aparición de comportamientos disfuncionales. Los objetivos específicos son: adquirir hábitos de autocuidado saludables, desarrollar habilidades que promuevan una interacción adecuada con pares, familiares y figuras de autoridad e identificar habilidades y necesidades que le permitan trazarse objetivos y metas encaminadas a un proyecto de vida. Esta fase tiene una duración de ocho meses.
- » Fase III Resocialización: Tiene como objetivo general que el NNA adquiera patrones de comportamiento complejo y adaptativo en el contexto familiar, social e interpersonal. Los objetivos específicos son: fortalecer el comportamiento socialmente hábil y la resolución de conflictos, establecer metas realistas a corto y/o mediano plazo y fortalecer factores de protección para la prevención de recaídas. Esta fase tiene una duración de ocho meses.
- » Fase IV Autonomía: Su objetivo general es que el NNA adquiera habilidades que le permitan prepararse para un reintegro socio-familiar, tomando como pasos necesarios la formación académica y pre-laboral y logrando generar procesos de auto-gestión. Sus objetivos específicos son: desarrollar habilidades para la vida en comunidad y sus principales problemáticas, fortalecer vínculos familiares saludables y plantear el proyecto de vida con metas a largo plazo. Esta fase tiene una duración de ocho meses.

Cada una de estas fases comprende, a su vez, un conjunto de tareas a implementar, para dar cumplimiento a los objetivos propuestos por la estructura.

Economía de puntos

La economía de puntos (o de fichas) es básicamente un sistema motivacional que intenta modificar conductas indeseadas, buscando una mejor adaptación al medio. Esto se logra reforzando las conductas deseadas o la ausencia de conductas indeseadas por medio de fichas o puntos que se intercambian por los

reforzadores deseados (Soler, Herrera, Buitrago & Barón, 2009). Esto quiere decir que su modo de intervenir el comportamiento se basa en el refuerzo positivo, lo cual lleva a una disminución significativa, y casi completa, de todo tipo de castigos o intervenciones coercitivas.

Los pioneros en este tipo de estrategias de modificación de conducta fueron Ayllon y Azrin, quienes, en 1974, dieron las recomendaciones extraídas de sus trabajos en economía de fichas (Soler et al., 2009). Estos autores llevaron a cabo sus trabajos en hospitales mentales con pacientes crónicos, a quienes intervinieron con este tipo de sistemas. Los resultados fueron altamente satisfactorios, ya que incluso les fue imposible estudiar algunas de las conductas sintomáticas debido a su desaparición al implementar el modelo.

A pesar de tratarse de un modelo de fácil implementación, se deben seguir varias recomendaciones para una óptima aplicación: se debe hacer un previo diagnóstico y análisis de las conductas cuya aparición se quiere disminuir, así como de las conductas que se quieren estimular. Posterior a esto, se deben establecer cuáles son los reforzadores por los cuales se podrán intercambiar los puntos o fichas en la economía; estos serán los motivadores para adherirse al sistema, por lo cual se deben elegir cuidadosamente y con ayuda de quienes *trabajarán* por ellos. Otro aspecto importante es la definición clara y operativa de los comportamientos que se reforzarán y se castigarán, indicando siempre sus características más detalladas; esto con el fin de no dejar lugar a la libre interpretación. La base sobre la que se apoya la economía de fichas es el refuerzo o el castigo contingente, es decir, la presentación del reforzador o del castigo inmediatamente después de la emisión de la conducta tipificada. Aunque la economía de fichas tiene muchas más *reglas* o recomendaciones, si se garantizan las anteriormente descritas, se estará asegurando lo más básico y necesario de este sistema.

El programa de economía de puntos actualmente está siendo implementado en las cuatro casas con las que consta el servicio, resaltando que cada una de ellas tiene cierto grado de autonomía, pues se deben tener en cuenta las necesidades y características de los pacientes en particular, para lo cual se cuenta con un equipo clínico conformado por las áreas de psicología, pedagogía y trabajo social, sobre los cuales recaen las decisiones que se tomen para el mantenimiento y la mejoría del programa dentro de cada casa. En general, las conductas a reforzar por medio del programa de economía de puntos son: autocuidado, cumplimiento de normas y tareas domésticas; y las conductas a castigar son: agresiones, conductas oposicionistas y desafiantes, evasión, hurtos y conductas sexuales inapropiadas.

CONCLUSIONES PARCIALES

Los resultados que se esperan obtener con esta metodología de intervención son que los NNA usuarios del programa creen una mayor adherencia al proceso terapéutico, lo que incrementará las posibilidades de un adecuado reintegro socio-familiar, así como la implicación de procesos más sistemáticos, rigurosos y con un mejor monitoreo, que permitan tanto al paciente como al equipo profesional conocer cómo evolucionan cada uno de los procesos de los NNA usuarios del programa. El hecho de que cada paciente pueda conocer cómo ha llevado a cabo su proceso, en qué punto se encuentra, los logros obtenidos y las metas a alcanzar, facilitará mayor motivación para el logro de cada uno de los objetivos previamente establecidos.

- » Al momento actual y teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, se han obtenido logros en los siguientes aspectos:
- » Nivelación académica, que incluye desde habilidades básicas de aprestamiento, clases de arte y teatro hasta clases magistrales de lecto-escritura y formación en básica primaria y secundaria. (Derecho restablecido).
- » Exposición de los pacientes a estímulos ansiógenos: para ello se realizan salidas pedagógicas y una fiesta llamada “rumba sana”, donde se expone a los NNA a música, baile y un ambiente de fiesta, para que pongan en práctica técnicas de afrontamiento.
- » Convenios interinstitucionales con el SENA y el INDER: Técnicos y profesionales en educación física, recreación y deportes realizan actividades lúdico-recreativas y deportivas a los NNA.
- » Respeto por las figuras de autoridad e introyección de las normas del servicio.
- » Mejora en hábitos de higiene y auto cuidado (alimentación, aseo personal).
- » Disminución de las agresiones físicas, equilibrando de una manera adecuada lo farmacológico y lo psicosocial.
- » Desintoxicación del consumo de sustancias y disminución de los deseos de fuga (generación de sentido de pertenencia por el proceso).
- » Restablecimiento del derecho a la salud por medio de la inclusión al sistema general de salud social y reingreso al sistema educativo.

- » Contacto con la mayoría de familias de origen de los pacientes, realización de talleres de familia y escuelas de padres, identificación de la mayoría de pacientes con respectivo diligenciamiento de documentación, entre otros.

REFERENCIAS

Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. (2012). The WHO World Mental Health Survey Consortium. Alcaldía de Medellín. Recuperado de <http://www.onsm.gov.co/images/stories/estudios/Estudio%20Salud%20Mental%20Medellin%202011.pdf>

Soler, F., Herrera, J. P., Buitrago, S. & Barón, L. (2009). Programa de economía de fichas en el hogar. *Diversitas. Perspectivas en psicología*, 5(2), 373-390.