

REPÚBLICA DEL ECUADOR



**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES
UNIVERSIDAD DE POSGRADO DEL ESTADO**

Trabajo de titulación para obtener la Maestría de Investigación en Políticas Públicas para la
Prevención Integral de Drogas

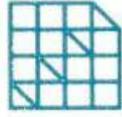
TESIS

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE PSICÓLOGOS SOBRE LA PREVENCIÓN
DEL CONSUMO DE DROGAS**

Autor: Aldo Toaza Patiño

Directora: Carla Álvarez Velasco

Quito, marzo de 2022



No.257 - 2022.

ACTA DE GRADO

En el Distrito Metropolitano de Quito, hoy 13 de mayo de 2022, **ALDO VICENTE TOAZA PATIÑO**, portador del número de cédula: 1723013411, **EGRESADO DE LA MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN INTEGRAL DE DROGAS (2017-2019)**, se presentó a la exposición y defensa oral de su tesis, con el tema "**REPRESENTACIONES SOCIALES DE PSICÓLOGOS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS**", dando así cumplimiento al requisito, previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN INTEGRAL DE DROGAS**.

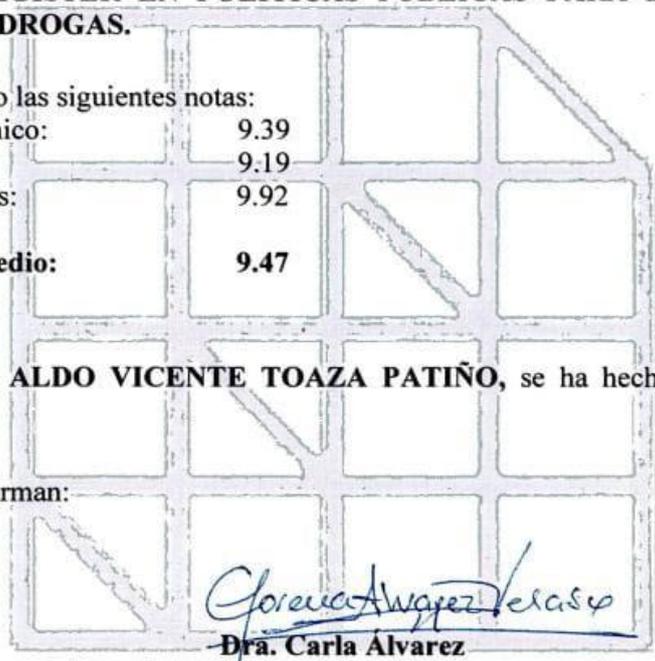
Habiendo obtenido las siguientes notas:

Promedio Académico:	9.39
Tesis Escrita:	9.19
Defensa Oral Tesis:	9.92

Nota Final Promedio: 9.47

En consecuencia, **ALDO VICENTE TOAZA PATIÑO**, se ha hecho acreedor al título mencionado.

Para constancia firman:



Carla Álvarez
Dra. Carla Álvarez
PRESIDENTA

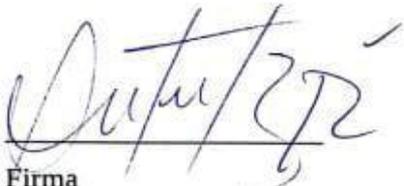
Roxana Arroyo
Dra. Roxana Arroyo
MIEMBRO

Johanna Espin
Dra. Johanna Espin
MIEMBRO

Juan Maldonado
Abg. Juan Maldonado.
DIRECTOR DE SECRETARÍA GENERAL

AUTORÍA

Yo, Aldo Vicente Toaza Patiño, máster, con CC 1723013411, declaro que las ideas, juicios, valoraciones, interpretaciones, consultas bibliográficas, definiciones y conceptualizaciones expuestas en el presente trabajo, así como los procedimientos y herramientas utilizadas en la investigación, son de absoluta responsabilidad del autor del trabajo de titulación. Asimismo, me acojo a los reglamentos internos de la universidad correspondientes a los temas de honestidad académica.



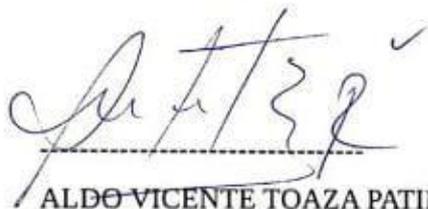
Firma

C.C. 1723013411

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Yo, Aldo Vicente Toaza Patiño, cedo al IAEN, los derechos de publicación de la presente obra por un plazo máximo de cinco años, sin que deba haber un reconocimiento económico por este concepto. Declaro además que el texto del presente trabajo de titulación no podrá ser cedido a ninguna empresa editorial para su publicación u otros fines, sin contar previamente con la autorización escrita de la universidad.

Quito, febrero de 2022.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Aldo Vicente Toaza Patiño', written over a horizontal dashed line. A small checkmark is visible at the end of the signature.

ALDO VICENTE TOAZA PATIÑO

CC: 1723013411

DEDICATORIA

A mi hija Emilia, el argumento de la utopía.

AGRADECIMIENTO

A mis tutoras de tesis, Dra. Carla Álvarez y Msc. Silvia Corella, por sus conocimientos y orientaciones letradas. Su persistencia y motivación han sido fundamentales para mi formación como investigador académico.

A mis padres Nanci y Rubén, por el apoyo incondicional a mis proyectos académicos y personales.

A mis hermanos, Elizabeth, Esteban, y de manera especial a Daniela, gracias por su ayuda durante el trayecto.

A las personas que participaron en la investigación, por su apertura y predisposición para compartir experiencias y conocimientos. Su generosidad hizo posible la publicación del este trabajo de investigación.

A mis compañeros de Maestría, por ser parte de la enriquecedora experiencia que representó este proceso de formación académica, que concluye con la publicación de esta tesis.

Resumen Ejecutivo

El consumo de drogas se percibe como uno de los principales problemas a resolver por los Estados, no solo por las consecuencias económicas y sociales que se le asocia, sino por la preocupación que el tema provoca en el ciudadano promedio. Dentro de los principales problemas a los que se le vincula se encuentran: adicción y otros trastornos psicosomáticos, violencia intrafamiliar y social, accidentabilidad y el aumento de la criminalidad e inseguridad. Este problema mundial, presente desde inicios del siglo XX, suele recurrir para su justificación, más que a datos objetivos de la realidad del fenómeno, a una determinada representación subjetiva basada en estereotipos.

Tradicionalmente se identifican dos líneas de intervención: una dirigida a la oferta y otra a la demanda de drogas. Ambas persiguen el mismo fin –la reducción del consumo– asentado en la concepción del consumo de drogas como inherentemente nocivo. Durante aproximadamente un siglo la *Guerra contra las Drogas* y el *Solo Di No* se confundieron, aunque en la práctica hayan sido presentadas como estrategias dirigidas a diferentes actores.

El desarrollo científico de la prevención del consumo de drogas ha sido fuertemente condicionado por este escenario social. La prohibición del consumo de drogas fundamenta saberes y justifica prácticas que refuerzan la intención de control disciplinario y normativo, apelando a la salud desde un enfoque biomédico.

Debido al fracaso de las acciones orientadas a la disminución del consumo desde finales de los años ochenta la Reducción de Riesgos y Daños (RRD) asociados al consumo de drogas ha venido ganando terreno como enfoque alternativo. Así, en la actualidad se identifican dos paradigmas dentro del campo de la prevención: uno que concibe al consumo como inherentemente nocivo y por ende exige la abstinencia y otro que considera al consumo como un comportamiento humano legítimo y cuyo objetivo es reducir los riesgos y daños derivados de este comportamiento. Cada uno se concreta en modelos de trabajo que implican determinados estereotipos y construyen ciertas representaciones sociales de las drogas y su consumo.

Ante los diferentes modos subjetivos de entender la prevención –que abarcan desde lo abiertamente punitivo hasta la gestión de los placeres asociados al consumo de drogas– se formula la hipótesis: las representaciones sociales de los psicólogos que laboran en Atención Primaria de la Salud se enmarcan en el paradigma de Prevención del Consumo, es decir, conciben al consumo como un riesgo a evitar *per se*, lo que limita el acceso y permanencia en los servicios de salud de las personas que consumen drogas, al ofrecer como única opción la abstinencia.

La Teoría de las Representaciones Sociales permite enlazar al sentido común empleado para los intercambios cotidianos con el conocimiento científico diseminado en un contexto sociocultural dado, en una relación causal circular y recursiva. Bajo este marco teórico el objetivo de la presente investigación es identificar las representaciones sociales de los psicólogos sobre la prevención del consumo de drogas, a fin de clasificarlas según el paradigma preventivo en el que se ubican.

La metodología seleccionada se sustenta en el concepto de análisis que elabora las ciencias sociales, e incorpora el análisis documental, el análisis de contenido y el análisis de información de los discursos de los participantes –psicólogos que laboran en los centros de salud del Distrito 6 del Ministerio de Salud Pública– obtenidos mediante entrevistas semiestructuradas.

Se concluye que el paradigma imperante es el de Prevención del Consumo, pues las representaciones sociales de los psicólogos se estructuran principalmente desde los modelos Médico-sanitario, Psicosocial, Ético-jurídico y Sociocultural. Es decir destacan las explicaciones biologicistas, la patologización del consumo de drogas –o el consumo como síntoma de malestar psíquico– la hipótesis de las fallas en el funcionamiento de la red sociofamiliar y la victimización del usuario.

Los resultados también sugieren la posibilidad de integrar la Reducción de Riesgos y Daños dentro de los servicios de Atención Primaria de Salud, con base en una representación de la prevención como una estrategia multinivel, que dota de continuidad e integralidad a los abordajes salubristas –prevención, tratamiento y rehabilitación. Incorporar a la RRD dentro de la prevención primaria desde un modelo de Derechos Humanos permitiría ampliar la oferta en los servicios de salud al ofrecer objetivos alternativos a la abstinencia, facilitando el acceso de personas históricamente estigmatizadas, al superar la falsa dicotomía entre «consumidores» y «no consumidores».

Palabras clave: Salud Pública, Prevención del consumo de drogas, Representaciones sociales, psicólogos.

Índice

Índice de cuadros, tablas y gráficos.....	10
Introducción.....	11
Antecedentes.....	16
Justificación.....	20
Planteamiento del problema.....	22
Estado del arte.....	25
Hipótesis.....	28
Objetivos.....	31
Referentes epistemológicos.....	32
Capítulo I: Representaciones sociales de la Prevención	
1.1. La Teoría de las Representaciones Sociales.....	35
1.2. La dimensión social de las representaciones.....	38
1.3. Estructura, formación y funcionamiento de las representaciones sociales.....	39
1.4. Representaciones sociales y consumo de drogas.....	42
1.4.1. <i>La Sociedad de Consumo</i>	42
1.4.2. <i>Estereotipos y consumo de drogas</i>	44
1.4.3. <i>Relaciones entre adicción y consumos problemáticos</i>	47
1.4.4. <i>Sujeto, sustancia y contexto</i>	48
1.4.5. <i>Consumos problemáticos de drogas</i>	53
1.5. Prevención.....	54
1.5.1. <i>Paradigmas de la prevención de los consumos de drogas</i>	57
1.5.2. <i>El marco prohibicionista</i>	58
1.5.3. <i>La prevención del consumo</i>	60
1.5.4. <i>La emergencia de la reducción de daños</i>	64
Capítulo II: La prevención dentro de la atención primaria en salud	
2.1. Panorama actual de los servicios de salud en el Ecuador: el Modelo de Atención Integral en Salud.....	69
2.2. Organización de los servicios de salud: el Distrito 6 dentro de la Red Pública de Salud.....	73
2.3. Práctica e intervención profesional.....	75
2.4. Interdisciplina.....	77

Capítulo III: Exploración de las representaciones sociales de la prevención del consumo de drogas en profesionales de la salud del Distrito 6 del MSP

3.1. Metodología.....	79
3.1.1. <i>Diseño metodológico</i>	80
3.1.2. <i>Población universo</i>	82
3.1.3. <i>Muestra</i>	85
3.1.4. <i>Instrumento</i>	87
3.2. Análisis de resultados.....	90
3.2.1. <i>Campo representacional de la prevención del consumo de drogas</i>	91
3.2.2. <i>Información de los psicólogos sobre prevención</i>	106
3.2.3. <i>Actitudes de los psicólogos hacia la prevención</i>	117
Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones	
4.1. Clasificación de las representaciones sociales de los psicólogos del Distrito 6 sobre la prevención del consumo de drogas	122
4.1. La Prevención del Consumo, el paradigma imperante.....	123
4.2. La Reducción de Riesgos y Daños como posibilidad de integración.....	125
Bibliografía.....	129
Anexo 1.....	135
Anexo 2.....	137

Índice de Cuadros, Tablas y Gráficos

Cuadro 1: Modelos de intervención enmarcados en el paradigma de prevención del consumo de drogas.....	62
Cuadro 2: Modelos de intervención «fronterizos» entre el paradigma de prevención del consumo y el paradigma de reducción de riesgos y daños.....	63
Cuadro 3: Modelos de intervención enmarcados en el paradigma de Reducción de Riesgos y Daños.....	68
Cuadro 4: Estructura del Guión utilizado para la realización de las entrevistas.....	88
Tabla 1: Datos sociodemográficos de la muestra poblacional.....	87
Tabla 2: Saberes de los psicólogos en torno a las drogas: Definición.....	92
Tabla 3: Saberes de los psicólogos: tipos de drogas.....	93
Tabla 4: Saberes de los psicólogos: efectos de las drogas.....	94
Tabla 5: Saberes de los psicólogos: riesgos asociados a las drogas.....	95
Tabla 6: Saberes de los psicólogos en torno a las drogas: imagen del consumidor.....	96
Tabla 7: Usos personales de drogas: disponibilidad.....	97
Tabla 8: Usos personales de drogas: descripción de la experiencia.....	98
Tabla 9: Usos personales de drogas: gestión de riesgos.....	98
Tabla 10: Uso de drogas en profesionales de la salud: drogas más consumidas.....	99
Tabla 11: Uso de drogas en profesionales de la salud: motivaciones.....	100
Tabla 12: Uso de drogas en profesionales de la salud: momentos de consumo.....	100
Tabla 13: Uso de drogas en profesionales de la salud: espacios de consumo.....	101
Tabla 14: Uso de drogas en profesionales de la salud: perspectiva de la sociedad.....	102
Tabla 15: Uso de drogas en profesionales de la salud: prohibicionismo.....	102
Tabla 16: Prevención del consumo: definición.....	108
Tabla 17: Prevención del consumo: acciones.....	109
Tabla 18: Prevención del consumo: alternativas.....	110
Tabla 19: Prevención del consumo: relación entre niveles, prevención y «tratamiento».....	111
Tabla 20: Reducción de riesgos y daños: definición.....	114
Tabla 21: Reducción de riesgos y daños: acciones.....	115
Tabla 22: Relación entre niveles, Reducción de Riesgos y Daños y «tratamiento».....	116
Tabla 23: Rol de la prevención en el sistema de salud.....	118
Tabla 24: Rol de la Reducción de Riesgos y Daños en el sistema de salud.....	121

Introducción

En marzo de 2020 el Ecuador declaró la emergencia sanitaria debido a la pandemia de COVID-19. La pandemia paralizó al mundo y se convirtió rápidamente en el centro de la cotidianidad. Además actualizó la discusión sobre la importancia de la salud como un bien colectivo, los sistemas universales de salud y el papel protagónico que juegan la Promoción y la Prevención en salud.

Entre las principales medidas preventivas dispuestas se enlista el distanciamiento físico –mediante el decreto de cuarentenas–, el uso obligatorio de mascarillas, la higiene frecuente de manos y –quizás la más relevante de todas– la vacunación. Vacunas desarrolladas en tiempo record, que representaron no solo un hito del progreso científico, sino la esperanza de una «salida definitiva» a la pandemia.

La importancia y proximidad de este hecho histórico puede hacer olvidar que, desde hace varios años, el mundo ya afrontaba otra «pandemia»: la del consumo de drogas. A partir de su declaratoria, las drogas se dividieron en dos: las drogas con potencial terapéutico –medicamentos– y aquellas «drogas de abuso», ancladas desde inicios del siglo XX y de manera casi indisociable al narcotráfico. Catalogado como un problema mundial que requería solución global, el consumo de drogas fue elevado a la categoría de «flagelo», y en el contexto del internacionalismo en ciernes se dispusieron varias medidas preventivas. Básicamente estas medidas se dividen en dos: las orientadas a la oferta y las orientadas a la demanda –aunque, como se desarrollará a lo largo del presente trabajo, a veces resulta difícil separarlas de manera clara.

Las Naciones Unidas¹, preocupadas por “la salud física y moral de la humanidad” identificaron al consumo de drogas como “un mal grave para el individuo que entraña un peligro social y económico para la humanidad”, y en consecuencia, se atribuyeron la “obligación de prevenir y combatir ese mal”. La prevención dirigida a la oferta se sustentó en el uso de fuerzas policiales y militares para criminalizar y perseguir el consumo. La prevención orientada a la demanda de drogas solo admitía un objetivo: su reducción. Existía un consenso internacional, el consumo de drogas representaba «el mal», y en consecuencia, los únicos objetivos admisibles eran erradicarlo o disminuirlo. Sobre todo cuando a partir de los años ochenta se empieza a asociar al consumo de drogas principalmente con los más jóvenes.

Aparece así la que sería presentada como la «salida definitiva» al problema mundial de

¹ Convención única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 de modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

las drogas, la campaña *Just Say No* impulsada por la primera dama estadounidense Nancy Reagan en los años ochenta. La «vacuna» para el consumo de drogas. Esta campaña representa un referente en materia de prevención, pues las principales estrategias preventivas son subsidiarias de este enfoque, incluso hasta la actualidad.

Esta es una de las ideas seminales de la presente investigación. ¿Por qué cuando se habla de consumo de drogas los únicos objetivos posibles son su erradicación o reducción? ¿Es posible pensar objetivos distintos? La noción de «prohibicionismo de la palabra», introducida por Rollo y Samorini (1999) –retomada luego por Rovira e Hidalgo (2003) para la descripción de los paradigmas preventivos– influyó poderosamente esta investigación, al interpretarla como aquella prohibición que parte del objeto para extenderse hacia lo se dice sobre el objeto, cómo se lo piensa y representa. Parecería ser que, si queremos asumir una postura salubrista, la única opción para hablar de consumo de drogas es a través de la Prevención².

El interés del presente trabajo consiste en explorar como es representada la prevención del consumo de drogas por un grupo social clave: los profesionales de la salud. Concretamente interesa conocer si la prevención del consumo de drogas continúa emparentada con esta metáfora de «inmunización» o si, como se esperaría, se ha actualizado en paralelo con los aportes provenientes de la investigación científica. Por ejemplo, mediante la asunción de la Reducción de Riesgos y Daños, surgida pocos años después dentro del contexto prohibicionista.

El enfoque que se asume es el de Salud Pública y por tanto esta será la línea que dirija la investigación, tanto para la elección de los participantes, la metodología, el marco teórico y, por supuesto, el tema.

Para la participación en este estudio se seleccionó a un grupo particular de profesionales de la salud, pues aunque es cierto que en los últimos años las estrategias de seguridad buscaron legitimidad en los discursos científicistas, provenientes principalmente del campo de la biología y la salud, no es menos cierto que ante la fragmentación existente entre la salud física y la «salud mental», son los psicólogos quienes están mayormente en contacto con los problemas relacionados a las drogas. Se consideró así a los psicólogos como aquellos sujetos sociales ubicados en una posición preferente para informar sobre las representaciones de la prevención. Esto no significa que otros profesionales de la salud no puedan aportar

² El programa de estudios dentro del que se desarrolla la presente investigación oficialmente se denomina Maestría en Políticas Públicas para la Prevención Integral de Drogas, lo que en más de una ocasión condujo a la reflexión de los estudiantes sobre si era más acertado denominarlo únicamente «Maestría en Políticas Públicas de Drogas». Seguramente este detalle superficial admite varias interpretaciones, la que aquí se elige es aquella que sugiere la casi imposibilidad de hablar «correctamente» sobre el consumo de drogas si no es desde el prisma de la «prevención».

información relevante respecto al objetivo de la investigación, sobre todo si hablamos de prevención secundaria –comúnmente llamada tratamiento– y terciaria –rehabilitación. El presente trabajo asume a los profesionales de la salud como un conjunto y al psicólogo como parte del equipo interdisciplinario, estratégicamente posicionado para informar sobre dicho conjunto.

Al referirse a la Prevención del consumo de drogas como objeto de estudio se la entiende como una estrategia multinivel ubicada en el terreno de la Salud Pública. Es decir, bajo el título de «prevención» se busca englobar todos aquellos abordajes salubristas orientados a un problema colectivo, intentando superar la distinción –en muchos casos artificiosa–, entre prevención, tratamiento y rehabilitación. Sin embargo, y a tratarse de psicólogos que se desempeñan en el primer nivel de atención de salud –centros de salud del Distrito 6 del Ministerio de Salud Pública (MSP)–, la información aludirá mayormente a la prevención primaria y, en menor medida, a la secundaria.

La decisión de considerar a todas las intervenciones salubristas como diferentes niveles de Prevención se justifica en la influencia que los paradigmas de Prevención del Consumo y Reducción de Riesgos y Daños tienen no solo en la prevención primaria del consumo de drogas, sino en el «tratamiento» y «la rehabilitación». Estos paradigmas se convierten así en una forma particular de dotar de sentido a todos los servicios de salud disponibles, orientando las acciones fuera y dentro del «consultorio».

La distinción entre prevención y tratamiento, como se verá en adelante, constituye una de las varias contradicciones e imprecisiones que atraviesan al consumo de drogas, en tanto problema de salud pública. Problema que para su justificación parecería referir, más que a datos objetivos de la realidad del fenómeno, a una determinada percepción basada en concepciones estereotipadas. Es decir, ¿cuándo termina la prevención y empieza el tratamiento? La respuesta sencilla sería «cuando el problema ya se ha instalado». Pero, ¿a qué problema se refiere esta aseveración? ¿Al consumo de drogas? ¿A la «adicción»? ¿Al «abuso» de drogas? Intentar contestar estas preguntas nos conduce a otras, ¿dónde se encuentra el límite entre el uso y el abuso? ¿Existe diferencia entre el uso y el consumo de drogas, dentro de una sociedad que podría ser definida casi completamente a partir del consumo de variados objetos y servicios?

Preguntar sobre estas cuestiones, que podrían darse por sentado o resultar «obvias», forma parte del compromiso con la postura epistemológica que se asume, con la Reflexividad entendida como apertura permanente a la revisión de los contenidos presentados como «verdaderos».

No se desconoce que la distinción entre uso y consumo de drogas puede en muchas ocasiones representar una opción despatologizante de abordar el tema de las drogas desde la performatividad del lenguaje. En muchas ocasiones la categoría «uso» representa una ruta de escape para las personas relacionadas con las drogas –y sus riesgos, daños y placeres–, pero que no se ven a sí mismas como «consumidoras», ya sea por la carga simbólica que contiene el término, o porque, en la práctica, no describe con exactitud ciertos patrones de relación sujeto-droga-contexto. Por ejemplo, el uso de drogas en contextos rituales o espirituales, o el autocultivo de marihuana para fines recreativo-medicinales.

No obstante, y para efectos de este trabajo, usaremos los términos uso, consumo o «abuso» de manera indistinta, pues al asumir a las representaciones sociales como medio –y en cierta medida, un fin en sí mismo– para acceder al objeto de estudio asumimos también una postura sociológica, en donde la relación entre sujetos y objetos, salvo excepciones puntuales, puede ser explicada mediante el consumismo.

Esto no contraría el compromiso explícito de esta investigación con nuevas formas de relacionarse con las drogas, pues precisamente el trabajo que nos ocupa busca abrir posibilidades para la inclusión de la reducción de riesgos y daños dentro de la prevención primaria-universal, no limitada exclusivamente al campo del tratamiento en el sentido tradicional. Investigar al respecto contribuirá a describir dónde nos encontramos, hacia dónde queremos ir y cuáles son los caminos posibles de transitar.

Las cuestiones tratadas en esta exposición introductoria serán profundizadas en las próximas secciones, de conformidad con el siguiente detalle:

El capítulo introductorio reseña la política internacional de drogas a manera de antecedentes, justifica la realización del presente trabajo investigativo y ofrece una síntesis del estado actual de la investigación en materia de abordajes salubristas del consumo de drogas. Además extiende el planteamiento del problema de investigación aquí delineado, propone una hipótesis de investigación, concreta los objetivos y plantea los referentes epistemológicos de los que se parte.

El capítulo I enmarca teóricamente la investigación desde la Teoría de las Representaciones Sociales y la Prevención del consumo de drogas, aquí se clarifican conceptos, se encararan las discusiones, contradicciones e imprecisiones pasadas y actuales y se definen las categorías que luego servirán para el acercamiento del objeto de estudio.

El capítulo II describe el Sistema Nacional de Salud desde un modelo de Atención Integral, Familiar y Comunitario. Caracteriza al lugar en el que se lleva a cabo la investigación, el territorio donde se localiza la investigación: el Distrito 6 del MSP.

En el capítulo III se exploran las representaciones sociales de los psicólogos sobre la prevención del consumo de drogas, para esto contempla dos apartados: el primero enfocado en describir la metodología empleada, el universo poblacional y la muestra seleccionada: psicólogos que laboran en los centros del Distrito 6 del MSP; el segundo analiza los resultados obtenidos en esta población mediante la metodología descrita.

El capítulo IV retoma la discusión teórica iniciada en el capítulo I para clasificar las representaciones sociales de los participantes según el paradigma preventivo en el que se enmarcan, expone las principales conclusiones construidas a partir de este ejercicio y ofrece simultáneamente recomendaciones para avanzar en la dirección trazada.

Antecedentes

Las políticas públicas de prevención del consumo de drogas han oscilado históricamente entre los terrenos de la seguridad pública, la justicia penal y las políticas de salud. Como consecuencia el usuario de drogas recibe tratamientos contradictorios siendo tratado a veces como paciente, a veces como criminal. Ambas formas provocan estigmatización y contribuyen a mantenerlos en la clandestinidad, limitando la comprensión del fenómeno (Giardini, Gandolfo, Abreu, Vilela y Oliveira, 2015, pp. 70-71).

El control de determinadas drogas es uno de los asuntos más antiguos de la agenda internacional y, en cierto modo, una de las primeras cuestiones en ser objeto de tratamiento multilateral en un contexto de incipiente internacionalismo. Sus inicios se remontan a 1909, cuando las principales potencias del sistema internacional del momento se reunieron en la Comisión de Opio de Shanghai para tratar de gestionar el comercio y el consumo de opio en Asia. Este período resulta relativamente breve si se compara con la larga historia de producción y consumo de sustancias psicoactivas en todas las sociedades y en todas las épocas con diversas finalidades médicas, rituales o recreativas (Sánchez, 2014, p. 123).

Las recomendaciones no vinculantes resultantes de dicha Comisión sentaron la base para el comienzo de la homogeneización de las políticas de control de drogas a escala mundial. En 1912, con la firma de la primera convención multilateral vinculante, se da inicio a un sistema de control cada vez más sofisticado con la firma de sucesivos tratados internacionales, gestionado por la Sociedad de Naciones y, tras la Segunda Guerra Mundial, pasaría a formar parte del sistema de Naciones Unidas. La Convención Internacional del Opio de 1912 fue así el primer tratado multilateral relativo al control de la producción, comercio y consumo de sustancias psicoactivas. Esta fecha es considerada como el inicio del consenso internacional respecto al llamado «problema» mundial de las drogas, y de la adopción de una serie de tratados internacionales que, bajo la supervisión de un conjunto de organismos intergubernamentales, limitarían la producción, el comercio y el consumo de ciertas sustancias psicoactivas exclusivamente a fines médicos y científicos (Sánchez, 2014, p.124).

Resultado de este proceso, que ha durado más de un siglo, el régimen internacional de control de drogas vigente en la actualidad se compone de tres convenciones internacionales: la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. Junto con estos tres tratados multilaterales, una serie de órganos de control en el seno de las Naciones Unidas

se encargan de la formulación de la política internacional de control de drogas, de la supervisión del cumplimiento por parte de los Estados y de proporcionarles asistencia: la Comisión de Estupefacientes, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y la Organización Mundial de la Salud (OMS), a quien corresponde una función auxiliar, de la mano del Comité de Expertos en Farmacodependencia (Sánchez, 2014, p.125).

Por supuesto existen otros intereses involucrados en el tema del consumo de drogas, que son de orden moral, político, ideológico y económico, que muchas veces se imponen sobre los argumentos científicos, de derechos humanos y salud pública. Desde dicha perspectiva, históricamente el modelo político asumido por los gobiernos latinoamericanos, estuvo influenciado por el prohibicionismo norteamericano que dictó los acuerdos internacionales, cuyo énfasis recae en la criminalización, la psiquiatrización y la exclusión de los individuos consumidores de drogas (Giardini et al., 2015, p. 71).

El Ecuador, desde los orígenes de la legislación sobre drogas, ha contado con ocho leyes orientadas al control de determinadas sustancias psicoactivas, emitidas entre 1916 y 2015 (Paladines, 2016, p. 9). En su recorrido histórico, la legislación ecuatoriana en materia de drogas se ha caracterizado por un inicio principalmente salubrista, sucedido por el endurecimiento de un enfoque punitivo, una reforma a dicho paradigma represivo y, finalmente, una contrarreforma que plantea el retorno a las políticas de «mano dura». (Edwards, 2010; Paladines, 2016; Álvarez, 2019).

El punto de inflexión habitualmente señalado para la consolidación del paradigma represivo es la promulgación de la Ley 108 en 1990, “una de las normativas más severas e irracionales de toda América Latina” (Álvarez, 2019, p. 9), debido a las desproporcionadas condenas estipuladas para los consumidores o traficantes en mínima escala. La mencionada ley, orientada principalmente a la reducción de la oferta, generó limitantes para las instituciones destinadas al trabajo en materia de drogas, debido al estrecho margen de acción que la Ley108 proporcionaba para implementar iniciativas más progresistas. Así, las actividades de prevención del consumo de drogas fueron las menos atendidas (Álvarez, 2019, p. 11).

El marco legal descrito, junto con los convenios de cooperación antidrogas entre Ecuador y EE. UU., generaron una auténtica guerra, no contra las drogas, sino contra las personas, especialmente las más vulnerables. Para Edwards (2010, pp. 52-57), dentro de este escenario, diversos fenómenos tuvieron lugar, como encarcelamientos que contradecían los derechos y garantías del debido proceso establecidos en la Constitución, que criminalizaron a los consumidores de drogas. Los recursos del sector judicial se enfocaban a delitos

relacionados con drogas –que habían disminuido– mientras amenazas más plausibles contra la seguridad ciudadana, como los delitos contra la propiedad y las personas, eran desatendidos por las cortes –a pesar de su incremento. Violaciones a los derechos humanos de los prisioneros, asociadas al hacinamiento, corrupción, falta de higiene, alimentación adecuada y cuidados médicos como una constante en los establecimientos penitenciarios. Asimismo, el análisis de la condición socioeconómica y género de la población carcelaria evidencia una clara criminalización de las personas pobres y las mujeres, poniendo en evidencia amenazas sociales más verosímiles que el consumo de drogas, y que han recibido notablemente menos atención.

Como se puede observar la Guerra contra las Drogas ha intentado justificar sus cuestionables métodos en la asunción de que «las drogas» son una amenaza inherente lo que, después de un corto análisis, no logra justificarse. Como ha señalado Wendt (2005, p. 7), “un principio fundamental de la teoría social constructivista es que la gente se relaciona con los objetos, incluyendo otros actores, según el significado que estos objetos tienen para ellos”. En este caso, la identidad amenazante asignada a las drogas ha sido socialmente construida bajo presiones específicas del contexto sociopolítico internacional en torno al tema. En contraste, la identidad de EE. UU., como centro del poder militar universal y, por ende, el llamado a «declarar la guerra» define unos intereses y una agenda específica que tienden a autovalidarse (Leal, 2003, pp. 75, 85). Las implicaciones de este fenómeno a nivel internacional pueden verse representadas en el excesivo simplismo en el abordaje de problemas sociales complejos en la región latinoamericana, tales como el narcotráfico y el consumo de drogas, pretendiendo la justificación de acciones coercitivas desde una lógica militar dicotómica, fundamentada en el contraste “amigo-enemigo” (Leal, 2003, pp. 84).

Sin embargo, a partir de 2008, en Ecuador tuvieron lugar una serie de reformas legales que permitieron la despenalización del consumo de drogas y la racionalización de las penas, distinguiendo entre diferentes tipos de participación en los delitos relacionados con drogas, y entre estos últimos y los delitos violentos. Dichas reformas consistieron, básicamente, en la modificación de marcos legales como la Constitución y el Código Integral Penal, que abrieron posibilidades de participación para actores, oficiales y de la sociedad civil, comprometidos con los derechos humanos. Así, instituciones como el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas –entre los primeros– y los colectivos pro legalización y pro despenalización del consumo –entre los segundos– asumieron posturas favorables hacia la perspectiva de reducción de daños y ejercieron presión para la efectivización de las reformas, respectivamente (Álvarez, 2014, pp. 7, 11).

Para Álvarez (2014, pp. 2, 6), fueron precisamente estas particularidades en el contexto

las que prefigurarían el posterior desarrollo de la contrarreforma en materia de drogas, pues la mayoría de cambios se produjo de arriba hacia abajo y, aunque contaron con la participación de un segmento de la sociedad civil, dejaron al margen el debate público ampliado. Esta situación generó que, al no existir una real reflexión y debate –tanto a nivel oficial como civil– del tema, muchas de las oportunidades abiertas por la voluntad política del momento se cerraran en cuanto las condiciones cambiaron, situación evidenciable en el retorno a la política de «mano dura» en 2014, impulsada por el entonces presidente Rafael Correa, quien inicialmente encabezara la reforma en materia de política de drogas.

De manera simultánea en Latinoamérica, desde 2007, ha tenido lugar un interesante proceso de desarrollo caracterizado por la reaparición de la Atención Primaria en Salud (APS) como eje central de los sistemas de salud de la región. Desde que la OMS inició su promoción –antes de 1978– hasta la actualidad, la APS ha pasado de ser considerada como un programa, objetivo o conjunto estipulado de servicios de salud, a una propuesta centrada en el sistema de salud en su conjunto; mediante la distinción de valores, principios y elementos, que enfatizan la importancia de la equidad y la solidaridad. Este proceso de renovación tiene como meta alcanzar una mejora de la salud sostenible para todos, por medio de reformas que canalicen los recursos de la sociedad hacia una situación de mayor calidad y sin exclusión, servicios de salud centrados en las necesidades y expectativas de la población y políticas públicas que garanticen la salud de las comunidades. Contar con un sistema de APS renovado implica, entonces, abordar las causas fundamentales de los problemas de salud y considerar a la salud como un derecho humano (Giraldo y Vélez, 2013, p. 385, 386).

Justificación

Se han realizado importantes avances en las políticas públicas de prevención del consumo de drogas mediante cambios en los marcos legales y técnicos, no obstante, la mayoría de ellos no se han traducido aún en prácticas cotidianas que permitan nuevas formas de representar socialmente la prevención. Esto es evidente en el contexto de la Atención Primaria en Salud (APS), donde el abordaje del consumo de drogas adquiere el potencial para constituir un caso referente, que permita concretar los anhelos de renovación de los sistemas sanitarios desde un enfoque centrado en la prevención y promoción de la salud.

Al hablar de consumo de drogas y APS es importante no reproducir el equívoco de pensar a la salud como la ausencia de enfermedad o el acceso a atención médica. Desde una perspectiva amplia la salud, en tanto derecho humano, toca todos los aspectos de la vida. Desde la difundida definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) –«estado de completo bienestar físico, mental y social»– a la actualidad, se ha ido incorporando progresivamente otros elementos, como la «funcionalidad» o su carácter continuo y dinámico a lo largo del tiempo, convirtiéndola en un fenómeno multidimensional. Así el derecho humano a la salud, en su interdependencia, representa el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud (Cruz Roja Española y Prosalus, 2014, pp. 10, 11).

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagra el derecho a la salud en los siguientes términos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; (...)” (Cruz Roja Española y Prosalus, 2014, p. 10). El artículo 364 de la Constitución del Ecuador enmarca al fenómeno de las drogas dentro del campo de la salud pública, enfatizando la responsabilidad del Estado en la coordinación de programas preventivos, de control y tratamiento del consumo de drogas; prohibiendo cualquier forma de criminalización del consumo. El Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas señala como Política Nacional de Drogas el enfrentar al fenómeno socio económico de las drogas, a través de estrategias de prevención integral, control y reducción de la oferta; con un enfoque de salud pública y de derechos humanos a nivel individual, comunitario-familiar y social.

Es importante remarcar también que el consumo de drogas no es sinónimo de dependencia o adicción. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sólo

una minoría de todas las personas que consumen drogas desarrollan patrones de dependencia que requieren una intervención con tratamiento. A nivel mundial esto equivale a una cifra que, según la ONU, oscila entre los 15 y los 39 millones de un total de 210 millones de personas que consumen drogas (Consortio Internacional sobre Política de Drogas CIPD, 2012, p. 93). Esto implica que la mayoría de personas que consumen drogas, de ser el caso, precisarán la disponibilidad de otros abordajes fuera del tratamiento, en el sentido habitual del término. De ahí la importancia de reflexionar acerca de las representaciones en torno al consumo de drogas en la APS desde un enfoque que priorice el mantenimiento de la salud a la recuperación ante la enfermedad.

Finalmente, y según la investigación realizada por Alexandra Giraldo y Consuelo Vélez (2014, pp. 387, 389), dentro de los principales desafíos de los sistemas de salud de la Región Andina frente a la renovación de la APS se encuentran, entre otros, el reducir las inequidades en salud, proponer una política de formación y desarrollo del talento humano y mejorar la calidad de la atención. A nivel nacional, dentro del estudio realizado por las mismas autoras, se destaca como principal desafío la concepción de un modelo de atención no centrado en la curación, posicionando a la promoción de la salud y las actividades de prevención de la enfermedad como protagonistas.

Planteamiento del Problema

El consumo de drogas se percibe como uno de los principales problemas a resolver por los Estados, no solo por las consecuencias económicas y sociales que se le asocia, sino por la preocupación que el tema provoca en el ciudadano promedio. Dentro de los principales problemas asociados al consumo de drogas se suelen señalar: adicción y otros trastornos psicosomáticos, violencia intrafamiliar y social, accidentabilidad y el aumento de la criminalidad e inseguridad.

Tradicionalmente se identifican dos abordajes del consumo de drogas, uno orientado a la oferta y otro a la demanda de las drogas. El que mayor énfasis ha recibido es el orientado a la oferta, asentado principalmente en estrategias legales-punitivas, que han permeado también a los abordajes orientados a la demanda, constituyendo la denominada la criminalización de los consumidores (Edwards, 2010, pp. 52-54), dando lugar al paradigma de Prevención del Consumo, aquel que concibe a las drogas como inherentemente perjudiciales y, por ende, su objetivo es suprimir el consumo.

En la práctica las intervenciones dirigidas a la reducción de la disponibilidad de las drogas no han resultado efectivas. El alcohol y el cigarrillo continúan siendo de fácil acceso para todos los públicos, debido a su condición de legalidad y a pesar de las restricciones de venta para menores de edad. Drogas como la marihuana y la pasta base de cocaína no han modificado mayormente sus precios en los últimos años, la prevalencia de su consumo ha aumentado y las edades de inicio han disminuido (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC, 2019), a pesar del prohibicionismo imperante que ha movilizado ingentes recursos policiales, militares y judiciales. Ante la imposibilidad de erradicar las drogas del entramado social, y dadas las consecuencias negativas derivadas de dicho empeño –como la ya mencionada criminalización del consumidor y la consecuente saturación de los sistemas judiciales y carcelarios– se hace imperiosa la necesidad de abordajes alternativos.

En los últimos años se ha enfatizado en la reorientación del abordaje del consumo de drogas hacia el enfoque de salud en el Ecuador y el mundo, es decir, concebir al consumo de drogas más que como un delito o una «falla de carácter» como un problema de salud pública; en concordancia, se han fortalecido los sistemas de atención en salud y la formación de los profesionales que trabajan con personas que consumen drogas, mediante el levantamiento de toda una infraestructura de la ciencia de la adicción, que crece año a año (Babor et al. 2017). Esto ha propiciado el apareamiento de paradigmas alternativos de prevención, como el de Reducción de Riesgos y Daños asociados al consumo de drogas, cuyo foco no es evitar el

consumo, sino evitar o atenuar sus posibles efectos nocivos (Martínez y Pallares, 2013).

Desde 2007, con la reaparición de la estrategia de Atención Primaria en Salud como eje central de los sistemas de salud de América Latina, se han establecido objetivos encaminados a la reorientación de los servicios, de un enfoque curativo a uno de Promoción. Actualmente, este es considerado uno de los principales desafíos de los sistemas de salud a nivel nacional e internacional (Giraldo y Vélez, 2013), debido a motivos económicos –en general la promoción y la prevención suelen resultar menos costosas– y sociopolíticos –primacía del enfoque de derechos e integralidad en las sociedades actuales.

En Ecuador, a partir de 2008, se han realizado avances importantes en la implementación del enfoque de salud pública para abordar los problemas derivados del consumo de drogas, mediante la creación de la Red de Salud Mental Comunitaria y la implementación de Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas y Servicios de atención Ambulatoria Intensiva para personas que presentan trastornos mentales graves y/o consumo problemático de sustancias. El Ministerio de Salud Pública (MSP) señala la existencia de al menos 18 documentos, entre normativas, protocolos y lineamientos en materia de salud mental comunitaria. De ellos, siete se refieren específicamente al consumo de alcohol y otras drogas³.

En este contexto, el interés por la presente investigación parte del compromiso con el desarrollo de la salud pública como perspectiva para la investigación y la formación profesional, además de los modos subjetivos de entender la prevención del consumo de drogas. El interés radica en identificar las ideas de prevención –en tanto concepto nuclear de la salud pública– en las prácticas de las instituciones de salud ecuatorianas. La idea para esta investigación se arraiga en un interés científico y además en una preocupación política, respecto a cómo utilizar los conceptos de salud pública para transformar y mejorar el sistema sanitario existente.

Con base en lo expuesto, el problema identificado es la multiplicidad de conceptos de prevención circulantes, según el paradigma desde el que trabajan los profesionales de la salud. Así, estos pueden abarcar desde lo abiertamente punitivo hasta la reducción de los riesgos y daños asociados al consumo de drogas –e incluso la gestión de los placeres concomitantes. El interés radica en identificar las representaciones sociales de dichos profesionales, entendidas estas como formas de conocimiento práctico en las sociedades contemporáneas, que circulan en los intercambios de la vida cotidiana; la adaptación de conceptos e ideas abstractas –como

³ Información obtenida del portal web oficial del MSP <https://www.salud.gob.ec/normativa-protocolos-y-lineamientos-en-salud-mental/>

los producidos por la ciencia– a la sociedad, mediante la formación de conductas y la orientación de las interacciones sociales (Villarroel, 2007).

En síntesis, la pregunta de investigación que dirige el presente trabajo investigativo es ¿Cuáles son las representaciones sociales de los psicólogos del Distrito 6 del MSP sobre la prevención del consumo de drogas?

Estado del Arte

Las investigaciones respecto al abordaje salubrista del consumo de drogas se han enfocado principalmente en la descripción de la infraestructura global que respalda la ciencia de la adicción y las oportunidades profesionales disponibles para los científicos, la eficacia de las intervenciones en consumo problemático de alcohol y otras drogas, el rol de la profesión psicológica en la promoción de la salud y la prevención de adicciones, y en menor medida las técnicas terapéuticas y los procesos de subjetivación implicados en los tratamientos, es decir, la constitución del sujeto dentro de dicha atención en salud.

Así mencionamos el artículo de revisión realizado por Parawita Ayu, Schellekens, Iskandar, Pinxten y De Jong en 2015, sobre la efectividad y organización de la formación en medicina de las adicciones en el mundo, que tuvo por objetivos resumir las publicaciones científicas que describen el contenido de los planes de estudio de la medicina de adicciones y evaluar la evidencia de eficacia para la formación en medicina de adicciones. Mediante la búsqueda bibliográfica de artículos sobre iniciativas de capacitación en medicina de adicciones en todo el mundo, utilizando PubMed, PsychINFO y EMBASE, se evidenció la existencia de 29 artículos sobre planes de estudio de medicina de adicciones en varios niveles académicos. Nueve estudios informaron sobre la necesidad de capacitación en medicina de adicciones, nueve describieron planes de estudios de medicina de adicciones en varios niveles académicos y 11 describieron la eficacia en los planes de estudios de medicina de adicciones. Como se puede observar esta investigación se centró exclusivamente en personal médico, no se enfocó específicamente en los conceptos de salud, promoción y prevención, sino que se investiga de forma global la existencia o no de contenidos referentes a adicciones para personal y estudiantes del área médica.

Se destaca también la investigación desarrollada por Babor et al. (2017), cuyo objetivo fue describir la infraestructura global que respalda la ciencia de la adicción y las oportunidades profesionales disponibles para los científicos en adicción. La evaluación contempló dos perspectivas: (a) capacidad para producir conocimientos básicos sobre las causas de la adicción y los mecanismos por los cuales las sustancias psicoactivas afectan la salud y el bienestar y (b) su capacidad para abordar problemas relacionados con sustancias en todo el mundo tanto a nivel individual como poblacional. Mediante metodología cuantitativa se concluyó que en los últimos 50 años ha existido un crecimiento espectacular en la demanda y la producción de ciencia de la adicción, tanto a nivel mundial como en países específicos. La ciencia de las adicciones ha evolucionado hasta convertirse en parte de un campo académico especializado,

con sus propios programas de formación, organizaciones profesionales, centros de investigación, financiación mecanismos y canales de comunicación. Se dedica tanto a la búsqueda de conocimientos básicos sobre la adicción como a la aplicación de esos conocimientos a las actividades de tratamiento y prevención. Al integrarse con el establecimiento biomédico de la posguerra –particularmente la psiquiatría–, el campo de la adicción experimentó un crecimiento fenomenal. Ese crecimiento se ha caracterizado por las siguientes megatendencias: (a) la aparición de mecanismos de financiamiento públicos y privados para apoyar el tratamiento, la prevención, y programas de investigación; (b) desarrollo de una base institucional compuesta por centros de investigación, instalaciones clínicas especializadas y estructuras organizativas relacionadas; (c) el crecimiento de sociedades profesionales para dar al campo un sentido de identidad y propósito; y d) la rápida expansión de los medios de comunicación científica y las oportunidades de publicación para facilitar el intercambio y la difusión de información.

En 2011 Pacic-Turk y Boskovic estudiaron el papel de los psicólogos y la profesión psicológica en la promoción de la salud y la prevención de adicciones, con el objetivo de mostrar las orientaciones para la promoción de la salud relacionadas con la prevención y el control de la adicción y el abuso de drogas en la teoría y la práctica en la profesión sanitaria, con énfasis en el papel de los psicólogos. A través del análisis estadístico de pacientes tratados por adicción en las instituciones de salud en la República de Croacia de 2000 a 2007, concluyeron que existe un número creciente de personas tratadas por adicción, reducción del límite de edad para la ingesta de la primera droga, así como un período medio demasiado largo desde la primer ingreso a la primera visita para recibir tratamiento o comenzar terapia. La necesidad de prevenir la adicción ha sido determinada por el alcance de su incidencia. Los estudios modernos sobre la adicción indican dos niveles de intervenciones preventivas: prevención general o psicosocial y prevención de recaídas o reincidencias. Los desarrollos recientes se basan en la importancia del reconocimiento del contexto social y este es el enfoque actualmente denominado modelo ecológico. Considerando que los psicólogos, como expertos en el campo de la protección de la salud mental, se desempeñan en su mayoría dentro de instituciones de salud, existe una necesidad emergente de contratar más psicólogos en prevención primaria, por ejemplo, en el nivel de la atención primaria de salud, particularmente en la medicina familiar y escolar y en todo el sistema educativo. Esta investigación concluye además que los conceptos de aprendizaje permanente y desarrollo profesional continuo son una condición indispensable del trabajo de los psicólogos.

Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano y Rivas (2013) llevaron a cabo el metanálisis

sobre intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas, con el objetivo de sintetizar y valorar la evidencia científica disponible durante el período 2008-2012, respecto de las intervenciones con eficacia demostrada en el tratamiento y rehabilitación de adolescentes y adultos con consumo problemático de alcohol y otras sustancias. Entre sus conclusiones destaca que la eficacia demostrada por las intervenciones psicosociales y farmacológicas es pequeña, pero significativa. Son las intervenciones marcadamente multidisciplinarias, con enfoque cognitivo conductual e involucramiento de personas significativas allegadas al consumidor, las que han demostrado tener mejores resultados en indicadores de abstinencia y prevención de recaídas, así como también algunas intervenciones farmacológicas específicas.

Por otro lado, Garbi, Touris y Epele (2012), mediante trabajo de campo etnográfico realizado entre 2009 y 2010 en tres Comunidades Terapéuticas de la región metropolitana de Buenos Aires, investigaron las técnicas terapéuticas y la subjetivación en tratamientos con usuarios de drogas. Las autoras identifican al «confronto» como la táctica privilegiada y omnipresente de subjetivación en estos contextos terapéuticos, a fin de develar las dimensiones epistemológicas, económicas, políticas y éticas en el proceso de des-subjetivación del usuario de drogas institucionalizado.

En 2011 Darko Roviš publicó su artículo sobre la creación de capacidad para la promoción de la salud y la prevención del consumo de drogas en Croacia, en el cual enfatiza la necesidad de un enfoque científico para la promoción y prevención. Identifica falencias en la manera en que se desarrollan ambos campos y remarca la formación profesional como medio para el fortalecimiento de la salud pública en el tema de drogas. Entre las conclusiones se destaca que si bien la infraestructura institucional se encuentra en crecimiento, los profesionales que trabajan con jóvenes aún carecen de conocimientos y habilidades específicas y actualizadas en la promoción de la salud mental y la prevención de drogas para abordar el problema de manera efectiva. Para mejorar la práctica de la prevención, recomienda, acciones de desarrollo de capacidad, por ejemplo, cursos de posgrado sobre promoción de la salud y prevención de drogas para impulsar capacidades profesionales y estimular el desarrollo del campo académico.

Respecto a la relación representaciones sociales y consumo de drogas, existe un número creciente de investigaciones. La revisión realizada por Gámez, Ahumada y Valdez en 2017, sin ser exhaustiva, destaca los estudios de Arjonilla, Pelcastre y Orozco (2000) y Fraga, Sousa, Ramos, Dias y Barros (2011) para las representaciones sociales del consumo de tabaco en adultos y adolescentes respectivamente. En cuanto al consumo de alcohol cita las

investigaciones realizadas por Alonso en 2001 y 2004, sobre la representación social del alcoholismo en personas no alcohólicas mayores de 15 años de edad y en sujetos alcohólicos, con y sin tratamiento. Además de los estudios de Gouveia y Ribeiro (2006) y de Paez, Valdosedal, Igartual, Basabel y Irauruij (1992) sobre la representación social del alcoholismo en el medio laboral. Respecto al consumo de otras drogas se destacan las investigaciones de Nuño, Alvarez, González y Madrigal (2006) con adolescentes consumidores de drogas ilegales en tratamiento y sus padres; Castellanos (2007), con varones en reclusión; Henao (2012), con jóvenes universitarios; y García et al. (2010), sobre consumo de marihuana en jóvenes universitarios consumidores.

Finalmente, se destaca la investigación realizada por Tomás Gaete en 2007 en Chile, sobre las representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamientos, por considerarla cercana al presente trabajo investigativo. Aunque ambas coinciden en el empeño por demostrar cómo la prohibición del consumo de drogas fundamenta saberes y justifica acciones terapéuticas que refuerzan la intención de control disciplinario y normativo, difieren en las poblaciones participantes y el enfoque que adoptan. En el caso de la investigación desarrollada por Gaete la muestra estuvo conformada por profesionales de la psicología de diversas instituciones tanto del ámbito privado como público y si bien no se restringe a la prevención secundaria y terciaria, sí la enfatiza. Asimismo abarca las representaciones del consumo, los consumidores y los tratamientos de manera separada. En contraposición los participantes de la presente investigación provienen exclusivamente de una institución pública concreta, se asume un enfoque de salud pública –es decir se enfatiza a la prevención primaria, aunque no se excluyen los otros niveles– y el interés se concentra en el objeto social Prevención del consumo de drogas como concepto integrador.

Como se puede observar las investigaciones respecto a los tratamientos de salud de consumo de drogas han priorizado el uso de metodologías cuantitativas, mientras que aquellas relacionadas con las representaciones sociales, las cualitativas. Ambos grupos de estudios se han enfocado principalmente en las personas que consumen drogas y/o sus familias, más que en los profesionales que trabajan con ellos, enfatizando las representaciones sociales del consumo de drogas en sí, más que los paradigmas de prevención desde los que son abordados y que, en última instancia, organizan y dan sentido a las intervenciones salubristas disponibles para las personas que consumen drogas.

Hipótesis

Las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre la prevención aplicada al campo de las drogas se enmarcan en el paradigma de prevención del consumo –es decir, conciben al consumo de drogas como inherentemente nocivo–, lo que limita el acceso a los servicios de salud de las personas que consumen drogas.

Para la teoría de las representaciones sociales uno de los principales problemas a resolver es « ¿cómo el conocimiento científico es convertido en conocimiento común o espontáneo?», además trata de entender y valorar el pensamiento ordinario que es visto aquí como el resultado de amplios procesos de modernización. Es decir, la originalidad de las representaciones sociales reside en proponer que el sentido común –aquel empleado para nuestros intercambios y acciones cotidianas– se configura, en buena medida, a partir de los modelos y sistemas intelectuales desarrollados por la ciencia y diseminados en una sociedad o cultura dadas; esos sistemas científicos son, a su vez, remodelados o reconstruidos por medio de los intercambios entre sujetos y grupos sociales (Villaruel, 2007).

En este sentido, es plausible señalar que el conocimiento que sobre salud y consumo de drogas construyen los profesionales no está influenciado estrictamente por contenidos científicos, sino también por el medio sociocultural. ¿Cuál es el medio sociocultural en el que se despliegan –y producen– los importantes avances científicos referentes al tratamiento de salud del consumo de drogas? Una de las características principales de este escenario es el estatus legal de las drogas ilegales más consumidas, marihuana y pasta base de cocaína, y su relación complementaria y paradójica con el alcohol y el cigarrillo. Dicho estatus ha movilizó un abordaje primordialmente legal-punitivo, orientado a la oferta de drogas, que terminó por ocupar también el espacio de las estrategias orientadas a su demanda: la Guerra contra las Drogas.

En muchos sentidos, los tratamientos de salud comparten en su génesis y desarrollo ideas con la Guerra. La lucha contra la enfermedad se logra vigilando el cuerpo y la comunidad. Hay algo semejante a la insurrección, a la pérdida del orden establecido, en la enfermedad. Para Canguilhem (2004, en Mallearel, 2012) curar significa defenderse –casi militarmente– de una agresión; Foucault (2007) ve en el asilo psiquiátrico un «campo de batalla», donde el loco debe ser dominado; Castel (2013) critica la equiparación entre locura y desorden; para Zsasz (1994) la curación de la conducta considerada desviada constituye, en última instancia, una forma de sanción social. El hecho de que, en un sentido profundo, tanto estrategias legales-punitivas como de salud pública compartan elementos de control social

asentados en conceptos como higienismo y medicina social⁴, dan cuenta de mecanismos de administración y control poblacional, que parecerían concluir con el paso del sujeto que consume drogas de «delincuente» a «enfermo».

El prejuicio, la discriminación y el estigma hacia los consumidores constituyen obstáculos para el tratamiento. Así, además de los enfoques técnicos de tratamiento, la relación entre profesionales y usuarios se constituye como atributo esencial para el cuidado adecuado. Muchas personas que enfrentan sufrimiento mental, entre ellos consumidores de drogas, son objeto de estigmatización, excluyéndolos así del derecho a la salud. No siempre el consumo de drogas es visto como un problema de salud, pero sí como una falla de carácter, por lo que se atribuye al usuario la responsabilidad sobre la aparición y la solución de su problema. Esta postura limita la calidad de los servicios prestados y restringe su acceso y uso (Ronzani et al., 2017).

⁴ La expresión medicina social apareció en 1848 en Francia y en su acepción más básica designa la relación de la medicina con la sociedad. Constituiría, posteriormente, el concepto que entrelazó las enfermedades con las desigualdades sociales. Actualmente la medicina social integra los campos biológicos y sociológicos con los procesos históricos y ecológicos, considera que la salud es resultado de las condiciones sociales (Fajardo, 2004, p. 256). El higienismo, por su parte, ha sido estudiado como un sistema disciplinario: con el desarrollo de la revolución industrial, la higiene de las poblaciones comenzó a formar parte de las políticas de Estado. Se trataba de una preocupación que iba más allá del campo estrictamente médico y se orientaba, de acuerdo a Foucault, en la línea de una anatomopolítica y una biopolítica (Kingman, 2002, pp. 104, 105). El higienismo y la medicina social, más allá de sus diferencias, tuvieron un elemento en común, que fue su interés por la denominada «cuestión social», es decir, la preocupación por las condiciones de existencia de las clases más necesitadas. Desde este punto de vista la salud, el orden, la riqueza y la moral conformarían un conglomerado unitario (Quintanas, 2011, 274, 275).

Objetivos

General

Identificar las representaciones sociales de los profesionales que atienden a personas que consultan por problemas relacionados con el consumo de drogas en los centros de salud del Distrito 6 del Ministerio de Salud Pública (MSP), a fin de clasificarlas según el paradigma de prevención en el que se enmarcan.

Específicos

- Conceptualizar las representaciones sociales, el consumo de drogas, el enfoque de salud pública y los paradigmas de prevención, para establecer la forma en que estos conceptos interactúan dentro del campo de la prevención del consumo problemático de drogas.
- Describir las prácticas de los profesionales que trabajan con personas que consultan por problemas relacionados con el consumo de drogas en los centros de salud del Distrito 6 del MSP, a fin de establecer un referente de las conductas e interacciones sociales en estos contextos de atención.
- Establecer las representaciones sociales sobre prevención de los profesionales que atienden a personas que consultan por problemas relacionados con el consumo de drogas en los centros de salud del Distrito 6 del MSP, para analizar las ideas existentes en torno a este concepto.
- Clasificar las representaciones sociales de los profesionales que trabajan con personas que consultan por problemas relacionados con el consumo de drogas en los centros de salud del Distrito 6 del MSP, según el paradigma de prevención en el que se enmarcan, con el fin de determinar el enfoque imperante y las posibilidades de consolidación de enfoques alternativos.

Referentes epistemológicos

El presente trabajo de investigación se enfoca en el abordaje del consumo de drogas dentro de la Atención Primaria de Salud desde una perspectiva construccionista. Según Mary Jane Spink la perspectiva construccionista se consolida en el período denominado Modernidad Tardía, Reflexiva o Post modernidad, conceptos empleados para describir el momento actual de la sociedad, que encuentra en el Construccinismo una alternativa para abordar el problema del conocimiento (2010, p.1).

Para Beck, la modernización reflexiva de la sociedad industrial se asienta teóricamente en dos conceptos clave: la lógica de la distribución del riesgo y la individualización (1998, p. 199). Paladines (2012, pp. 8-9), siguiendo las ideas de Beck, plantea que la distribución del riesgo alude a un proceso histórico, concretamente, el paso de la sociedad repartidora de riqueza hacia la sociedad del riesgo. Mientras que el Estado de Bienestar procuraba la reducción de la brecha socioeconómica entre clases, mediante la sociabilización de los recursos materiales, la modernidad de la segunda mitad del siglo XX plantea un nuevo dilema: la emergencia de los riesgos como situaciones inexistentes, asociadas a la idea de daño posible. En este nuevo escenario la preocupación principal radica en prevenir los riesgos que ha producido la modernidad, principalmente los derivados de la industria de la ciencia y la tecnología.

El proceso de individualización, explicado por Beck, aparece como producto de la reflexividad, donde “el proceso de modernización, garantizado por el Estado del bienestar, destradicionaliza las formas de vida originadas por la sociedad industrial” (1998, p. 199), generando una “nueva tradición” propia de la sociedad industrial en lugar de lo premoderno. De forma análoga a lo sucedido durante el paso de la sociedad feudal a la sociedad moderna, las estructuras de las relaciones sociales se disuelven. En este sentido la “destradicionalización” de las instituciones de la modernidad clásica, tales como la familia, el trabajo y la educación, hace que las biografías se tornen reflexivas o autorreferidas (Spink, 2010, p. 5).

Comprender como la emergencia de la sociedad del riesgo –con su repartición globalizada de los males– junto con la individualización –a partir de la destradicionalización– caracterizan a la Modernidad Tardía resulta fundamental para la comprensión del contexto de consolidación del Construccinismo; sin embargo, quizás el concepto más importante es el de Reflexividad, por las implicaciones que tiene sobre la práctica científica. Spink define a la Reflexividad como:

(...) la apertura a la revisión crónica de las prácticas establecidas a la luz de la nueva

información. En resumen, significa que tenemos libertad, y no sólo la libertad, sino hasta la necesidad (derivada de ese proceso de educación continuada) de revisar conceptos y de proponer nuevos conceptos.” (2010, p. 7).

Según Spink la Reflexividad se manifiesta de dos maneras: como una actitud intrínseca a la propia ciencia y como una crítica externa a los productos de la ciencia. En el primer caso, la Reflexividad plantea la ruptura de las hegemonías por medio del debate metodológico, por ejemplo, que permite poner en debate la naturaleza del conocimiento, proponiendo a la ciencia como una práctica social, sujeta a procesos de legitimación del conocimiento (2010, p. 7-8). En el segundo caso, se hace referencia al surgimiento de preocupaciones sobre los aspectos éticos de la investigación científica, proceso mediado por la evolución en la noción de derechos, el desarrollo de las tecnologías de la información/comunicación y la consolidación de los organismos de regulación de los productos de la ciencia, que cuidan los protocolos de investigación y sus aspectos éticos (Spink, 2010, p. 8).

En consecuencia, esta apertura a la revisión permanente ha generado cambios dentro del campo de la psicología. Gergen ha caracterizado el paso de la ciencia psicológica desde la Modernidad a la Modernidad Tardía, mediante el empleo de tres críticas fundamentales: el paso de la retórica individual a la comunal, la concepción de un “mundo objetivo” versus uno construido socialmente y el lenguaje como práctica pragmática más allá de su calidad de “portador de la verdad” (2007, pp. 97-100).

Durante el siglo XVIII las ciencias físicas o naturales generaron avances significativos en el conocimiento, lo que planteó la posibilidad de aplicar el método científico al campo social, concretamente, al comportamiento humano (Carr, 1963 en Gergen, 2007, p. 4). El éxito de dichos avances puede encontrar explicación en la naturaleza misma de su objeto de estudio, caracterizado por la estabilidad de sus eventos. Dicha estabilidad posibilita la generalización con un alto grado de confiabilidad, la comprobación empírica de las explicaciones y las transformaciones matemáticas fructíferas (Gergen, 2007, p. 4).

Por el contrario, la psicología social se encarga del estudio de eventos cambiantes a través del tiempo y, en gran medida, irrepetibles. Como consecuencia, los principios de la interacción humana no se pueden desarrollar fácilmente con el paso del tiempo y el conocimiento no puede ser acumulado en el sentido científico usual, ya que dicho conocimiento se encuentra sujeto a límites históricos (Gergen, 2007, p.5).

Para Gergen estas imposibilidades se derivan de dos condiciones fundamentales. Por un lado, y debido a los sesgos prescriptivos de la teoría, los efectos emancipadores del conocimiento derivado y la resistencia inherente a valores comunes de libertad e

individualidad, la difusión del conocimiento psicológico modifica los patrones de comportamiento sobre los que se asienta este conocimiento. Por otro lado, las premisas en las que se basan las teorías psicológicas se encuentran firmemente unidas a las circunstancias históricas, esto es, fundamentadas en disposiciones adquiridas. La principal implicación de esta interpretación es que a medida que la cultura cambia, lo hacen también dichas disposiciones, lo que en consecuencia hace que las premisas base se vean invalidadas (Gergen, 2007, pp. 3, 14).

Las críticas sintetizadas por Gergen a la ciencia psicológica en su desarrollo histórico, desde una perspectiva construccionista, adquieren especial relevancia para comprender la concepción del campo de investigación y la relación que se establece entre los sujetos que desempeñan los roles de investigador e investigado. En este sentido, el énfasis en la construcción comunal del conocimiento, la objetividad como un logro relacional y el lenguaje como un medio pragmático a través del cual se construyen verdades locales (Gergen, 2007, p. 93), fundamentarán el posicionamiento epistemológico de la presente investigación.

Capítulo I: Representaciones Sociales de la Prevención

La Teoría de las Representaciones Sociales

El campo de la prevención del consumo de drogas, desde el enfoque de salud pública, se encuentra atravesado por el devenir histórico de la función social que ha desempeñado el uso de drogas. Si bien es cierto que el uso de drogas para fines rituales y medicinales es tan antiguo como la Humanidad misma, es cierto también que con el paso del tiempo las formas de interpretar y relacionarse con este fenómeno han variado. Estas visiones no se han superado y reemplazado de manera lineal, sino que más bien coexisten y adquieren predominio dependiendo de los contextos. En la actualidad, habitualmente, el consumo de drogas es equivalente a riesgo o, directamente, a un daño ya instalado. Además en los últimos años el foco se ha puesto sobre el consumo en sí mismo, por ejemplo al hablar de las «adicciones no químicas». Parecería ser que el problema con las drogas son las funciones que desempeñan dentro de un sistema que se sustenta en el consumo y la acumulación incesante; sin embargo, no es menos cierto que la palabra «droga» convoca *per se* una serie de asociaciones estereotipadas, que permean no solo las representaciones subjetivas en el ciudadano común, sino las de los profesionales de la salud que trabajan en este campo.

En concordancia, la propuesta es emplear la teoría de las Representaciones Sociales como marco teórico dentro del cual pensar a la prevención del consumo de drogas, pues para esta teoría uno de los principales problemas a resolver es «¿cómo el conocimiento científico es convertido en conocimiento común o espontáneo?». La originalidad de las representaciones sociales reside en proponer que el sentido común –aquél empleado para nuestros intercambios y acciones cotidianas– se configura, en buena medida, a partir de los modelos y sistemas intelectuales desarrollados por la ciencia y diseminados en una sociedad o cultura dadas; esos sistemas científicos son, a su vez, remodelados o reconstruidos por medio de los intercambios entre sujetos y grupos sociales (Villaruel, 2007, p. 438).

A finales del siglo XXI, Durkheim, establece la diferencia entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas, argumentando que lo colectivo no puede ser reducido a lo individual. Es decir, que la conciencia colectiva trasciende a lo individual, tal como se observa en productos culturales colectivos como los mitos, la religión o las creencias. Para este autor, las representaciones colectivas son formas de conocimiento o ideación construidas socialmente y que no pueden explicarse como epifenómenos de la vida individual o recurriendo a una psicología individual (Fernández y Martínez, 2014, p. 17). Según Durkheim

(1997), “las formas que revisten los estados colectivos al refractarse en los individuos son realidades de otra especie” (p. 44), en este sentido, las representaciones sociales trascienden la dicotomía de lo individual y lo colectivo, en tanto “No son fenómenos sociológicos propiamente dichos. Participan a la vez de los dos reinos; se las podría denominar socio-psíquicas” (p. 47).

El término representaciones sociales fue desarrollado por Moscovici a mediados del siglo XX, con el objetivo de redefinir los problemas y el marco conceptual de la Psicología social a partir del fenómeno de la representación social (Villarroel, 2007, p. 437). Para Moscovici (1979, p. 16, 17) “Toda representación está compuesta de figuras y expresiones socializadas. Conjuntamente, una representación social es una organización de imágenes y de lenguaje porque recorta y simboliza actos y situaciones que son o se convierten en comunes”, así “la representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”. El concepto de representación social difiere del de representación colectiva en que el primero tiene un carácter más dinámico. Según Moscovici, las representaciones sociales no son únicamente productos mentales sino construcciones simbólicas que se crean y recrean en las interacciones sociales; no son estáticas ni determinan inevitablemente las representaciones individuales. Son definidas como maneras específicas de entender y comunicar la realidad e influyen a la vez que son determinadas por las personas mediante sus interacciones (Fernández y Martínez, 2014, p. 17).

Las representaciones sociales son formas de pensamiento constituido, en la medida que constituyen productos socioculturales que intervienen en la vida social como estructuras preformadas, que sirven como marco de interpretación; y al mismo tiempo, formas de pensamiento constituyente, en el sentido que intervienen en la elaboración o conformación del objeto mismo que representan, y de esta forma, contribuyen a configurar la realidad social de la que forman parte, determinando en diversa medida sus efectos en la vida cotidiana (Fernández y Martínez, 2014, p. 18). Para Moscovici, en las sociedades tradicionales el vocabulario y las nociones indispensables para describir y explicar la experiencia diaria, provenían del lenguaje y la sabiduría acumulada en la memoria comunitaria o profesional. De esa memoria cultural compartida tomaban la ciencia y la filosofía sus materiales constituyentes, los procesaban y reestructuraban y los devolvían a la sociedad convertidos en filosofías o teorías. En el mundo contemporáneo son el trabajo y el desarrollo científicos los que inventan y proponen la mayoría de los objetos, conceptos, analogías y formas lógicas que usamos para comprender y actuar en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana (Villarroel, 2007, 438).

Villarroel (2007, p. 239) observa que si bien el origen del concepto de representaciones sociales es indiscutible, no ocurre lo mismo con su significado, debido a las diferentes manifestaciones del fenómeno y las diversas aproximaciones teóricas que dan cuenta del mismo. El concepto y la teoría de las representaciones sociales se refieren a formas o modalidades de conocimiento social mediante las cuales las personas interpretamos y pensamos nuestra realidad cotidiana.

Jodelet (1986, p. 475-476) plantea que representar es “sustituir a, estar en lugar de”; la representación sería la sustitución cognoscitiva del objeto, sea éste real, mítico o imaginario. Representar, por otro lado, es hacer presente en la mente, es decir, reproducir mentalmente una cosa, ya sean personas, objetos, eventos, ideas, u otros. Jodelet utiliza las metáforas política y teatral para la comprensión del concepto de representación social, en tanto permiten destacar sus aspectos de significado, creatividad y autonomía. En la representación teatral el público puede ver y oír actos y palabras, que dan presencia a algo invisible, como la muerte o el amor. La representación política permite al elegido sustituir a sus electores en determinadas instancias: habla en su nombre, actúa y decide por ellos.

No obstante, la representación no es un acto puramente reproductivo. Según Moscovici, cuando representamos algo no solamente restituimos de modo simbólico lo ausente, sino que esa representación tiene significado para alguien: nosotros mismos o para otra persona. Ello hace surgir una dimensión de interpretación. De allí, dice Jodelet, deriva el carácter constructivo de la representación, se establece su autonomía y su naturaleza innovadora y creativa, en términos individuales y sociales. La condición significativa de cualquier representación define dos puntos. Primero, su aspecto figurativo, pues la estructura de cada representación tiene dos caras indisociables: la figurativa y la simbólica. A toda figura corresponde un sentido, y a cada sentido corresponde una imagen. Entendida la imagen como un conjunto figurativo o constelación de rasgos específicos. Segundo, su aspecto dinámico. En cualquier acto de representación se da una actividad constructiva y reconstructiva por parte del sujeto. El sujeto es en este sentido, tal como dice Jodelet, un actor y, con frecuencia, un autor. El juego del simbolismo social preexiste al sujeto pero no se le impone en forma absoluta. Siempre habrá un proceso de elaboración cognoscitiva y simbólica que orientará los comportamientos (Villarroel, 2007, p. 441).

De la actividad intelectual representativa se derivan cinco características fundamentales de la representación (Jodelet, 1986, p. 478):

- siempre es la representación de un objeto;
- tiene un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto;
- tiene un carácter simbólico y significante;
- tiene un carácter constructivo;
- tiene un carácter autónomo y creativo

La Dimensión Social de las Representaciones

Cuando Moscovici integra su concepto representación a lo social, es decir, cuando adjetiva la representación como una representación social remite a un elemento básico de su teoría: toda representación social aporta al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales, elemento que, sin lugar a dudas, retomó de los aportes del psicoanálisis de Freud, concretamente el énfasis realizado sobre el ser humano en tanto ser social. Para Moscovici el psicoanálisis constituye, principalmente, un objeto de conocimiento y una teoría generadora de explicaciones diversas sobre el sujeto y su mundo social (Araya, 2002, p. 24).

Según Moscovici (1979) para calificar de social a una representación es necesario poner el acento en la función, más que en el agente que la produce. Las representaciones son sociales porque son compartidas por conjuntos de personas. Lo social es una propiedad que se imprime en determinados objetos con base en la naturaleza de la relación que se establece con ellos, y es precisamente la naturaleza de esa relación la que es definitoria de lo social.

Las representaciones son sociales porque facilitan la producción de ciertos procesos eminentemente sociales. Por ejemplo, las comunicaciones sociales serían inviables si no se desarrollaran en medio de una amplia serie de representaciones compartidas. En la medida en que permiten una visión compartida de la realidad y un marco de referencia común, las representaciones sociales posibilitan, entre otros muchos procesos sociales, el proceso de las conversaciones cotidianas. En este sentido, las conversaciones se pueden definir como el lugar donde las personas, provistas de unos esquemas interpretativos socialmente adquiridos, construyen y negocian el sentido de la interacción (Araya, 2002, p. 31).

Las representaciones sociales no se polarizan ni hacia lo micro ni hacia lo macrosocial, sino que existe una determinación central –macro– y otra lateral –micro– de las

representaciones (Moscovici, 1979). La primera se refiere a la cultura global de la sociedad en la que se insertan los grupos y los actores sociales, la segunda al grupo en particular en el cual se insertan las personas. Estas dos formas de determinación social no tienen un sentido unidireccional: las personas se constituyen y constituyen sus representaciones sociales y en forma paralela también constituyen un mundo social y construyen y reconstruyen permanentemente su propia realidad social y su propia identidad social (Araya, 2002, p.32).

Las representaciones son sociales pues juegan un papel importante en la configuración de los grupos sociales, especialmente en la conformación de su identidad. No se puede afirmar que un grupo es tal por el hecho de compartir determinadas representaciones sociales, pero es evidente que, en ocasiones, la denominada cultura grupal define intensamente al grupo y está vinculada con una memoria y lenguaje compartidos, así como con representaciones comunes.

En síntesis, podemos establecer que la dimensión social de las representaciones se expresa en sus condiciones de producción –medios de comunicación, interacción cara a cara, comunicación, lenguaje. En sus condiciones de circulación –intercambio de saberes y ubicación de las personas en grupos naturales y de los grupos sociales naturales en contextos sociales particulares dentro de una estructura social. Y en las funciones sociales que desempeñan: construcción social de la realidad en el intercambio social, desarrollo de una identidad personal y social, búsqueda de sentidos o construcción del conocimiento del sentido común (Araya, 2002, 32-33).

Estructura, Formación y Funcionamiento de las Representaciones Sociales

Las representaciones sociales son estructuras del pensamiento cotidiano cuyos contenidos se construyen y reconstruyen permanentemente. No definen a un solo fenómeno o un mecanismo claramente diferenciado, sino que refieren a un conjunto heterogéneo de manifestaciones empíricas. Su carácter pragmático –orientador de las prácticas e intercambios cotidianos– es lo que le otorga su dinamismo (Villarreal, 2007, p. 442).

Para Moscovici existen tres ejes en torno a los cuales se estructuran los diversos componentes de una representación social: la actitud, la información y el campo representacional. La actitud hace referencia a “la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación, y expresa por lo tanto la orientación evaluativa en relación a ese objeto” (Ibáñez, 1988, p. 46). Agrupa y articula a los diversos componentes afectivos de la representación, dinamizando y orientando en forma decisiva las

conductas, reacciones emocionales e implicaciones de la persona hacia el objeto representado. La información corresponde a la construcción cualitativa y cuantitativa de conocimientos sobre el objeto social. Por último, el campo representacional “hace referencia a la ordenación y a la jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la misma” (Ibáñez, 1988, p. 47), es decir, a la organización interna y el orden jerárquico de sus elementos. El campo representacional se organiza en torno al núcleo figurativo, el que constituye la parte más sólida y estable de la representación. El núcleo figurativo ejerce una función organizadora para ella, otorgándole su peso y significado a los demás elementos presentes en el campo representacional.

Los procesos fundamentales mediante los cuales se elabora y describe el funcionamiento de una representación social, según Moscovici, son la objetivación y el anclaje.

La objetivación –u objetivización– es el mecanismo que permite “hacer real un esquema conceptual” (Moscovici, 1979, p. 75), al construir un cuerpo de conocimientos en relación con un objeto de representación. Por el proceso de objetivación el lenguaje y los conceptos científicos pasan al lenguaje corriente. Al objetivar un contenido científico la sociedad ya no se ubica respecto a ese contenido sino en relación con una serie de fenómenos trasladados al campo de la observación inmediata de los sujetos sociales. La mayoría de lo que conocemos, y que resulta importante en la vida diaria, no siempre tiene una existencia concreta. Se trata, más bien, de procesos, conceptos o ideas abstractas; con los cuales, sin embargo, lidiamos en nuestras interacciones diarias. La política, la economía y las relaciones de mercado, el aprendizaje y la educación, por ejemplo. Para hacer concretas estas realidades abstractas hacemos uso del dispositivo de objetivación (Villarreal, 2007, pp. 444, 445).

Jodelet (1986, pp. 482, 483), diferencia tres fases referidas a las operaciones mentales involucradas en la producción de la representación. La selección y descontextualización de la información de acuerdo a los criterios normativos resultantes de una cultura particular. Las informaciones son filtradas y desconectadas del campo específico que las produjo de manera que el grupo social puede apropiárselas y convertirlas en hechos de su propio mundo de modo tal que pueda dominarlas. Segundo, la formación de un núcleo figurativo de la representación. Es decir, una estructura de imagen que reproducirá en forma manifiesta una estructura conceptual. Los conceptos teóricos se transforman en un “conjunto gráfico y coherente que permite comprenderlos en forma individual y en sus relaciones” (p. 482). Finalmente, la naturalización de la información. Aquí los elementos conceptuales incorporados en la imagen

figurativa se convierten en elementos de la realidad, integrando los elementos científicos o abstractos en una realidad del sentido común; el grupo social, según Moscovici, identifica las relaciones reunidas en el modelo figurativo con una realidad objetiva. Es decir, mediante el procedimiento de objetivación transformamos conceptos abstractos, extraños a nuestro mundo cotidiano, en experiencias o materializaciones concretas: convertimos lo raro en familiar, haciendo perceptible lo invisible (Villarroel, 2007, p. 445).

El proceso de anclaje, por otro lado, es descrito como un mecanismo que tiene por finalidad “integrar la información sobre un objeto dentro de nuestro sistema de pensamiento tal y como está constituido” (Ibáñez, 1988, p. 50). Así como la objetivación permite transformar lo abstracto y extraño en concreto y familiar, el anclaje permite incorporar el objeto social en las redes de significaciones y categorías preexistentes en una sociedad, al tiempo que sostiene la inserción del objeto representado en las prácticas comunicativas de los grupos sociales. Moscovici (1979, p. 121) define el anclaje como “la inserción de una ciencia en la jerarquía de los valores y entre las operaciones realizadas por la sociedad”.

El anclaje consiste, esencialmente, en clasificar y nombrar las cosas. Aquello que permanece sin nombre o sin ser clasificado es algo que no existe, extraño a nosotros y, asimismo, amenazante. La representación y su objeto se enraízan en lo social de acuerdo al significado y la utilidad que se les confiere desde la sociedad. El proceso de anclaje permite integrar cognoscitivamente el objeto representado dentro del sistema de pensamiento que le preexiste. En otras palabras, a través del anclaje la sociedad cambia un objeto social por un dispositivo que puede ser utilizado: transforma una teoría científica o un conocimiento abstracto en un saber útil para todas las personas, en un modelo para las acciones. La objetividad científica se convierte en un hecho social. Mediante el anclaje se articulan las tres funciones básicas de la representación: la función cognoscitiva de integración de lo novedoso, la función de interpretación de la realidad, y la función de orientación de las conductas y de las relaciones sociales (Villarroel, 2007, p. 446).

El concepto y la teoría de las representaciones sociales se refieren a formas o modalidades de conocimiento social mediante las cuales las personas interpretamos y pensamos nuestra realidad cotidiana. Los individuos y los grupos despliegan una actividad mental constante para posicionarse en relación con eventos, situaciones, objetos y con procesos comunicacionales que les interesan o les afectan. Esta actividad no es un proceso individual. Lo social interviene de diferentes maneras; entre otras, mediante el contexto concreto en que

actúan personas y grupos; por intermedio de los esquemas comunicacionales y cognoscitivos proporcionados por la cultura, así como de los sistemas de valores e ideologías relacionados con determinadas posiciones sociales (Villarroel, 2007, p. 440).

Representaciones Sociales y Consumo de Drogas

El consumo de drogas ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, pero no ha sido considerado un problema social sino hasta épocas recientes, justificando de este modo importantes inversiones, orientadas a la reducción de la oferta y la demanda de ciertas sustancias psicoactivas. No obstante, dicho objetivo continúa siendo distante, y su misma legitimidad podría ser puesta en cuestión. El lugar que una sociedad concede a las drogas, su percepción, la manera como tolera unas y reprueba otras, obedece a sus representaciones en la sociedad. El «problema de las drogas» remite, más que a datos objetivos de la realidad del fenómeno, a una determinada percepción basada en concepciones estereotipadas. Esta percepción social varía históricamente y responde mayoritariamente a condicionamientos de tipo socio-político (Fernández y Martínez, 2014, p. 22).

A continuación, de manera sucinta, analizaremos el escenario social en el que se formula el «problema de las drogas». Para esto se recurrirá al concepto de Sociedad de Consumo, desarrollado por autores como Baudrillard para el estudio de las sociedades occidentales contemporáneas, que se concentra en el fenómeno del consumo de objetos, entendiendo al «consumo» como “un modo activo de relacionarse –no sólo con los objetos, sino con la comunidad y con el mundo–, un modo de actividad sistemática y de respuesta global en el cual se funda todo nuestro sistema cultural” (2007, p. 223).

La Sociedad de Consumo

La Cuestión Social ha sido definida como el conjunto de problemas sociales, económicos, culturales y de condiciones de vida que afectan a un determinado grupo humano en un tiempo dado, surgido concretamente a partir de las desigualdades socioeconómicas a partir de la Revolución Industrial. Frente a este tipo de problemas surgieron soluciones, tanto a nivel de gobierno como de diversas doctrinas, que pretendieron aportar su teoría a una situación que todavía en la actualidad se manifiesta en la sociedad (Fernández y Martínez, 2014, p.12).

En este escenario el proyecto neoliberal aparece como una nueva estrategia de legitimación del sistema capitalista. Su fundamento es que la sociedad civil y el mercado no se

rigen por principios de igualdad, por la «lógica de la democracia», sino que su fundamento es cualitativo. Este fundamento convierte la igualdad frente al Estado en desigualdad: las personas se diferencian por lo que poseen. Esto cambia la lógica estatal de la democracia por la «lógica de la competencia», en la cual el individualismo del sistema capitalista lleva a que el triunfo de uno derive en el fracaso del otro. A su vez, en la sociedad civil se procesa la «lógica de la solidaridad», donde los triunfadores del mercado ayudan a los fracasados de la disputa (Fernández y Martínez, 2014, p. 14).

Para la estrategia neoliberal se opera primariamente una separación y autonomización radical entre las cuestiones políticas –aparato estatal o «primer sector»–, las económicas –ámbito del mercado o «segundo sector»– y las sociales –sociedad civil o «tercer sector». Se busca la desconomización de las relaciones políticas y la despolitización de los fenómenos económicos y sociales, con esto se deriva la deshistorización del orden. Por otro lado, el neoliberalismo promueve el pasaje de las cuestiones económicas del Estado hacia el mercado, las cuestiones sociales se volcarían del Estado para el tercer sector, manteniendo en el espacio estatal los procesos políticos formales y algún nivel de intervención social. El Estado tiene, por un lado, que proveer servicios que el mercado no puede ofrecer y por otro, el neoliberalismo quiere un Estado social mínimo, sin interferir en el control de la economía y en la vida social de las personas (Fernández y Martínez, 2014, p. 14).

Esta nueva estrategia neoliberal para la intervención social no estatal, se fundamenta en las supuestas crisis y escasez de los recursos estatales y en la recurrente afirmación de que existiría una «nueva cuestión social». En el contexto del Estado de Bienestar se ubica a la cuestión social como foco de políticas sociales, teniendo una respuesta política y no apenas represiva; mientras que con el neoliberalismo tiende a ser nuevamente exteriorizada del orden económico-político, transferido para el ámbito inmediato e individual, para la esfera privada. Los principios de solidaridad, universalidad e igualdad que sostenían las políticas del Estado de Bienestar, son sustituidos por los principios de focalización y de contributividad de las políticas sociales neoliberales (Fernández y Martínez, 2014, pp. 14, 15).

Dentro de la lógica neoliberal reconocemos a esta sociedad como una verdadera «Cultura del Consumo», basada en el goce perpetuo, producto de un proceso histórico, que provoca un fuerte condicionamiento cultural. En la época del «individualismo», una moral que promueve sujetos con nociones más micro, que pueden elegir libremente, hay un predominio de lo imaginario sobre lo simbólico. La imagen sobre la palabra. Los objetos se valoran por el significado que tienen para el sujeto, si se acumulan dan bienestar, dan la promesa de

satisfacción inmediata, tienen duración breve, son efímeros y tienen soportes identificatorios, es decir que tienen alguna forma de prestigio. Pero sobre todo tienen que ser capaces de relanzar la demanda y de anticiparse a la misma. Y que relance esta demanda justo antes de ser adquirido (Fernández y Martínez, 2014, p. 15).

Siguiendo a Fernández y Martínez (2014, p. 16), para entender el consumo problemático hay que tener en cuenta que las sustancias no son objetos que tengan una dinámica mercantil distinta, y se encuentran enmarcadas en la misma lógica capitalista. Las reglas del mercado se invierten, pareciera que la oferta antecede la demanda, se ofertan desde el mercado «objetos» que el sujeto nunca pensó necesitar –celulares, ropa, autos, tranquilizantes, elementos electrónicos, y un largo etcétera. Las adicciones atañen al mundo entero: formamos parte de una sociedad capitalista productora y constructora de adicciones. Declarar una «guerra contra las drogas» es darle a las sustancias características de sujeto, provocando una identificación, una clasificación y una enucleación –rodear, encapsular y/o expulsar. Esta noción nace de un concepto defensivo, entiende que la sociedad «está bien» y el problema está afuera. Por tanto, se enmarca dentro de un modelo de control, emplea términos militares como «detección» y «lucha», presupone que la droga distorsiona lo que está bien y transforma su consumo en un problema social y mundial.

Finalmente, dentro de la dimensión personal, asistimos a la llegada de una nueva subjetividad: la del consumidor. La carencia estructural del sujeto toma la forma de un vacío que puede ser llenado con diversos objetos de consumo que cubren todos los rubros –sexo, drogas, hidratos de carbono, trabajo, actividad informática. Los objetos que consumimos tienen algunas características distintivas, de acuerdo al momento histórico y la etapa del capitalismo en que nos encontremos (Fernández y Martínez, 2014, p. 16).

Estereotipos y Consumos de Drogas

Como han destacado Fernández y Martínez (2014, p. 22), muchos usos de drogas constituyen estigmas. Muchas de las representaciones sociales que operan en el Imaginario Social señalan al usuario de drogas ilegales como potencialmente peligroso y violento –o bien pasivo y dependiente–, asociado con un patrón único de uso de drogas y con escasos vínculos sociales e institucionales.

Según Goffman (2006, p. 13) un estigma es un atributo desacreditador definido dentro de una relación social concreta. Es una característica que hace diferente al individuo y que

genera desaprobación del entorno social. Se trata de un atributo que, no constituyendo una falta social, moral o que ha sido saldada, se juzga como una marca que vuelve al individuo inferior e indeseable: “Es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio, a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja” (Goffman, 2006, p. 12).

Los estereotipos, concepto vinculado al de estigma social, pueden definirse como categorías cognitivas que las personas usan para codificar, almacenar y evocar la información proveniente de sus interacciones sociales. Forman parte del componente cognitivo de las actitudes, aunque también involucran algunas dimensiones afectivas. Los miembros de una cultura atribuyen, consensualmente, ciertos rasgos a determinados grupos sociales, percibiéndolos como portadores de características distintivas en comparación con otros seres humanos. A los miembros individuales de dichos grupos, identificados a partir de estas características distintivas, les será atribuido automáticamente el resto de los rasgos que se considera que su grupo posee, y serán tratados consecuentemente en las interacciones sociales de las cuales participan (Mirić, 2003, pp. 4, 5).

Para Touzé (2006, p. 29), las representaciones sociales de «el problema de la droga» no corresponden necesariamente con las características objetivas del fenómeno en sí. Recordemos que en los fenómenos sociales es tan importante lo que «en realidad» pasa como lo que la gente cree que pasa. Para la gran mayoría de la población, incluidos los usuarios de drogas, el problema se define y las respuestas se diseñan a partir de una serie de estereotipos.

El primero alude al propio concepto de droga. Se trata de una noción que no responde a la lógica científica y que otorga relevancia a algunas sustancias –cocaína, cannabis– y excluye o considera mucho menos relevantes a otras –alcohol, tabaco. Esta distinción no tiene fundamento desde el punto de vista del daño social, de la nocividad o de la dependencia. No obstante para la representación social de «la droga», esta es siempre un producto dañino, lo que justificaría la prohibición de su uso. Además no reconoce que las sustancias permitidas también son drogas o, en todo caso, subestima su nocividad. La identificación de la droga como enfermedad ofrece una explicación más tranquilizadora a la sociedad; las causas se atribuyen a un agente patógeno externo. Los esfuerzos deben entonces centrarse en identificarlo, aislarlo y destruirlo. No hace falta así analizar la complejidad social, sus injusticias, la ausencia de perspectivas, entre otros fenómenos socioculturales (Touzé, 2006, p. 29, 30).

Otro contenido presente en las representaciones sociales de «la droga» la identifica

como expresión de una actitud individual o colectiva de oposición a la sociedad, de rebeldía ante las normas sociales, postura asociada a la juventud. Sin embargo, el uso de drogas se asocia tanto con los sectores sociales vinculados al poder y al prestigio social, como con las poblaciones excluidas del sistema productivo para las que «la droga» se constituye en una estrategia de supervivencia. Por otra parte, la lógica del consumo se impone como condición de inclusión social; cada vez más es el mercado el que se propone como espacio de integración social. El uso de drogas, en la actualidad, no puede concebirse como un acto contestatario, más bien se trataría de un intento fallido y desesperado por ser incluido en la Sociedad de Consumo. La persistencia de este estereotipo, no obstante, aparece como un elemento capital en una política tendiente a fijar un rol social para la juventud, en un momento en que los enormes problemas de inserción en el mundo adulto –en especial en el aparato productivo– han ampliado este periodo de edad y, además, han intensificado la necesidad de encontrar nuevos mecanismos de tutela y control. (Touzé, 2006, p. 30).

Un estereotipo adicional nos remite a la imagen del usuario de drogas. Debido a distorsiones en las representaciones sociales no se admiten diferencias en los patrones de consumo en el caso de las sustancias ilegales. O sea, el consumidor –cualquiera sea la dosis, frecuencia y circunstancias del uso– es visualizado como un adicto y siempre se lo identifica como alguien peligroso, con una personalidad autodestructiva y con una actitud despreocupada respecto de su salud. Las asociaciones entre el consumo de drogas y la sexualidad modelan una construcción social que reduce la subjetividad a «actos temerarios». La tensión entre enfermedad y delito circundante en esta construcción focaliza las prácticas de transgresión, oscureciendo los aspectos básicos de la subjetividad y la cotidianidad de individuos y grupos sociales. Independientemente de los tipos clasificatorios, el consumidor aparece instalado en la figura de transmisor: «la manzana podrida» (Touzé, 2006, pp. 30, 31).

Estos estereotipos solo han contribuido a reforzar la confusión reinante. Como ha observado Del Olmo (1988, p.7 en Touzé, 2006, p. 31) “Los estereotipos sirven para organizar y dar sentido al discurso en términos de los intereses de las ideologías dominantes, por ello en el caso de las drogas se oculta lo político y económico, disolviéndolo en lo psiquiátrico e individual”. La droga, en tanto mercancía, se inserta en las lógicas de circulación del mercado. La centralidad en la patología o el delito enmascara la compleja articulación de poder, las estructuras del tráfico, la economía política de la droga y la diversidad de sus expresiones en las relaciones sociales, que implican subordinación de los consumidores a reglas de mercado y a diferentes modalidades de explotación y opresión.

Relaciones entre Adicción y Consumos Problemáticos

Fernández y Martínez (2014, p. 25) identifican tres acepciones de la adicción a través del tiempo. La primera se ubica en la época de los romanos, donde las personas se dividían en, por lo menos, dos clases: ciudadanos y esclavos. Los ciudadanos eran aquellas personas que tenían la posibilidad de elegir y decidir sobre sus vidas y la resolución de sus demandas. Los esclavos, por el contrario, eran aquellos que dependían de otros para satisfacer sus necesidades, ya que trabajaban para ellos. Cuando un ciudadano contraía una deuda perdía tal condición y se convertía en esclavo de su acreedor. Por tanto, la palabra adicto designaba a aquella persona esclavizada al contraer una deuda, que perdía su condición de hombre libre para depender de otro, quien lo hacía trabajar sacrificadamente.

La segunda acepción aparece a inicios del siglo XIX, aunque no fue aceptada en el vocabulario médico y científico hasta principios del siglo XX. Aquí «adicción» sustituyó a «embriaguez», que había sido empleada para designar, vagamente, los efectos conductuales que producía el uso continuado no solamente del alcohol, sino también de opio, morfina, cloroformo, éter y otros depresores del Sistema Nervioso Central (Fernández y Martínez, 2014, p. 26).

Durante el transcurso del siglo XX, el término «adicción», al igual que el de «toxicomanía», fue incorporando a su significado científico una serie de connotaciones morales y legales que ha hecho aconsejable su reemplazo por el de «dependencia». En la actualidad se impone progresivamente el sustantivo «drogodependiente» para designar a la persona que anteriormente se denominaba toxicómano o drogadicto. En relación a esto, tradicionalmente la información respecto al fenómeno del consumo de drogas se ha concentrado en torno a sus efectos y consecuencias negativas, dando relevancia a los aspectos biológicos y/o farmacológicos.

La drogodependencia fue definida por primera vez por la OMS en 1964 como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga, caracterizado por (Fernández y Martínez, 2014, p. 26):

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia ante el retiro de

la droga.

- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Con el afán de complementar esta concepción –que podría devenir en individualizante y restrictiva– Fernández y Martínez (2014, p. 26, 27) han realizado el análisis del concepto de adicción, partiendo de aquella relación que, situada en un contexto sociocultural determinado, se establece entre una persona y un objeto que genera tensión en la persona, que es aliviada con la obtención de dicho objeto, y que genera una progresiva pérdida de grados de libertad. Al hablar de relación se alude específicamente a una relación compulsiva, caracterizada fundamentalmente por la conducta de búsqueda del objeto necesario para satisfacer una determinada demanda del sujeto. Permanentemente las personas consumen diversos objetos para satisfacer diferentes necesidades –alimentación, diversión, trascendencia, alivio del dolor, etc.– pero el simple consumo no convierte a la persona en adicta. Esta categoría se reserva para aquellas relaciones en las que el consumo de un objeto dado se convierte en el eje de la existencia de una persona, en el centro de su vida y actividad. Asimismo, cualquier objeto es pasible de convertirse en elemento de una relación adictiva; sin embargo, pueden ser discriminados en función del daño que pueden ocasionar. Esto no significa que existan adicciones «mejores» que otras, sino que hay objetos que, en la práctica, resultan más dañinos que otros.

En este sentido, la adicción es una pero no la única forma de relación entre un sujeto y un objeto. La progresiva aceptación de la existencia de conductas patológicas, como el juego, que producen dependencia sin la intervención de sustancias químicas exógenas, ha revitalizado el término «adicción», dándole una acepción más amplia al utilizarlo en el contexto de «conductas adictivas»⁵ (Fernández y Martínez, 2014, p. 27).

En los últimos años se han delimitado nexos psicológicos y neurobiológicos comunes entre los trastornos por abuso y dependencia de sustancias y un heterogéneo grupo de conductas altamente dañinas para la persona que las padece –ludopatías, sexo compulsivo, ejercicio físico extenuante, compras sin control, búsqueda patológica de sensaciones extremas, etc.– las cuales se denominan adicciones comportamentales y se caracterizan por la necesidad

⁵ Cabe señalar aquí, para ilustrar nuestro punto, la inclusión del «trastorno de juego por internet» – conocido también como adicción a los videojuegos– en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V, por sus siglas en inglés) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª edición (CIE-11). En este contexto, dicho trastorno refiere a un patrón de comportamiento de juego persistente y recurrente que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo por un periodo de al menos 12 meses (Carbonell, 2020, p. 211).

imperiosa de ser repetidas, a pesar del evidente daño psíquico y físico que generan. Dentro de las conductas adictivas que involucran drogas podemos reconocer diferentes tipos de relación con el objeto de consumo (Fernández y Martínez, 2014, pp. 27, 28):

Uso: el consumo esporádico y circunstancial de una droga.

Abuso: cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social del individuo. Es excesivo –representa un riesgo orgánico. Es dañino –el consumo de sustancias por las personas conlleva una disminución importante o total de la tolerancia a las mismas. Es disfuncional –implica un patrón desadaptativo de consumo que genera una alteración del funcionamiento psicológico y social. En términos generales se establece cuando el consumo se reitera para una misma droga en similares o diferentes situaciones o cuando se recurre a diferentes drogas.

Dependencia: cuando alguien siente o cree que no puede prescindir de una sustancia, y la utiliza en forma permanente y compulsiva. La dependencia a las drogas es una de las formas de consumirlas, pero no es ni la única ni la más habitual. Una relación dependientes se desarrolla, usualmente, de manera gradual y casi siempre sin conciencia de ello, y en ella intervienen múltiples factores.

La diferencia entre uso, abuso y dependencia no remite únicamente a la cantidad y frecuencia de las drogas consumidas, sino también, y no en menor medida, a las diferencias respecto a las motivaciones y el contexto del consumo.

Sujeto, Sustancia y Contexto

Del griego *phármakon*, droga designa a una sustancia que comprende a la vez el remedio y el veneno, no una u otra, sino ambas a la vez. Las cosas que ingresan al cuerpo por cualquier vía –oral, epidérmica, venosa, rectal, intramuscular, subcutánea– pueden ser asimiladas, y convertidas en materia para nuevas células, o resistir esa asimilación inmediata (Escohotado, 2006, p. 8, 12).

Las que se asimilan de modo inmediato se denominan alimentos, ya que gracias a ellas renovamos y conservamos nuestra condición orgánica. Entre el segundo grupo cabe distinguir dos tipos: aquellas que son expulsadas intactas, sin ejercer ningún efecto sobre la físico o anímico –por ejemplo el cobre o la mayoría de plásticos–; y aquellas que provocan una reacción intensa. Este segundo tipo comprende en general a las drogas, que afectan de modo

notable aunque absorbamos cantidades ínfimas, en comparación con las cantidades de alimentos. Al conocerse los complejos procesos biológicos, la actividad extraordinaria de este tipo de sustancias sugiere que están ligadas a equilibrios básicos en los organismos. Normalmente, no afectan por ser ajenas al organismo, sino por su similitud y articulación con su estructura y funcionamiento íntimo (Escohotado, 2006, p. 8, 9).

Dentro de este tipo de sustancias es preciso distinguir aquellas que afectan físicamente –por ejemplo la cortisona, las sulfamidas o la penicilina– y las que afectan somática y anímicamente. Estas últimas –que fascinaron a todas las culturas antiguas– comparten estructura y función con las sustancias denominadas «neurotransmisores», o bien son antagonistas suyos. Estas reciben el nombre genérico de «drogas» (Escohotado, 2006, p. 9).

Asimismo, la afinidad entre las drogas y los psicofármacos es tan obvia que resulta sospechoso que no se repare mayormente en ella. En principio, el término droga designa no sólo a las sustancias ilícitas, –consideradas por la Justicia como «estupefacientes» por sus efectos narcóticos sobre organismo y psiquismo– sino también a los sofisticados productos de los que se vale la medicina para combatir los síntomas psiquiátricos. En el idioma inglés, por ejemplo, se emplea la misma palabra *drug* para referirse tanto al «tóxico» como al medicamento, uso menos frecuente en nuestro idioma donde el término droga se vincula más a las sustancias ilegales que a la farmacia. Esta homonimia deja ver que la naturaleza de los psicofármacos incluye indisolublemente ciertas propiedades «estupefacientes». Por tanto, no se trata una homonimia contingente, sino más bien de “una muestra de lo que el lenguaje sabe a expensas del ocultamiento interesado” (López, 2008).

Sin embargo, una droga no es sólo un compuesto con propiedades farmacológicas, sino algo que puede recibir cualidades de otro tipo. En el Perú de los incas, las hojas de coca eran un símbolo del Inca, reservado exclusivamente a la corte, que podía otorgarse como premio al siervo digno por alguna razón. En la Roma preimperial el libre uso del vino estaba reservado a los varones mayores de treinta años, y la costumbre admitía ejecutar a cualquier mujer u hombre joven descubierto en las proximidades de una bodega (Escohotado, 2006, p. 10).

Escohotado (2006, p. 11) resume los principales empleos culturales de las drogas en festivos, lúdicos/recreativos y terapéuticos. La fiesta religiosa –romerías, Semanas Santas y sus equivalentes en otras culturas– suelen ser una ocasión propicia para la ebriedad. El objeto de usar drogas en fiestas religiosas es facilitar el acercamiento a lo sobrenatural, el de las fiestas profanas es, sin duda, aumentar el grado de unión entre los participantes, potenciando la

cordialidad. En el área occidental rara vez se celebran reuniones sin que intervengan bebidas alcohólicas en abundancia, y ciertos ambientes contemporáneos añaden también cocaína. El empleo terapéutico, individual y colectivo, tiene por finalidad aliviar males de un tipo u otro. Hasta el segundo tercio de este siglo, cuando se consolida el sistema de receta médica obligatoria, la tradición de remedios domésticos mantenía un sistema de automedicación que va siendo cada vez más desplazado por el «consulte a su médico» . Las drogas, legales e ilegales, siguen ostentando un margen de iniciativa personal; las reservas de unos y otros productos se almacenan en el botiquín casero, y son utilizadas al ritmo sugerido por las necesidades o inclinaciones del momento.

Como puede verse, los límites entre los usos culturales de las drogas son flexibles, disolutos, y constituyen una imposibilidad para la separación taxativa. Dependerá, entonces, de dónde se ponga el acento o se identifique el predominio, pues con cierta solvencia podemos afirmar que en lo festivo –incluso en el ritual religioso– persiste un componente de goce, y que lo lúdico, muchas veces y desde el punto de vista de la «salud mental» puede resultar valioso, incluso, terapéutico.

A partir de las relaciones que los sujetos establecen con las sustancias se producen efectos en el cuerpo, que se refieren a transformaciones psicofísicas del organismo. Estos efectos pueden ser (Fernández y Martínez, 2014, p. 29):

- Excitar o estimular, como por ejemplo el café, la cocaína, o las anfetaminas.
- Tranquilizar o eliminar el dolor, como el alcohol, las benzodiacepinas, la heroína.
- Alterar la percepción en distintos grados, como la marihuana, la dietilamida de ácido lisérgico (LSD por sus siglas en inglés).
- Provocar cambios conductuales, como aumento o disminución de la agresividad – tabaco, anfetaminas o neurolépticos.
- Incrementar la sociabilidad, la locuacidad o la desinhibición (alcohol, tabaco, cocaína, anfetaminas).

Estos efectos, sin embargo, no son constantes y dependen de los llamados patrones de consumo: dosis, vía de administración, la persona –personalidad, estado físico, historia personal–, contexto de uso –las circunstancias, las compañías, etc.

Al respecto, destacamos también la clasificación realizada por Escohotado (2006, p. 14), por su simpleza y parsimonia, así como por el énfasis puesto en «la intencionalidad» de la que se dota a la relación sujeto-sustancia. Así, el autor, ofrece una clasificación funcional que contempla tres esferas:

- Drogas que proporcionan –o prometen– algún tipo de paz interior, relacionadas con el alivio del dolor, el sufrimiento y el desasosiego.
- Drogas que proporcionan o prometen algún tipo de energía en abstracto, como un aumento de tensión en los circuitos eléctricos; con el objetivo de superar la pereza, impotencia y aburrimiento.
- Drogas que proporcionan o prometen algún tipo de excursión a zonas no recorridas del ánimo y la conciencia, relacionadas con con la curiosidad intelectual y el corazón aventurero, mal adaptados a una vida inmersa en rutinas y anticipada por otros, cuya aspiración es abrirse horizontes propios.

Un concepto clave en el campo actual de la investigación de drogas que ofrece un enfoque comprobable, aplicable y potencialmente fructífero para estudiar el papel de los parámetros extra-farmacológicos sobre los efectos de las drogas es el concepto de *set* y *setting*, que surgió dentro del campo de la investigación psicodélica de los años 60 y desde entonces ha sido aceptado tanto dentro de la comunidad de investigación de drogas como en el discurso extra-académico. La acuñación del concepto de *set* y *setting* se acredita comúnmente a Timothy Leary, el polémico psicólogo de Harvard que desempeñó un papel crucial en la introducción de los psicodélicos en el discurso cultural de los Estados Unidos en los años sesenta. El término se publicó por primera vez en un documento presentado en la reunión anual de la American Psychological Association, el 9 de septiembre de 1961 (Hartogsohn, 2017, pp. 1, 2).

La hipótesis del *set* y *setting* básicamente sostienen que los efectos de las drogas dependen, en primer lugar, del *set* –personalidad, preparación, expectativa e intención de la persona que tiene la experiencia– y del *setting* –el entorno físico, social y cultural en el que la experiencia tiene lugar. Si bien el concepto de *set* y *setting* nació de la investigación psicodélica, y aunque parece tener una aplicabilidad especial en ese dominio, también se ha demostrado que es útil para los investigadores que han estudiado los efectos de diversos estimulantes, depresores y antipsicóticos, como alcohol, heroína, metilfenidato (Ritalin), metanfetamina, cocaína y cocaína crack. En realidad, las investigaciones actuales sugieren que

los efectos no farmacológicos son responsables de una parte importante, si no la mayoría, de los beneficios terapéuticos en una variedad de tratamientos farmacológicos aceptados (Hartogsohn, 2017, p. 1, 2).

Es importante tener en cuenta que el *set* y el *setting* son críticos, no solo para los resultados experimentales obtenidos en los laboratorios, sino también para la forma en que se desarrollan las experiencias de campo con las drogas. De hecho, si uno presta atención a lo que los propios consumidores de drogas tienen que decir, la ubicuidad de los problemas de *set* y *setting* dentro de su discurso apunta a que el asunto es mucho más que una simple búsqueda académica. Los usuarios de drogas a menudo están sorprendentemente ocupados con consideraciones de *set* y *setting*, y dan crédito de tales condiciones, tanto por las experiencias negativas con drogas como por las seguras y positivas. Por lo tanto, estudiar el *set* y *setting* y educar a los ciudadanos sobre su importancia parece esencial para el éxito de cualquier programa de educación sobre drogas que funcione tanto en el marco proporcionado por las políticas actuales de drogas como en era posterior a la prohibición (Hartogsohn, 2017, p. 2).

Consumos Problemáticos de Drogas

Con base en lo expuesto podemos afirmar que «el problema de la droga» es un fenómeno complejo, plural y multicausal. Cuatro cuestionamientos pueden ayudar a posicionarnos de manera congruente con esta afirmación y superar el reduccionismo moral y farmacológico, estas son (Fernández y Martínez, 2014, p. 30):

- ¿Qué se consume?Cuál es la procedencia de las sustancias, su composición química, sus efectos sobre el SNC, su calidad, pureza y grados de nocividad, su estatus legal, su uso clínico y farmacológico, su modo de presentación y de preparación.
- ¿Quién la consume? Las personas tenemos una realidad física y psíquica diversa y reaccionamos de manera distinta por edad, género y sector social. Los efectos al consumir una sustancia difieren mucho de una persona a otra.
- ¿Cómo se consume? Dosis, frecuencia de consumo, vía de administración, si se utiliza una o varias sustancias combinadas, la intencionalidad.
- ¿Cuándo y dónde se consume? Los escenarios del consumo condicionan material y simbólicamente el tipo de uso, no es lo mismo consumir solo o en compañía, en un ámbito público o privado, por ejemplo.

Para Fernández y Martínez (2014, pp. 30, 31) en este contexto la pregunta ¿por qué algunos sujetos se tornan consumidores y otros no?, se convierte en ¿por qué algunos consumidores – todos nosotros– se tornan adictos y otros no? Desde la perspectiva del consumo problemático se considera que hay que cuestionar la relación mecánica y directa que se establece entre el consumo de drogas y la adicción. Esta perspectiva considera que cuando el consumo atenta contra la salud y contra la construcción de proyectos de vida incurre en una relación que puede ser problemática. Tales son los casos de consumos compulsivos, –orientados a reducir la angustia que produce el no consumir–, pero también otros usos en los cuales no hay compulsión ni adicción, como por ejemplo el simple hecho de probar sustancias de alto nivel de riesgo para la salud, o la exposición a situaciones en las que el consumo de por sí no sería problemático, pero que por la situación en la que se realiza o por la cantidad que se consume termina siéndolo, como, por ejemplo, el conducir un vehículo en estado de ebriedad.

Desde este posicionamiento el consumo problemático incluye no solo las sustancias psicoactivas, como las drogas legales o ilegales, sino también todos aquellos objetos que se consumen en la sociedad de consumo. Por ejemplo, TV, Internet, moda, juegos, alimentos, entre otros. A su vez abarca:

- **Uso problemático:** cuando el uso de determinados objetos afecta al sujeto o al entorno, teniendo en cuenta, la situación biológica del sujeto, el contexto-momento de su uso y frecuencia y cantidad.
- **Abuso y Dependencia:** cuando existe un consumo compulsivo, es decir, cuando existe un impulso irresistible por consumir objetos, que no puede dejar de realizarse y cuyo correlato es la adicción. La probabilidad de que se establezca una relación problemática con las drogas aumenta considerablemente en sujetos que se encuentran en situación de vulnerabilidad biopsicosocial.

Prevención

Nos referimos aquí a prevención en el campo de la salud, sin desconocer que el término admite variaciones al ser empleado en otros contextos, principalmente, el militar y/o policial – prevención del delito, guerra o ataque preventivo. Tampoco pasa inadvertido que, en ambos contextos, el término comparta similitudes. Al contrario, destacamos que dicha similitud no es casual, y permite un primer acercamiento al sentido de la palabra.

Los tratamientos de salud comparten en su génesis y desarrollo ideas con la acción

militar. Como se señaló en la introducción del presente trabajo autores como Canguilhem, Foucault, Castel o Zsasz han advertido la similitud entre las estrategias legales-punitivas y las de salud pública, en tanto mecanismos de administración y control poblacional.

En cualquier caso, advertimos que la palabra, en sus acepciones más básicas, remite a:

- 1) Tomar precauciones o medidas por adelantado para evitar un daño, un riesgo o un peligro; y
- 2) Advertir o avisar a una persona de una cosa, en especial de un daño o un peligro (Real Academia Española, 2014).

En el contexto de este trabajo investigativo entenderemos a la prevención como un continuo, donde sus diferentes niveles pueden verse como diferentes momentos de un proceso circular y recursivo, dentro del ciclo incesante entre salud-enfermedad. No desconocemos el hecho de que existe una pertinente discusión, que permanece actual, respecto a los alcances de la definiciones de salud y enfermedad, pues, al parecer, en el corazón de la cuestión se encuentran dos lógicas diferentes, que corresponderían respectivamente a la salud y la enfermedad, lo cual explicaría los problemas para definir una a partir de la otra –un análisis detallado de esta cuestión puede encontrarse en Ayres (2007), donde el autor desarrolla una concepción hermenéutica del concepto de salud⁶.

Gómez y González (2004, p. 89) señalan que la aplicación de medidas preventivas puede encontrarse a lo largo de la historia de la medicina y de la salud pública, pero la inquietud sistemática por la prevención surgió con el movimiento higienista de principios del siglo XX. Este movimiento proponía el menor costo y mayor efectividad de impedir la aparición de los problemas que tratarlos cuando ya se han establecido. No obstante, la noción de prevención de la enfermedad solo se desarrolló conceptualmente hasta mediados de 1950, cuando Leavell y Clark propusieron su modelo dinámico para explicar la aparición y comportamiento de las enfermedades con el cual proponían que la enfermedad, más que un hecho aislado, era el resultado de un proceso que no termina con los signos y síntomas clínicos, pues suele derivar en consecuencias posteriores como la secuela, la invalidez o la muerte

⁶ Para Ayres (2007) los conceptos de salud y enfermedad operan dentro de dos lógicas distintas, lo que explicaría la problemática que aparece al intentar definir una a partir de la otra –la salud como la ausencia de enfermedad, la enfermedad como aquello que se opone a la salud. Para este autor el concepto de salud está directamente relacionado con los «proyectos de felicidad», es decir, la totalidad comprensiva en la que adquieren sentido concreto las demandas puestas en los trabajadores y servicios de salud por los usuarios. Mientras que el concepto de enfermedad se vincularía más con el conjunto de juicios de carácter instrumental, orientados normativamente por la noción de control técnico de obstáculos naturales y sociales a los intereses prácticos de individuos y colectividades, teniendo como base material el conocimiento y el dominio de regularidades causales en el organismo –cuerpo, mente y medio– y, como forma de validación, una serie bien definida de criterios *a priori* para el control de las incertidumbres.

temprana.

Este modelo supone que los seres humanos nacemos con una susceptibilidad variable para responder desfavorablemente a ciertos estímulos potencialmente dañinos, denominados noxas. Estas son cualquier tipo de evento, interno o externo, capaz de alterar nuestros mecanismos fisiológicos y homeostáticos. La exposición y respuesta ante las noxas no es igual en todas las personas, pero la exposición puede desencadenar procesos nocivos y dar origen a una manifestación clínica del daño. En ocasiones el daño se manifiesta al poco tiempo de la exposición a la noxa –como en el caso de una quemadura–, pero en otros, el proceso dañino puede cursar de forma silenciosa y progresiva por mucho tiempo antes de manifestarse clínicamente –como es el caso del cáncer de cérvix. Para Leavell y Clark, la enfermedad sintomática es solo un momento avanzado del proceso patógeno que suele darse después de un tiempo silencioso variable, durante el cual el daño ha podido ser detectado y tratado. La enfermedad clínica tampoco representa el fin del proceso nocivo, pues su evolución puede derivar hacia consecuencias aún peores, que podrían también evitarse mediante acciones preventivas que ellos formulan en tres niveles (Gómez y González, 2004, pp. 89-90):

Prevenición primaria. Nivel de intervención del proceso patógeno constituido por todas aquellas acciones que se realicen en una población sana con la intención de evitar que los sujetos se expongan a una noxa o factor de riesgo. La prevención primaria comprende dos tipos de acciones: a) fomento de la salud –llamado por algunos prevención universal– que se refiere al conjunto de acciones de prevención primaria aplicadas de manera colectiva –por ejemplo, la fluoración del agua, la señalización de vías y el saneamiento ambiental– y b) protección específica –prevención selectiva–, noción que se refiere al conjunto de acciones de prevención primaria aplicadas individualmente a ciertos sujetos que están expuestos a un riesgo particular –por ejemplo, el casco en los obreros de construcción o el cinturón de seguridad en los conductores.

Prevenición secundaria. Es el nivel de intervención constituido por todas aquellas acciones realizadas en población que ha estado expuesta ya a una noxa o que está comenzando a desarrollar el daño, con la intención de impedir la aparición de las manifestaciones clínicas, reducir su duración o evitar sus complicaciones. La prevención secundaria comprende dos tipos de acciones: a) el diagnóstico acertado y precoz, actividad relacionada con la evaluación individual periódica y con los programas de tamizaje y b) el tratamiento apropiado y oportuno, que implica el desarrollo de servicios asistenciales de tipo curativo y reparativo.

Prevención terciaria. Es el nivel de intervención constituido por todas aquellas acciones realizadas entre los enfermos que han presentado complicaciones, con el fin de evitar la invalidez o la muerte temprana y rehabilitarlos.

Aunque los niveles de prevención propuestos por Leavell y Clark son ampliamente aceptados por quienes trabajan en salud pública, han sido también objeto de controversia. Para Bloom, la noción de prevención terciaria debe aplicarse más bien a la reducción de un desorden entre un grupo de personas que ya están experimentando el problema. Otros autores consideran que solo deberían calificarse como prevención aquellas intervenciones que ocurren antes de la aparición del problema y que las intervenciones que se dirijan a un desorden existente debieran verse más como formas de tratamiento. Durlack propuso que la prevención de la enfermedad no puede llevarse a cabo sin incluir también el refuerzo de habilidades y competencias de la población para que pueda enfrentar el desafío de problemas futuros; esta última condición constituye también un rasgo típico de la promoción de la salud por lo que, desde el punto de vista de Durlack, se hace muy difícil diferenciar completamente la prevención de la enfermedad de la promoción de la salud (Gómez y González, 2004, p. 90).

Sin embargo, y a pesar de las críticas vigentes al modelo de prevención de la enfermedad de Leavell y Clark, mucho más cuanto intentamos aplicarlo a los consumos problemáticos de drogas –que, como se expuso en el apartado anterior difieren de la adicción y la farmacodependencia– continúa siendo el modelo imperante en nuestro contexto, específicamente en la organización de la práctica profesional de los servicios que presta el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).

Paradigmas de la Prevención de los Consumos de Drogas

Desde los años setenta, cuando se empieza a hablar de los consumos de drogas y los supuestos problemas que acarrearán, tanto las legales, pero especialmente los consumos juveniles de las ilegales, se empezaron a desarrollar una serie de estrategias preventivas –en sus diferentes niveles– que pueden ser organizadas de varias maneras. La que proponemos nos lleva a cuestionarios, en primer lugar, los objetivos que persiguen dichas acciones. De esta manera tenemos: el paradigma de prevención del consumo y el paradigma de reducción de daños. Existe un tercer paradigma, presente en el continente europeo, pero en ciernes –o francamente inexistente– en nuestro medio: aquel que pone el acento en la gestión de los placeres o beneficios asociados al consumo de drogas (Rovira e Hidalgo, 2003). Cabe señalar también que, a nuestro juicio, la reducción de riesgos y daños involucra, de manera más o menos

indirecta, acciones que podrían interpretarse como gestión de los beneficios asociados al consumo de drogas, aunque no siempre se hagan explícitos.

En cualquier caso, aunque no desconocemos la discusión subyacente a la emergencia del paradigma de gestión de los placeres –el hecho de que, en última instancia, reducir a cero los riesgos implicaría no consumir (Rovira e Hidalgo, 2003)– consideraremos al paradigma de prevención del consumo y de reducción de riesgos y daños como los grandes grupos dentro de los cuales se pueden clasificar los diferentes modelos, estrategias y acciones de prevención que se han ejecutado y se ejecutan en la actualidad. Ambos se despliegan dentro de un marco más amplio, aquel que sistemáticamente los ha ido prefigurando.

El Marco Prohibicionista

A finales de siglo XIX las élites dirigentes de los Estados Unidos se propusieron controlar la producción y venta de ciertas drogas. Las élites blancas, anglosajones y protestantes –WASP, por sus siglas en inglés – empezaron una cruzada moral contra las drogas y sus consumidores. Ciertas drogas se entendían como un elemento extraño que perturbaba los sentidos y minaba la voluntad y la integridad de los consumidores. Las drogas que estaban en el punto de mira eran las consumidas por minorías étnicas o inmigrantes, como por ejemplo, el opio entre los chinos, la marihuana entre los mejicanos, la cocaína entre los negros del sur de los Estados Unidos, e incluso el alcohol entre los irlandeses. La cruzada moral y racista se valió de todo tipo de artimañas para fiscalizar las drogas, tanto de tipo moral, como de alarma social, y en menor medida arguyeron argumentos de salud pública (Martínez y Pallarés, 2013, p. 29).

Los Estados Unidos, con el fin de exportar al mundo su mirada hacia ciertas drogas, pusieron en marcha la maquinaria diplomática para conseguir complicidad y un amplio apoyo en la escena mundial. Desde la Convención Internacional del Opio de Shangai en 1909 hasta la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de Viena en 1988, los Estados Unidos convocaron continuamente encuentros internacionales para fiscalizar las drogas. Con la Convención Única de estupefacientes de las Naciones Unidas firmada en Nueva York en 1961, se culminó el proceso de fiscalización de ciertas drogas, y se sentaron las bases del prohibicionismo. Estrategia afinada por el Convenio de Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la citada Convención de 1988 (Martínez y Pallarés, 2013, p. 29, 30).

El establecimiento de los tratados internacionales, posibilitó la emergencia del modelo

penal. Los Estados firmantes –la inmensa mayoría– se comprometen a perseguir la producción, la distribución y la venta de drogas, aunque la mayoría también reprimen el consumo. Mediante estos tratados se consiguió que todos los Estados asumiesen una mirada penal de la cuestión de las drogas. El prohibicionismo aboga por el control de la oferta, es decir, se persigue policial y judicialmente la producción y distribución de las drogas. Cualquier persona que esté en contacto con las drogas es un potencial delincuente. La represión de un fenómeno tan complejo como las drogas ha comportado un número desproporcionado de encarcelamientos por delitos relacionados con las drogas, en la mayoría de los casos por pequeñas cantidades destinadas a sufragar el propio consumo. La reducción de riesgos y daños intenta driblar las limitaciones del prohibicionismo (Martínez y Pallarés, 2013, p. 30).

En estrecha relación con el modelo penal se encuentra el modelo médico. A lo largo del siglo XX, a los consumidores de drogas, además de como delincuentes, también se los representó como enfermos. El modelo médico supuso la resignificación del modelo moral y penal. Se entendía a los adictos como enfermos degenerados, y el vicio explicaba gran parte de sus problemas. El abordaje terapéutico era casi punitivo, puesto que era obligatorio vivir libre de drogas. En las últimas décadas se ha trabajado, con mayor o menor éxito, para abordar las adicciones sin moralina (Martínez y Pallarés, 2013, p. 30).

El modelo penal y el modelo médico entendían como normales a las personas que se abstendían de consumir las drogas fiscalizadas o consumían drogas legales, pero como desviados a las que utilizaban ciertas drogas, sin tener en cuenta los efectos que les producían y las consecuencias que les acarreaban. El hecho de consumir drogas, si se hacía notorio o público, implicaba un proceso de etiquetamiento, que conducía inevitablemente a la estigmatización. Este proceso se intensificó con la irrupción de los consumos excluyentes de heroína. La evolución de los consumos de drogas y la forma en qué se entienden los consumidores de drogas son deudores del marco social. En este sentido la evolución de la Sociedad de Consumo, las condiciones en el trabajo y los estilos de vida juveniles, han posibilitado unos consumos y han truncado otros. Si en los ochenta los consumos de drogas eran excluyentes, a partir de los noventa y bajo el amparo del Consumo, los consumos se normalizaron (Martínez y Pallarés, 2013, p. 30, 31).

Con los años el prohibicionismo afinó sus métodos de control, y sobre todo, el discurso más allá del pánico moral inicial, progresivamente fue incorporando otros elementos para refinar su estrategia. Con la lógica del siglo XX y el auge de la ciencia como «verdad», el

prohibicionismo se ayudó de la ciencia –o tal vez al revés– para presentar «evidencias» sobre los efectos perversos de las drogas, con notable éxito entre la opinión pública. También los medios de comunicación tuvieron –y tienen– su papel destacado en la difusión del discurso prohibicionista, la mayoría no desperdicia cualquier noticia para provocar escándalo y hacer propaganda de las perversiones que provocan las drogas (Martínez y Pallarés, 2013, p. 32).

El prohibicionismo, con el ánimo de evitar que los jóvenes «cayesen» en el mundo de «la droga», como hemos visto, optó por poner en acción estrategias preventivas. En la actualidad, se conocen como prevención universal las estrategias preventivas que persiguen evitar el consumo, o cuando menos retrasar el inicio en los consumos. La prevención prohibicionista, camuflada bajo una patina científicista, ha abarcado diferentes ámbitos, a destacar el ámbito educativo. Los mensajes entregados suelen centrarse en las sustancias y los efectos negativos, o tal vez en los aspectos legales. Sea como sea, la intención es inocular miedo y el mensaje es inequívoco: no se debe consumir. Mensajes de utilidad para las personas no consumidoras y que nunca llegarán a consumir, pero ineficaces para aquellos que hayan decidido o decidirán consumir (Martínez y Pallarés, 2013, p. 33).

La Prevención del Consumo

Desde los años setenta, cuando se empieza a hablar de los consumos de drogas y los supuestos problemas que acarrearán, surge la filosofía de la educación sobre drogas o de la prevención, que pretende reducir la demanda, y se configura como el paradigma que permitiría cambiar el comportamiento del consumidor, puesto que éste usualmente es considerado como un objeto pasivo, más que un actor localizado social y culturalmente. Se vislumbraba, teóricamente, la posibilidad de minimizar todos los problemas o de mantenerlos bajo control, junto a medidas complementarias, tendentes a reducir o dificultar la oferta (Martínez y Pallarés, 2013, p. 23).

La prevención del consumo de drogas entiende, como su nombre sugiere, el uso de estas sustancias como un riesgo a evitar en sí mismo y se plantea como uno de sus objetivos implícitos la erradicación de todas las drogas ilegales y algunas legales, objetivo que en la práctica ha resultado muy difícil de alcanzar. Constituye un enfoque abstencionista, no acepta ni asume la posibilidad y legitimidad del uso de sustancias psicoactivas (Rovira & Hidalgo, 2003).

Fernández y Martínez (2014, pp. 43-44) destacan cuatro modelos de intervención enmarcados dentro del paradigma de la prevención del consumo, y resumen los estereotipos

asociados y las representaciones sociales que se construyen en torno a cada modelo.

Cuadro 1

Modelos de intervención enmarcados en el paradigma de prevención del consumo de drogas

Modelo	Estereotipos	Representación social que construye
Ético-jurídico	El usuario de drogas es simultáneamente delincuente y víctima.	Trasgresión de normas - delincuente: inseguridad, miedo. Usuarios víctimas de la sustancia.
Médico-sanitario	El usuario de drogas es un enfermo.	Las sustancias alteran y afectan el buen funcionamiento del organismo. El sujeto no puede hacer nada para evitar el consumo problemático. La adicción es un emergente.
Psico-social	El usuario de drogas es un esclavo, son personas con dificultades de adaptación y maduración.	El consumo de drogas es un síntoma que evidencia un malestar psíquico. Falta o mal funcionamiento de una red sociofamiliar que contenga al usuario.
Socio-cultural	El usuario de drogas es una víctima condicionada por su entorno socioeconómico.	El consumo de drogas implica una evasión de la realidad. El entorno cultural y económico determina los tipos de drogas y las formas de consumo. El uso de drogas ilegales es característico de las sociedades industriales avanzadas. Las desigualdades sociales producen vulnerabilidad en relación con el consumo de drogas.

Fuente: Fernández y Martínez (2014, pp. 43-44).

Elaborado por: autor (2021).

Asimismo, las autoras proponen cuatro modelos «superadores» de la visión simplista de los modelos clásicos que tienen en cuenta la situación actual de la problemática, como así también todos los factores que se ponen en juego a la hora de abordar el consumo problemático y la interrelación entre los mismos (Fernández y Martínez, 2014, pp. 44). A nuestro juicio estos modelos se encuentran en la «frontera» de los paradigmas de prevención del consumo y de reducción de daños.

Cuadro 2

Modelos de intervención «fronterizos» entre el paradigma de prevención del consumo y el paradigma de reducción de riesgos y daños

Modelo	Estereotipos	Representación social que construye
Geopolítico-estructural	El usuario es una víctima del «fuego cruzado» de la guerra contra las drogas, en tanto «guerra contra la subversión».	El consumo personal de drogas se inserta en la dinámica del narcotráfico, en tanto fenómeno global. El contexto no es sólo el ambiente individual, familiar y comunitario, sino toda la sociedad con sus factores, cambios y contradicciones. El «primer mundo» y el «tercer mundo» deben aplicar estrategias de prevención diferentes.
Ético-social	El usuario es un sujeto preocupado por la existencia y el sentido de la vida. El usuario es solo una parte de la dinámica sujeto-sustancia-contexto.	La respuesta al consumo debe venir desde la sociedad en conjunto. «Preventores» y usuarios tienen perspectivas diferentes. La «verdad» en torno a las drogas es falseable.
Multidimensional	El usuario, como entidad «dura» no existe, existe una interrelación entre sustancia, estructura y disposición subjetiva y organización política-cultural en un momento histórico dado.	La prevención es una forma de promoción de la salud. Prevención inespecífica como promoción comunitaria. Prevenir es evitar que un suceso no se genere, o que, en el caso de aparecer, el problema sea el menor posible.
Promoción de la salud	El usuario es un actor comunitario.	La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son indisociables en la práctica. La subjetividad, autonomía y diferencia son valores. No se busca «lograr cambios en la conducta» sino «lograr competencias para la acción».

Fuente: Fernández y Martínez (2014, pp. 44-47).

Elaborado por: autor (2021).

Estos modelos se han desarrollado históricamente y cada uno representa un mayor nivel de inclusión de factores respecto del anterior. Ninguno ha perdido vigencia, todos siguen presentes, encarnados en los diferentes discursos de los sectores que intentan explicar el consumo problemático. Para entender el consumo problemático es necesario comprender su carácter polifacético y complejo, lo que nos obliga a utilizar enfoques cada vez más inclusivos.

Como se anticipó uno de nuestros objetivos es encontrar en la Prevención un concepto unificador, que permita dotar de coherencia a las prácticas que tienen lugar dentro de los servicios de salud de nuestro contexto, por tanto cabe señalar que la prevención primaria, dentro del paradigma de prevención del consumo, está representada mayoritariamente por estrategias educativas orientadas a disuadir a las personas de consumir drogas. El ejemplo paradigmático es la campaña *Just say no*⁷, del cual la mayoría de programas de prevención primaria son herederos, incluyendo más o menos variaciones en su forma de presentación.

Los tratamientos en salud, entendidos como asistencia sociosanitaria –prevención secundaria– son numerosos y variados. Becoña (2002), por ejemplo, describe 35 modelos explicativos, si consideramos que cada uno podría dar lugar a una forma de abordar asistencialmente los consumos problemáticos podemos dimensionar la ingente cantidad de tratamientos existentes. Asimismo, estos tratamientos han sido mayor e históricamente relacionados con la salud «mental»; al respecto, basta decir que ya en el ahora lejano 1994, Garfield y Bergin, contabilizaban alrededor de 400 dispositivos de psicoterapia (Benito, 2009, p. 1).

Aquellos tratamientos que podríamos denominar de «rehabilitación» –prevención terciaria– están representados, dentro de este paradigma, por: a) los programas especializados, a nivel público – los Centros Estatales de Tratamiento de Adicciones CETAD, en el Ecuador– o privados , como las comunidades terapéuticas/clínicas de «desintoxicación»; y, b) los

⁷ Hoy se sabe, aunque no siempre se dice, que la ayuda estadounidense a la Contra nicaragüense tenía dos fuentes principales, e ilegales, de financiación: el tráfico de armas a Irán y el tráfico de drogas. Pero cuando en 1996 Gary Webb publicó su serie «*Dark Alliance*» en el San José *Mercury News* y expuso cómo la Agencia Central de Inteligencia (CIA) favoreció la venta de toneladas de cocaína y crack en los barrios pobres de Los Ángeles durante la década de 1980 a fin de financiar a la Contra y apoyar sus propósitos de derribar al Gobierno sandinista, sacudió al país. Webb se basó en documentos desclasificados de la CIA, en testimonios de traficantes que operaban a su sombra y de antiguos oficiales de la Agencia Antidrogas (DEA), en cientos de horas de entrevistas grabadas y en transcripciones de procesos judiciales en cortes de su país (Álvarez, 2018). Mientras, en 1986, la primera dama Nancy Reagan aparecía junto a su esposo en un vídeo, en el cual anunciaba enfáticamente “Las drogas se roban lo sueños de los niños y los reemplazan por una pesadilla. Es hora de que los estadounidenses defendamos estándares sólidos”, y concluía con su famosa frase “*Just say no*”, nombre de su emblemática «campaña antidrogas» (Núñez, 2016).

programas llevados a cabo por pares, grupos de auto/mutua ayuda como Alcohólicos Anónimos, en donde se habla de recuperación total y de enfermedad permanente, por lo cual la recuperación se controla día a día, se presentan como dependientes y el único requisito para ingresar es querer dejar la bebida (Fernández y Martínez, 2014, p. 47).

La Emergencia de la Reducción de Daños

En los años ochenta, tras valorarse que la educación sobre drogas desarrollada hasta entonces obtiene escasos éxitos en la reducción del consumo de drogas y de sus consecuencias, pero sobre todo por la emergencia de problemas relacionados con la extensión del VIH y de la hepatitis, y con la práctica endovenosa, se empieza a vislumbrar y proponer políticas y orientaciones más pragmáticas, de orientación sociosanitaria. Se denominarán genéricamente como políticas de reducción de daños, apoyadas por organismos como la Unión Europea y la OMS, aunque fueran vistas con reticencias por otros, como la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de las Naciones Unidas (Martínez y Pallarés, 2014, p. 23).

Según Martínez y Pallarés (2014, p. 24) los programas de reducción de daños no surgieron como una alternativa a la prevención, sino como un intento de dar un paso más e incorporar a las redes de atención sociosanitarias a los consumidores de drogas que no tenían respuesta –o cabida– en el emergente sistema especializado de atención a los drogodependientes basado en la abstinencia, con el fin de priorizar el objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de drogas, antes que evitar los consumos.

No obstante, y de conformidad con la propuesta teórica de Leavell y Clark expuesta en el apartado anterior, entendemos que la «anticipación» de una enfermedad y el «tratamiento» de la misma pueden ser vistas, ambas, como formas de prevención –primaria y secundaria y/o terciaria, respectivamente. En este sentido, el caso de la reducción de daños constituye un ejemplo de cómo una intervención que surgió como una propuesta «asistencial» puede convertirse progresivamente en un modelo de «prevención», poniendo en evidencia sus difusos límites conceptuales.

Como se señaló durante los ochenta los consumos de heroína conducirían a la exclusión social a un gran número de consumidores. Las consecuencias funestas de los consumos compulsivos de heroína requerían respuestas de intervención que planteasen otros objetivos más allá de la abstinencia. Se puede considerar el modelo inglés o el carné extradosis –

prescribir y dispensar opiáceos a los adictos a dicha sustancia, estrategia que evitaba muchos problemas a los consumidores como recurrir al mercado negro— como estrategias pioneras de reducción de daños. Los consumidores y profesionales empezaron a tomar conciencia de que la abstinencia era ineficaz entre los consumidores que persistían en los consumos. Los consumidores asumían riesgos y en consecuencia aparecían daños más graves que el propio consumo. La reducción de daños planteó objetivos para preservar la salud más allá de la abstinencia. Con la irrupción del VIH las estrategias de reducción de daños se volvieron absolutamente necesarias. Por tanto, la reducción de riesgos y daños se configuró como una estrategia de prevención eficaz y necesaria (Martínez y Pallarés, 2013, p. 31).

En este punto es pertinente dilucidar la diferencia entre riesgo y daño, pues muchas veces el paradigma al que nos referimos ha sido denominado «reducción de riesgos» — denominación que nosotros acogemos—, pero también se la ha designado «reducción de riesgos y daños». ¿Existe diferencia, o son dos expresiones para referirse a lo mismo? Si existe, ¿cuál es y qué implica para la concepción de este paradigma?

Al respecto, Martínez y Pallarés (2013, p. 27), señalan que la reducción de riesgos y daños se comprende como un marco único de actuación. La lógica subyacente es que si una persona consume drogas lo hace, en primer lugar, guiado por la obtención de un placer. La dosis, la potencia/toxicidad, la frecuencia, la dificultad en el acceso, la preparación del consumo — higiénico o no—, la vía de administración, el policonsumo, los cuidados posteriores, el estado físico y psíquico y el contexto de consumo son los factores que hacen variar el nivel de riesgo cuando se busca un placer. Unos consumos son más riesgosos que otros, por tanto, aumentan la probabilidad de que un daño ocurra. Los daños son las consecuencias negativas en el ámbito personal, familiar o comunitario. Por esto, reducir los riesgos y evitar los daños resulta lo mismo, tanto a nivel teórico como práctico. Se reducen los riesgos para que no aparezca un daño, y se evita el daño reduciendo los riesgos.

No obstante, los mismos autores, remarcan que puede existir una diferencia, no en el enfoque o la filosofía de trabajo, sino en los colectivos y contextos en los que se trabaja. En las primeras experiencias de reducción de riesgos y daños era de uso corriente —y casi exclusivo— hablar de reducción de daños. Estas estaban diseñadas para intervenir en contextos de exclusión social entre usuarios de heroína por vía parenteral, y constituyen experiencias pioneras que continúan vigentes y necesarias en la actualidad. A destacar en este ámbito cómo en los últimos años se ha implicado a los colectivos de consumidores en el diseño de las

actuaciones preventivas (Martínez y Pallarés, 2013, p. 27).

Con el paso del tiempo y tal como esta mirada hacia las drogas se desvinculaba de los consumos más problemáticos, apareció progresivamente el concepto de reducción de riesgos. El cambio de terminología vino motivado tanto por los nuevos contextos y colectivos de intervención, como muy especialmente por los riesgos y daños que se querían evitar. Si entre los consumidores de heroína por vía parenteral en situación de extrema marginalidad está claro el daño que aparecerá si se intercambian jeringuillas infectadas con VIH, por el contrario, es más inespecífico y más improbable que aparezca el mismo daño si se intercambia un llavero para esnifar cocaína entre jóvenes de clase media en los baños de una macrodiscoteca. En este sentido, se ha llamado reducción de riesgos a las intervenciones desvinculadas de los contextos y colectivos marginales, suponiendo que en estos nuevos contextos los riesgos están más presentes que los daños. Aunque las estrategias preventivas y comunicativas se adaptaron a los nuevos colectivos diana, el discurso de cómo abordar los consumos de drogas seguía la misma línea que en la llamada reducción de daños (Martínez y Pallarés, 2013, p. 28).

En consideración con lo expuesto, podemos decir que cuando hablamos de daño aludimos principalmente a abordajes enmarcados dentro del nivel secundario de prevención, mientras que, cuando priorizamos la reducción de riesgos presente en este paradigma, nos referimos mayoritariamente a intervenciones de prevención primaria.

Cuando una persona se enfrenta ante la tesitura de consumir una droga o no, la fórmula del prohibicionismo es rotunda, ofreciendo el omnipresente «solo di no». Si la fórmula falla, y la persona decide consumir, esta se aventura a una serie de riesgos y posibles daños. El aprendizaje sobre las drogas se producirá por contacto con otros consumidores, así como a partir de su propia experiencia. Si no aparecen problemas, el consumidor puede vivir su periplo con las drogas sin ninguna información relativamente objetiva. Pero, si por el contrario los consumos se vuelven problemáticos, el prohibicionismo volverá a recuperarlo en los centros asistenciales. Esto apunta, en el marco prohibicionista, a un vacío preventivo entre la abstinencia y el tratamiento. La reducción riesgos y daños intenta llenar este hueco mediante el contacto con los usuarios de drogas para fortalecerles y poder así preservar su salud (Martínez y Pallarés, 2013, p. 32, 33).

Los profesionales de la reducción de riesgos han reivindicado históricamente que los usuarios de drogas merecen el mismo respeto y dignidad que los demás usuarios de los servicios de salud. Pero dentro del paradigma de la reducción de riesgos ha surgido una tensión

creciente en relación a los valores que expone. Esta tensión se expresa en los dos modelos que podemos identificar dentro de este paradigma preventivo.

Cuadro 3

Modelos de intervención enmarcados en el paradigma de reducción de riesgos y daños

Modelo	Estereotipos	Representación social que construye
Derechos Humanos	El usuario es un sujeto de derechos.	El consumo de drogas es un derecho humano. Garantizar el derecho humano a consumir drogas es incluso más importante que reducir el daño. Un mercado regulado, controles fiscales y otras regulaciones son los mecanismos más fuertes de promoción de la salud. Reconocer el derecho a consumir drogas no significa promover su consumo. El consumo en sí no es algo ni positivo ni negativo, no se deriva un beneficio social o de salud del aumento o disminución del mismo.
Salud Pública	El usuario es un sujeto en riesgo.	La Salud Pública debe asumir un rol paternalista. Lo prioritario es reducir el daño. La prohibición se justificaría si lograra reducir el daño. El consumo, al implicar riesgos y daños, es siempre negativo.

Fuente: Parés (2013, p. 83, 84).

Elaborado por: autor (2021).

Como se señaló anteriormente existen otros modelos que podríamos considerar «fronterizos», principalmente los modelos Ético-social, Multidimensional y de Promoción de la Salud. Por tanto, bien podrían considerarse dentro del paradigma de reducción de daños. Así mismo, si observamos con detenimiento al modelo de Salud Pública expuesto en la tabla que antecede, podríamos deducir racionalmente su incompatibilidad en muchos aspectos con aquello que hemos llamado RRD. A nuestro criterio, a pesar de las similitudes e intersecciones entre ambos paradigmas, existe una característica clave que diferencia a la Prevención del consumo de la Reducción de daños, y este es la aceptación del consumo de drogas como un comportamiento legítimo de los seres humanos.

Usualmente, reconocer como legítimo el consumo de drogas, conlleva

indefectiblemente referirse a la cuestión de la búsqueda del placer, como reverso indispensable del riesgo o daño. La censura de determinados placeres es algo propiciado por instituciones y personas. Es habitual, como se ha dicho antes, que cada sociedad tenga su droga de elección y reniegue de las otras. No es infrecuente que alguien que toma determinada droga piense que los otros no deberían hacerlo. La cultura de masas y la mentalidad adulta consideran lícita aquella forma de ebriedad que les es cercana y desprecian las otras formas, las de las minorías. El placer tiene un potencial subversivo. Por eso, el poder institucionaliza, controla, administra, regula o prohíbe los canales de acceso al placer (Parés, 2013, p. 86).

Según Parés (2013, p. 87) el mundo del placer y la fiesta están vinculados a los miedos: a pasar vergüenza, a perder los límites, a la locura, a la adicción y el miedo último, el miedo a la muerte. La reflexión sobre la gestión del riesgo/placer ha sido el motor de progresión de la disciplina de la reducción de riesgos. Detectar nuevos fenómenos, analizarlos y ofrecer respuestas bajo el prisma del riesgo ha permitido erigir un cuerpo de respuestas que han orientado a miles de personas en su búsqueda ante algo que se encuentra velado, contaminado o mitificado. La lógica inherente a la reducción de riesgos ha ido llenando huecos, atando cabos, trenzando argumentos para dar una respuesta; esta lógica es la de la crítica racional. Crítica no en un sentido peyorativo sino constructivo. Criticar es ordenar, categorizar, entender, comparar, situar. El método que ha impulsado la reducción de riesgos está influenciado por el método científico, tiene una pretensión de objetividad. Sí la lógica de la reducción de riesgos es algo objetivo, lo que es subjetivo o relativo es la ideología que subyace a quien interprete la reducción de riesgos.

Podemos decir que la reducción de riesgos es un apéndice del prohibicionismo, es deudora de él. Con otras sustancias, fármacos o actividades de riesgo institucionalizadas no decimos o hacemos reducción de riesgos, lo que hay es una cultura, un conocimiento y una transmisión integrada que no necesita de categorías especiales ni teorías del riesgo, per se. La reducción de riesgos preguntándose el porqué de los riesgos ha trazado un camino que acaba plegándose sobre sí mismo. La reducción de riesgos es un síntoma más del prohibicionismo, una reverberación de la disonancia (Parés, 2013, p. 87, 88).

Capítulo II: La Prevención dentro de la Atención Primaria en Salud

Panorama de los Servicios de Salud en el Ecuador: el Modelo de Atención Integral en Salud

En 2012 se emitió el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), que es definido como el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud (SNS) para responder a las necesidades de salud personales, familiares y comunitarias, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud (MSP, 2012, p. 48).

El MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad (MSP, 2012, p. 48).

El SNS, históricamente, se ha caracterizado por su fragmentación, centralización y desarticulación en la provisión de servicios. Además se lo describe como predominantemente biologista-curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. Las políticas de corte neoliberal fueron muy eficaces en cuanto a acentuar estas características y además, dismantelar la institucionalidad pública de salud, debilitando también la capacidad de control y regulación de la Autoridad Sanitaria (MSP, 2012, p. 20).

Al respecto, Teixeira (2015) señala que tradicionalmente el campo de la salud se ha orientado excesivamente por dicotomías como: naturaleza/cultura, cuestiones biológicas/sociales, público/privado. Respecto a esta última plantea la existencia de un problema de «lo común», que no se agota en la señalada división político-jurídica y económica. A partir del reconocimiento del término *commons* –proveniente de la lengua inglesa– bosqueja una historia de cercamientos de las tierras comunes y los recursos naturales, y como ese proceso se extiende, en la actualidad, incluso hasta la denominada propiedad intelectual, en

correspondencia con el avance de la lógica privatista del mercado en la tendencia neoliberal. Teixeira asienta así su noción de lo común sobre la base histórica del *commons* y la extiende hacia los temas del cuidado de la vida y el valor salud.

El problema de lo común es un problema vital pues reporta exigencias reales. En todo lo que existe hay resistencia a la tentativa de apropiación, y solo mediante la violencia se puede hacer privada la propiedad pública. Lo común resulta de una actividad productiva: el trabajo, en tanto actividad ontocreativa humana, es decir, actividad de invención de sí mismo y del mundo, donde lo común aparece como el producto y las condiciones de producción simultáneamente. En consecuencia, no cabe la distinción entre producción vital y producción social, pues esta última es considerada un caso especial de la primera⁸ (Teixeira, 2015).

Podemos observar que la tensión entre lo público y lo privado es una de las primeras características del SNS a destacar, y en buena medida ha prefigurado el desarrollo de dicho sistema hasta la actualidad. Históricamente la inequidad en el acceso a los servicios de salud de las poblaciones en situación de pobreza y extrema pobreza, marcadas por barreras de acceso geográfico, cultural y económico, ha sido una constante (MSP 2012, p. 20). Específicamente, el problema del consumo de drogas ha sido definido, constitucionalmente, como un problema de salud pública; sin embargo, en la práctica, bien podría considerarse como un problema privado, al comparar el número de instituciones públicas –que brindan servicios de salud relacionados– con las privadas⁹. De esta manera podemos distinguir dos tendencias relevantes para nuestro análisis: una concentración de los servicios en lo privado y su énfasis en la prevención terciaria.

⁸ Dentro de la dimensión ético-política –una de las tres propuestas por Teixeira (2015a) en su análisis de la producción de común–, para cumplir con la tarea de constituir lo común en esfera pública, es necesario que toda la comunidad sea política. El autor esboza dos desafíos fundamentales para lograr este cometido: 1) expandir la sensibilidad a lo común en la salud, es decir, colocar a la lucha por la salud pública gratuita y universal como una de las principales formas contemporáneas de lucha por la producción de común; y 2) recordar que la multitud que se expresa en las luchas contemporáneas se encuentra, también, en un proceso de aprender a autogobernarse, inventando formas democráticas de organización social duraderas.

⁹ Paladines (2016, p. 30, 31) señala que el Ecuador ha desarrollado un gran aparato privado para abordar los consumos problemáticos, muchos de ellos de corte religioso, poniendo en evidencia la necesidad de recuperar lo público. El autor enumera 33 de estos centros privados. Según el listado actualizado a abril de 2021 de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud (ACCESS), disponible en su portal web (<https://bit.ly/3wnJEoB>), se registran un total de 60 Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) a nivel nacional. De estos, 53 son privados y tan solo siete son públicos. Cabe señalar que en estos datos solo se incluyen aquellos CETAD con certificado de licenciamiento emitido.

En la relación drogas y salud es evidente el acento puesto en el tratamiento de una «patología», quizás como una extensión –o «en paralelo»– a los abordajes punitivos provenientes de las perspectivas ético-legales. Por tanto, dentro del presente trabajo el concepto de Atención Primaria en Salud (APS) resulta importante, principalmente por el énfasis puesto –sobre todo a nivel teórico–, en su carácter preventivo¹⁰. Se propone a la APS como el contexto de análisis de este enfoque, pues, de conformidad con los principios que persigue, constituiría la instancia en donde más claramente se evidencie su práctica.

Esto se encuentra en consonancia con uno de los principales objetivos del MAIS-FCI, que es integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales (MSP, 2012, p. 53).

A pesar del reconocimiento acerca de la importancia de que la atención en salud se encuentre organizada por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en los que se puede resolver más del 90% de los problemas de salud, en el sector público han estado debilitados por los bajos presupuestos, el abandono de las unidades, la escases e inestabilidad laboral del personal, e incidieron en una limitada capacidad resolutive y la consiguiente pérdida de confianza por parte de la población en el SNS (MSP, 2012, p. 20).

Por último, se tratará al menos sucintamente el papel asignado a la salud mental dentro del MAIS-FCI. Este Modelo reconoce a la salud mental y los riesgos ambientales como condiciones y problemas actuales que deben suscitar la atención prioritaria del sector salud. Además afirma que los indicadores nacionales no logran reflejar las profundas disparidades a nivel territorial y la situación de desventaja de grupos poblacionales en situación de pobreza y de los pueblos y nacionalidades indígenas y afro-ecuatoriana que constituyen el 11% de la población ecuatoriana (MSP, 2012, p. 22).

¹⁰ Acogemos la descripción realizada por Teixeira (2005) que propone como características principales de la APS las siguientes: 1) extensión y capilaridad de la red de servicios y 2) su actuación referida a las demandas de salud más frecuentes –en la frontera entre «los problemas de la vida» y la «patología»–. Derivadas de esta última distingue dos características adicionales: 2.1) la importancia de «tecnologías de conversación» para facilitar la identificación, elaboración y negociación con los usuarios de las necesidades que pueden ser satisfechas en estos espacios institucionales, y 2.2) la importancia de acción multiprofesional y articulación intersectorial –la APS representa la «puerta de entrada» no solo para los servicios de salud, sino para una multiplicidad de otras demandas sociales.

Al respecto cabe mencionar que la atención en salud de los consumos de drogas se ha asignado tradicionalmente a los servicios de salud mental. Si bien esto no fue así siempre, sí lo ha sido al menos en nuestra historia reciente, a partir de la fragmentación de la salud en «física» y «mental».

La fragmentación de la salud hace alusión a los múltiples conceptos de salud y la división establecida entre salud física y mental, así como a la atomización que se da en la provisión de atención en salud por parte del Estado, en los componentes de prevención primaria, secundaria y terciaria, y en los dispositivos de protección social, en un sistema de salud segmentado e inequitativo, que privilegia la enfermedad, centrado en el lucro (Herazo, 2014, p. 22).

La salud mental en la actualidad se encuentra caracterizada por (Castro, 2013, pp. 79-100):

- Un énfasis excesivo en el concepto de «gestión» –término exportado del mundo empresarial– cuyo uso ha generado, en el ámbito de las políticas en salud mental, que el poder político sitúe todas sus esperanzas de normalización y adaptación en la pareja gestión-evaluación.
- Una contradicción entre la teoría y la práctica del concepto de salud mental, pues a pesar de la consabida definición de la OMS –estado de completo bienestar, más allá de la ausencia de enfermedad/trastorno– las prácticas se han concentrado en el sector salud y en la atención de los problemas y trastornos mentales.
- Una ilusión científicista y la medicalización de la vida cotidiana, entendida como un doble movimiento: la normalización de lo patológico, es decir, se retira la enfermedad de la categoría de lo patológico y se la introduce en el terreno de la normalidad como parte constitutiva de la vida cotidiana y, por el otro lado, se observa la patologización de la normalidad.
- La pretensión universalizante que se propone cuando se trata de promover la salud mental, así como el vínculo que existe entre este abordaje universalizante y los imperativos de la época actual –globalización, gestión, evaluación, homogeneización– que deriva en una especie de manual sobre «cómo portarse bien».

Todo esto constituye, para la autora, una auténtica expulsión del sujeto de las prácticas actuales

de salud mental, prácticas que terminan produciendo un aplacamiento del sujeto al no reconocer la subjetividad, entendida no como un fenómeno individual, sino social. Aquel sujeto determinado por su capacidad de opción, de ruptura y de acción creativa, es decir, por la idea de que su acción actual y sus efectos constituyen su propia subjetividad, y no causas que aparecen como elementos externos de la acción (Castro, 2013, p. 107).

Ante esta situación el MAIS-FCI ha planteado el posicionamiento de la salud mental en la agenda pública como estrategia para resolver las dificultades y barreras de acceso a los servicios de atención en salud mental (MSP, 2012, p. 22), que si bien resulta conveniente, no abarca completamente los elementos que constituyen el bienestar integral de las personas, por lo que es necesario trabajar en la recomposición del concepto de salud. En un concepto amplio de salud, el bienestar general hace parte de la salud de las personas y las comunidades y es imposible hablar de salud sin incluir el componente mental (Herazo, 2014, p. 22).

Organización de los Servicios de Salud: la Dirección Distrital 17D06 dentro de la Red Pública de Salud¹¹

La Red Pública Integral de Salud está conformada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Seguro Social Campesino, Fuerzas Armadas y Policía Nacional, a esta red debe articularse las Unidades de Atención de la Dirección de Rehabilitación Social. La organización, articulación de la Red y el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primero y segundo nivel, permite racionalizar los recursos, resolver de manera oportuna el mayor número de necesidades y problemas de salud de la población y descongestionar las unidades del tercer nivel de atención.(MSP, 2012, p. 104, 105).

La red pública y complementaria de salud se encuentra organizada en zonas, distritos y circuitos geográficos. En el Ecuador existen nueve coordinaciones zonales, que tienen facultades de planificación, coordinación, control, gestión y evaluación. Según el Acuerdo Ministerial No 00019 – 2020, mediante el cual se reorganizó la presencia territorial del MSP, existen 88 Direcciones Distritales a nivel nacional, con facultades de planificación, control y gestión. Asimismo, se enlistan 43 Oficinas técnicas, que tienen facultades de control y gestión.

En este contexto, la Dirección Distrital 17D06 Salud –Distrito 17D06– abarca a las Oficinas técnicas 17D07, 17D08 y 17D09, contando en la actualidad con un total de 57

¹¹ A lo largo del presente trabajo la Dirección Distrital 17D06 Salud ha sido denominada Distrito 6 del MSP, en pos de la fluidez del texto.

unidades operativas, entre las que se encuentran unidades tipo A, B, C –primer nivel–, un hospital básico –segundo nivel– y un centro especializado de rehabilitación integral (MSP, 2019).

Según el MAIS-FCI (MSP, 2012, p. 84) el primer nivel de atención se ubica en los Distritos de Salud, es el centro de la red y la puerta de entrada obligatoria al sistema, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la salud enfermedad de la comunidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales. La prestación se llevará a cabo por los Equipos de Atención Integral de primer nivel de atención al que se incorporarán los Técnicos en Atención Primaria de Salud.

Los centros de salud tipo A son descritos dentro del MAIS-FCI como centros de salud urbanos y prestan los siguientes servicios: promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación integral y cuidados paliativos, atención médica y de emergencia, atención odontológica, enfermería y actividades de participación comunitaria. Además cuenta con farmacia. Los centros de salud tipo B son descritos como centros de salud urbanos de 12 horas, prestando los mismos servicios que los anteriores, pero a través de los servicios de Medicina General y de especialidades básicas, Odontología, Psicología y Enfermería, puede disponer de servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Dispone de Servicios Auxiliares de Diagnóstico en laboratorio clínico, Imagenología básica, y opcionalmente audiometría; farmacia institucional exclusivamente para los establecimientos públicos; promueve acciones de salud pública y participación social; Atiende referencia y contrarreferencias. Los centros de salud tipo C, dentro del MAIS-FCI, son denominados centros de salud urbanos de 24 horas, e incorpora, además de los señalados para los tipo B, los servicios de Maternidad de corta estancia y Emergencia (MSP, 2012, p. 85).

El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día o Centro clínico quirúrgico ambulatorio. Da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso a segundo nivel se lo realizara

a través del primer nivel de atención exceptuándose los caso de urgencia médicas que una vez resueltas serán canalizadas a primer nivel (MSP, 2021, p. 87).

Los hospitales básicos, según el MAIS-FCI, prestan los siguientes servicios: Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización Clínica, Hospitalización Quirúrgica, Medicina Transfusional, farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado con un stock de medicamentos autorizados; Atención Básica de Quemados, Rehabilitación Sensorial y Fisioterapia, Trabajo Social; cuenta con las Especialidades Básicas –Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Anestesiología– Odontología, Laboratorio clínico, Imagen. Efectúa acciones de fomento, protección y recuperación de la salud incluyendo cuidados paliativos, cuenta con servicio de enfermería, resuelve las referencias de las unidades de menor complejidad y direcciona la contra referencia (MSP, 2021, p. 89).

Como se puede observar los establecimientos de salud del Distrito 6 del MSP cuentan con múltiples servicios, que son ejecutados por profesionales pertenecientes a distintas ramas, por lo cual resulta pertinente desarrollar de manera sintética lo concerniente a la concepción teórica de la práctica profesional y el trabajo interdisciplinario.

Práctica e Intervención Profesional

Según Martínez y Fernández (2014, p. 49) por práctica profesional se entiende el conjunto de actos y acciones en la aplicación de conocimientos científicos y técnicos con el propósito de modificar la situación problema, objeto de la intervención profesional. La práctica profesional existe en tanto la sociedad necesita que se cumplan determinadas funciones sociales. De acuerdo, a los cambios que se operan en la realidad, se alterará igualmente el contenido técnico-político de la intervención profesional. La práctica profesional se sitúa al interior de la división social del trabajo, a partir del cual asume una especialización adquiriendo su ejercicio una cierta peculiaridad en el cuadro general de las profesiones.

Por otro lado, cuando hablamos de intervención, nos referimos a un término, desde su génesis, contradictorio. Del latín *interventio* etimológicamente significa «venir entre», interponerse. En lenguaje cotidiano suele ser usado como equivalente de mediación, intersección, buenos oficios, ayuda, apoyo, cooperación; pero también es intromisión, injerencia, intrusión en la que la intención es violenta, o cuanto menos correctiva, para el mantenimiento o el restablecimiento de un orden dado. Es decir, la intervención oscila entre lo cooperativo y lo autoritario (Martínez y Fernández, 2014, p. 49).

La intervención profesional puede verse como la puesta en acto, desde una matriz teórica, de un trabajo o acciones a partir de una demanda. Al respecto el concepto que Alberto Parisí ofrece de «trabajo profesional», al que entiende “tanto como lugar donde se juega una visión teórica-ideológica específica, como un espacio de acción con sentido sobre la realidad...” (1993, en Martínez y Fernández, 2014, p. 50), resulta significativo en tanto coloca con claridad la estructuración de lo que hemos dado en llamar puesta en acto: lo teórico ideológico y el sentido.

Son estos dos aspectos los que otorgarán las características de toda intervención profesional y sobre los cuáles nos debemos una vigilancia constante o en todo caso un trabajo de elucidación –pensar lo que hacemos y saber que pensamos– en relación a la visión teórica e ideológica que poseen los profesionales y como ésta se materializa en esa acción con sentido. En este contexto la noción de sentido designa algo más que un objetivo trazado en razón de una planificación de actividades al referirse al entendimiento –propio y ajeno– de los fines últimos que involucra al trabajo profesional. El sentido será deudor de la propia constitución del campo disciplinar y de la inscripción teórica, y a la vez en la misma puesta en acto producirá efectos sobre sujetos y representaciones sociales (Martínez y Fernández, 2014, p. 50).

Es fundamental reconocer que la intervención profesional está atravesada por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social, o sea, la construcción histórico-social que de esa profesión se ha realizado: funciones, características, práctica, resultados esperados, etc. En esta construcción operan el desarrollo histórico –antecedentes, vertientes, lo atribuido–, como también las prácticas profesionales que otorgan significación a la intervención profesional. Someternos al trabajo de elucidación que señalamos antes permite comprender el refuerzo, o las líneas de ruptura que se realizan sobre lo instituido (Martínez y Fernández, 2014, p. 50).

Por último, la intervención no es un episodio natural, sino una construcción artificial de un espacio-tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de múltiples actores: los que solicitan la intervención –institución, sujetos individuales o colectivos–, y los sujetos profesionales, en el marco, como expresamos en párrafos anteriores, de cierta estrategia de intervención social. Esta consideración remite a remarcar dos aspectos relevantes (Martínez y Fernández, 2014, p. 50):

- La demanda, que se expresa atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y la propia percepción de los sujetos que la solicitan en lo que refiere a sus problemas y

necesidades, en un contexto histórico particular. Esta demanda expresará las manifestaciones de los conflictos o en todo caso de la cuestión social del momento.

- La intervención, como proceso artificial, como un venir entre, que exige desde la posición de los profesionales, la capacidad teórica para comprender esa demanda e incorporar la dimensión ética en términos de reconocer las consecuencias que sobre el otro, produce la intervención. Nos estamos refiriendo a la producción de sentido específico que realizamos respecto de los sujetos: la promoción de sus autonomías, o la cancelación de las mismas. – ¿Sujetos de asistencia?, ¿Sujetos de necesidades?, ¿Sujetos de derechos?, ¿Sujetos de deseos?.

Interdisciplina

La interdisciplina no es una especie de armonía natural que se da cuando se juntan las personas provenientes de diferentes disciplinas. Al cambiar un determinado contexto socio-histórico, las demandas sociales pueden ser distintas y las respuestas a estas nuevas demandas deberán ser diversas. Por ello es que a partir de los años 70 surge la necesidad de pensar y abordar los diversos objetos de estudio de una manera más compleja, global e integradora, dando como resultado la necesidad de integrar las miradas de diversas disciplinas en el abordaje de un objeto. Por lo tanto, para abordar el consumo problemático, se plantea una intervención interdisciplinaria, con todo lo que ésta implica (Fernández y Martínez, 2014, p. 55).

Según Follari (1982, en Fernández y Martínez, 2014, p. 56) lo interdisciplinario es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco. Por interdisciplina suele entenderse la interacción de disciplinas diferentes, a través de sus categorías, leyes, métodos, etc., en el sentido de que las modalidades de una de ellas sirven al objeto de otra, y son incorporadas por estas últimas.

Para Fernández y Martínez (2014, p. 56) el espacio de lo social constituye nuestro campo de intervención. Se trata de un campo compartido por profesiones que trabajan en el ámbito de lo público: médicos, psicólogos, enfermeros, obstétrices, terapistas ocupacionales, trabajadores sociales, entre otros. Es fundamental eliminar el recorte de la mirada particular, ya que se trata de las condiciones de vida de los sujetos involucrados en la intervención, tanto materiales como simbólicas que permiten la construcción teórica del objeto de intervención. El objeto de intervención no es algo dado de antemano, sino una problematización teórica que se

realiza en relación con una referencia empírica, en este caso las condiciones de vida de los sujetos que demandan la intervención.

De este modo, si bien se puede reconocer desde las diferentes disciplinas aspectos de incumbencia específica, la comprensión de las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad. Desde esta perspectiva no hay una disciplina particular que interviene en lo social, en todo caso habría una «mirada disciplinar» que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social (Fernández y Martínez, 2014, p. 56).

Lo interdisciplinar se entiende como la integración. Es decir, como la capacidad de producir un discurso que incluya los aspectos metodológicos o de contenido de las disciplinas previas, sin repetirlos en su estado original. Es decir, se trata de producir algo nuevo, que no estaba previamente en esas disciplinas; si no, sería pura reiteración. Se trata de promover algo que antes no estaba; y para promoverlo, hay que trabajar. Hay que ver en qué se pueden poner de acuerdo estos discursos que al principio funcionan como externos uno al otro, y que no se entienden entre sí, para que a partir de condiciones de cierto mutuo entendimiento se pueda avanzar hacia confluencias cada vez nuevas. La propuesta interdisciplinaria incluye un cuestionamiento a los criterios de causalidad lineal, y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar. Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un «reflejo» de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada (Fernández y Martínez, 2014, p. 57).

Así, la interdisciplina, se puede presentar como una oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la competitividad desvaloriza el trabajo en equipo. La interdisciplina, entonces, representa la oportunidad de acceso a lo nuevo y complejo de aquello que interpela al campo de la intervención en lo social.

Capítulo III: Exploración de las Representaciones Sociales de la Prevención del Consumo de Drogas en Psicólogos del Distrito 6

Metodología

El presente trabajo investigativo busca identificar y clasificar las representaciones sociales de los profesionales sobre la prevención del consumo de drogas, a partir de sus discursos. Las representaciones sociales, en tanto constructo teórico, pueden ser desagregadas en componentes, que se estructuran en torno a tres ejes: actitud, información y campo representacional. En congruencia, la metodología seleccionada se sustenta en el concepto de análisis que se elabora comúnmente en las ciencias sociales, donde:

(...) este vocablo comprende toda operación lógica del objeto estudiado, del fenómeno en elementos integrantes, de desarticulación del conjunto de factores que tienen relación con el objeto en grupos separado, aislados. Esta operación facilita el estudio de la materia, del fenómeno, permite estudiarlos con más profundidad, poner de manifiesto las regularidades que no se muestran durante el estudio de la materia como un todo. Su realización es imprescindible para pasar a la siguiente etapa del proceso del conocimiento la etapa de la evaluación, síntesis e integración sinérgica de los elementos analizados (Morales-Morejón, 2001, p. 17).

Se incorporan así el análisis documental, el análisis de contenido y el análisis de información. Por análisis documental se entiende al conjunto de operaciones de orden intelectual, mecánico y repetitivo que afectan el contenido y la forma de los documentos originales, reelaborándolos y transformándolos a un carácter más instrumental y secundario que facilite la identificación precisa y su recuperación adecuada cuando sea necesario. Son entonces documentos secundarios que actúan como intermediarios o instrumentos de búsqueda indispensable entre el documento original y aquella persona que requiere la información (Vizcaya, 2002, citada por Velásquez et al., 2013, p. 47).

El análisis de contenido, por su parte, es concebido como un conjunto de procedimientos interpretativos de textos que contienen discursos narrativos específicos y que proceden de procesos peculiares de comunicación previamente registrados (Piñuel, 2002, p. 2). Es así que el análisis de contenido, como recurso metodológico, nos permitirá acceder a diversos tipos de documentación: documentos personales, obras de creación literaria,

documentos institucionales, informaciones periodísticas, productos de trabajo de campo, obras de carácter científico, entre otros (Fernández, 2002, p. 36). No obstante, es pertinente aclarar que el análisis de contenido no es un método de obtención de información, sino una metodología de tratamiento de la información proporcionada por el análisis documental.

Por último, el análisis de información es entendido aquí como “un proceso mediante el cual se definen las necesidades de estudio, se busca información, se validan las fuentes, se procesa la información, se realiza el análisis, la integración y se presenta el resultado” (Marín & Carro, 2000, citados por Velásquez et al., 2013, p. 48). Es un proceso de sistematización y análisis sintético de información, que nos permite abarcar fuentes comunicativas mucho más amplias que las documentales, como discursos, temas de publicidad, relatos de vida, entre otros. Lo que lo diferencia del análisis de contenido, aparte de lo anteriormente enunciado, es que en el análisis de información se realiza una transformación del contenido en conocimientos y se proceden a tomar decisiones estratégicas en torno a éste.

En este sentido, el análisis que se propone contempla dos momentos principales y simultáneos. Por un lado se atiende a los procesos de análisis de datos básicos en donde se puede identificar la frecuencia de presentación de ciertas ideas y sus características generales, con base en categorías definidas en función del análisis documental –fuentes secundarias– detalladas en el marco teórico de la presente investigación. Por otro lado, este análisis es complementado con la identificación de las construcciones subjetivas que emergen de la interacción entre el sujeto y el objeto de estudio; estudio de tipo fenomenológico o narrativo, que busca describir las representaciones subjetivas que emergen en un grupo humano sobre un determinado fenómeno (Ramos, 2020, pp. 2, 3).

Diseño Metodológico

El diseño metodológico contempló las etapas descritas por Montañés y Lay-Lisboa (2019, p. 93), es decir: revisión bibliográfica, establecimiento de objetivos, formulación de la hipótesis, establecimiento de las unidades muestrales y descripción de las técnicas a emplear. En concordancia con los prenombrados autores los procedimientos técnico-metodológicos empleados fueron concebidos, ante todo, como «prácticas», al ser flexibles en su planificación y ejecución, siempre al servicio del propio proceso de producción de conocimiento y no a la inversa. El diseño que se propone es dinámico, procesual, circular y recursivo. No es un proceso de búsqueda sino de producción, no se trata de una «caza» de datos, sino producción de información.

El tipo de estudio elegido fue exploratorio-descriptivo. Según Ramos (2020, p. 2), las

investigaciones pueden ser clasificadas según sus alcances, así las investigaciones de tipo exploratorio y descriptivo constituyen los tramos iniciales de un trayecto de progresivo alcance. En los estudios exploratorios se puede utilizar tanto el método cualitativo, como cuantitativo, puesto que aquí la investigación es aplicada sobre fenómenos que no se han investigado previamente y, por tanto, el interés radica en examinar sus características. Se parte de la exploración del fenómeno para tener un primer acercamiento en la comprensión de sus características. Bajo el enfoque cuantitativo es posible aplicar procesos de análisis de datos básicos en donde se puede identificar la frecuencia en la cual se presenta el fenómeno de interés y sus características generales. Desde el enfoque cualitativo se pueden aplicar estudios lingüísticos, en los cuales se identifique las construcciones subjetivas que emergen de la interacción entre el ser humano y el fenómeno de investigación.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Ramos (2020, pp.2, 3) señala que en las investigaciones de tipo descriptivo, en cambio, ya se conocen algunas características del fenómeno, y lo que se busca es exponer su presencia en un determinado grupo humano. En este alcance es posible, pero no obligatorio, plantear una hipótesis que busque caracterizar el fenómeno del estudio. En la investigación con alcance descriptivo de tipo cualitativo se busca realizar estudios de tipo fenomenológicos o narrativos, que busquen describir las representaciones subjetivas que emergen en un grupo humano sobre un determinado fenómeno.

También podemos citar la síntesis realizada por Rojas (2015, pp. 6, 7), quien propone una simplificación de la nomenclatura y clasificación de los tipos de investigación, para quien las investigaciones descriptivas englobarían a las de tipo exploratorio, partiendo de los requerimientos compartidos de este tipo de investigación, esto es: menor demanda –costo y conocimientos– y esfuerzo –tiempo, capacidad y ejecución. Así, para este autor las investigaciones descriptivas exhiben el conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación de espacio y de tiempo dado. Aquí se observa y se registra, o se pregunta y se registra.

Si bien esta síntesis resulta clarificadora y corresponde y refuerza el enfoque mixto elegido en el presente trabajo, se empleará la nomenclatura combinada mediante un guión, puesto que esta alude a la terminología mayoritariamente aceptada y tradicionalmente utilizada. De todas formas, es pertinente resaltar la cercanía de ambos tipos de investigación –al punto de que pueden agruparse en uno solo– como una justificación de su elección combinada, por su carácter complementario.

En el presente caso el objeto de estudio de la investigación, las representaciones sociales de la prevención del consumo de drogas en los profesionales de la salud, ha sido poco

y periféricamente investigado, pues las investigaciones al respecto usualmente se han concentrado en los usuarios de los servicios de salud o en los aspectos técnicos de las intervenciones, pero aquellos que personifican la «voz oficial» de la temática han sido sistemáticamente excluidos de las investigaciones, quizás por un afán de naturalización¹² de las ciencias duras sobre la cultura. Es aquí donde la teoría de las representaciones sociales ofrece el marco conceptual para intentar comprender cómo los conocimientos científicos son convertidos en conocimiento común-práctico y viceversa, en una relación permanente de interdependencia.

Por otro lado, se tiende a considerar a «la prevención»¹³ como un bloque uniforme, sin considerar las variaciones y matices que nos permiten organizarla en paradigmas preventivos, tal como se concibe en la presente investigación. De ahí la elección del enfoque exploratorio-descriptivo, a tono con los objetivos planteados, es decir, identificar y clasificar las representaciones sociales sobre prevención de los profesionales que atienden a personas que consultan por problemas relacionados con el consumo de drogas en los centros de salud del Distrito 17D06 del MSP.

Población Universo

La población universo estuvo constituida por todos los profesionales psicólogos que laboraron en el Distrito 6 del MSP a septiembre de 2021, un total de 54 personas.

Para la presente investigación se seleccionó al Distrito 6 en consideración de tres factores: su cobertura poblacional, su posicionamiento geográfico y su accesibilidad. La organización de la presencia territorial del MSP en Ecuador se define por Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales y Oficinas Técnicas. La Coordinación Zonal 9 cubre el Distrito Metropolitano de Quito y está integrada por dos Direcciones Distritales –conocidas

¹² La «naturalización» de las ciencias de la cultura y de la filosofía ha sido deseada, buscada y programada de diversas maneras. Frecuentemente se distingue entre una naturalización ontológica y una metodológica. La naturalización es la propuesta de sustitución de las teorías normativas de la filosofía por las teorías empíricas de la biología y la psicología entendida como ciencia natural, en su caso, también biológica. En esta relación de la naturalización de la filosofía –ética o epistemológica-, a través de las correspondientes ciencias biológicas, debemos reparar en los dos modos –fuerte y débil, sustitutivo o analógico, ontológico o metodológico- de la naturalización (Álvarez, 2010, p.1).

¹³ Es interesante comparar esta generalización con aquella que se extiende en el uso del lenguaje al emplear la expresión «la droga» para referirse a un conjunto heterogéneo de sustancias y compuestos, casi sin distinción, lo que supone, por ejemplo, poner a la heroína al mismo nivel de la marihuana. Aún más, no son solo sustancias sumamente diferentes entre sí lo que se engloba bajo este término, sino que, y como ha señalado Paladines (2012, p. 9), a la expresión «la droga» se asocian múltiples problemas sociales sin distinguir su autonomía; así, “cuando hablamos de droga también nos imaginamos al narcotráfico, la violencia, el terrorismo, los Estados fallidos, la corrupción, el tráfico de influencias, el lavado de activos, la insalubridad, la inseguridad ciudadana o la degradación de la humanidad”. A partir de este paralelismo podemos establecer la relación lógica entre el consumo de «la droga» –que representa «todo lo malo»– y «la prevención» –que representa «todo lo bueno», al plantearla como la evitación –bien podría decirse la prohibición– del consumo.

también como Distritos: 17D03 y 17D06. Según los informes de rendición de cuentas del periodo 2020 la primera estuvo conformada por 52 unidades de salud, mientras que la segunda por 67. En este mismo periodo el Distrito 17D03 reportó un total de 627.471 usuarios de los servicios de salud que oferta, mientras que la Distrito 17D106 un total de 1'336.513 usuarios (MSP, 2021). El Distrito 17D03, geográficamente, abarca 32 parroquias exclusivamente del norte del DM de Quito, mientras que el 17D06 a 28 parroquias del sur y los valles (MSP, 2020). Si bien el enfoque metodológico de la presente investigación no se sustenta en la representatividad estadística, se tomó en cuenta la mayor cobertura poblacional a fin de procurar la mayor heterogeneidad y amplitud en los discursos en la búsqueda de singularidades y coincidencias.

Por otro lado, el Distrito Metropolitano de Quito, en tanto capital nacional, constituye un referente de la identidad ecuatoriana. Es el centro político del país y económicamente es considerado, junto con Guayaquil, una de las áreas de desarrollo más importantes del Ecuador. La ciudad ha sido el destino de una gran cantidad de migrantes de otras regiones del país, por lo que presenta un ambiente diverso, característico de las grandes ciudades (Observatorio Ecuatoriano de Drogas OED, 2006, p. 13).

La percepción social mayoritaria considera al consumo de drogas como un fenómeno urbano, asociado estrechamente con la inseguridad ciudadana y principalmente enfocado en las personas jóvenes como usuarios de drogas. Existe consenso en la sociedad quiteña en la percepción alrededor del tema de las drogas, lo que no necesariamente constituye una ventaja estratégica para la intervención efectiva, ya que en los principales imaginarios priman asociaciones estigmatizantes entre drogas, pobreza y violencia (OED, 2006, p. 96).

Estas asociaciones se advierten no sólo en el discurso del ciudadano común o del profesional cuyo ámbito de acción no se relaciona con las drogas, sino que se repite además en los expertos en el tema. La diferencia radica únicamente en la referencia a un lenguaje técnico, aunque finalmente la descripción sobre el asunto caiga en los mismos lugares comunes. En el imaginario social se homogeniza a todos quienes usan drogas. Existe un cierto paradigma predominante sobre las drogas en el discurso dominante, producto de la aplicación de políticas regionales, que generalizan el problema, por lo que se perciben solo ciertos aspectos del fenómeno e invisibiliza otros, lo cual tiene consecuencias concretas en el sistema terapéutico asistencial e informativo-educativo de drogas (OED, 2006, p. 96).

Suele existir una polarización en cuanto a la construcción imaginaria del *Norte* y el *Sur* de la ciudad. Aunque esta relación se haya complicado en los últimos años, tal como señala Santillán (2019, pp. 112, 113), persiste el imaginario del norte acomodado y el sur carente, lo

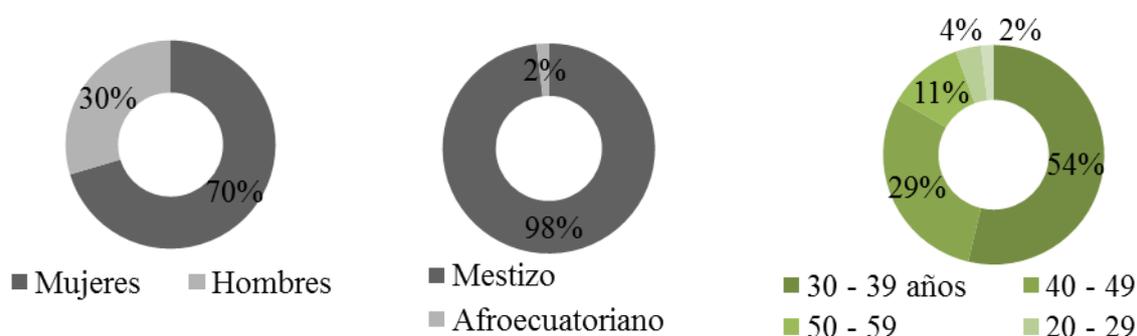
que resulta relevante para la presente investigación, considerando las asociaciones existentes entre drogas, pobreza y violencia. Aunque existen nuevas significaciones, estas suelen enmarcarse en la misma lógica binaria de representación, por la cual el Norte se presenta como ordenado y tranquilo, mientras que el Sur como caótico y peligroso. Este es otro de los motivos por los cuales se eligió al Distrito 6 y sus profesionales de la salud para la investigación sobre las representaciones sociales en torno al consumo de drogas.

Finalmente, el hecho de que el investigador labore como psicólogo desde hace aproximadamente cinco años en el ya mencionado Distrito 6 ha sido un factor decisivo en su selección, si partimos de la premisa de que los dos criterios anteriormente señalados fueron consolidados a partir de esta experiencia directa. En este punto hablar de accesibilidad significa tanto disponibilidad física y administrativa como cercanía y familiaridad hacia un campo representacional compartido.

A continuación, con el afán de caracterizar a la población de profesionales del Distrito 6 que trabajan directamente con personas que consumen drogas, se exponen algunos datos sociodemográficos básicos.

Gráfico 1

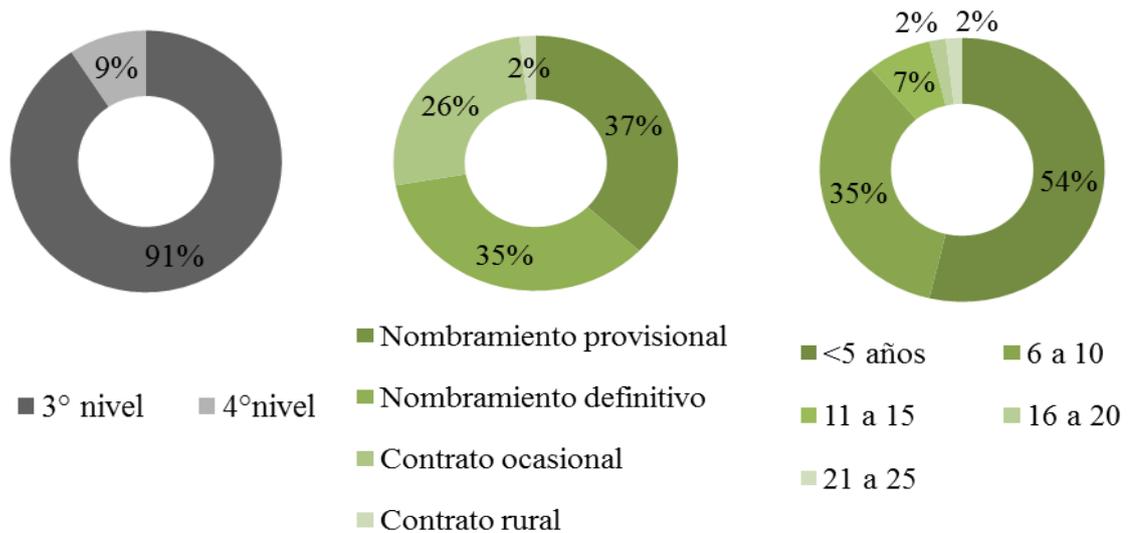
Población universo según sexo, autoidentificación étnica y edad



Fuente: Documento posicional de talento humano, Distrito 17D06 del MSP (septiembre, 2021).
Elaborado por: autor (2021).

Gráfico 2

Población universo según instrucción, modalidad laboral y tiempo de permanencia en el MSP



Fuente: Documento posicional de talento humano, Distrito 17D06 del MSP (septiembre, 2021).
Elaborado por: autor (2021).

Como se aprecia la población universo de la presente investigación contempla mayoritariamente a mujeres adultas, que se autodefinen mestizas, con tercer nivel de formación académica. Casi la mitad de ellas se encuentran entre los 30 y 49 años de edad, laboran bajo modalidad de nombramiento –provisional y definitivo– y han laborado dentro del MSP por menos de 10 años.

Muestra

Se empleó una muestra no probabilística, intencional y por conveniencia, seleccionando un grupo de participantes de fácil acceso y consecución. En las técnicas de muestreo de tipo no probabilísticas, la selección de los sujetos a estudio depende de ciertas características o criterios que el investigador considera según el tipo de investigación y los objetivos que persigue (Otzen y Manterola, 2017, p. 228).

La técnica de muestreo no probabilístico intencional permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos. Se utiliza en escenarios en los que la población es muy variable y consiguientemente la muestra es muy pequeña (Otzen y Manterola, 2017, p. 230). En el presente caso, y como se ilustró anteriormente, la población universo se conformó por 54 personas, lo que justifica la elección de un muestreo intencional.

Por otro lado, la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Otzen y Manterola, 2017, p. 230). En el presente trabajo investigativo la población universo, y su correspondiente muestra, fueron seleccionados debido a su proximidad con el investigador, lo que no solo

facilitó los aspectos logísticos propios de la ejecución de un estudio de este tipo, sino además la integración y comprensión del entorno de los participantes.

En concordancia con las técnicas de muestreo elegidas el procedimiento llevado a cabo consistió, en un primer momento, en la definición del número de entrevistas a realizar, tomando como criterio los recursos disponibles. Se determinó un total de nueve entrevistas, sin embargo, posteriormente se decidió incrementarlas a 13, en función del criterio de saturación; es decir, la representatividad del diseño muestral, al no se sustentarse en la probabilidad de elegir una muestra que por elevación proporcional reproduzca el todo del que ha sido extraída, apuesta por la saturación que se produce cuando se registran todos los discursos posibles en relación a la problemática objeto de estudio, es decir el punto en el que no aparecen ideas nuevas y los discursos empiezan a ser redundantes (Montañés, 2013).

El criterio de selección de la muestra fue: profesionales que brindan atención a personas que consultan por problemas relacionados con el consumo de drogas en los establecimientos de salud del Distrito 6 del MSP, en funciones durante el año 2021. Los profesionales de la salud que regularmente brindan atención directa a personas que consumen drogas, por la forma en la que se organizan los servicios de salud en el Distrito 6, son los psicólogos. Así, la muestra estuvo conformada por 13 profesionales de la psicología, siete de ellos de sexo femenino y seis de sexo masculino, entre los 30 y los 53 años de edad. En la tabla siguiente se exponen algunas característica sociodemográficas de las personas que participaron en la investigación.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la muestra poblacional

Participante	Formación		Tipo de institución educativa		Sexo	Edad
	Tercer nivel	Cuarto Nivel				
P1	Psicóloga General	Magíster en Género y Desarrollo	Privada	Nacional	M	30
P2	Psicólogo Clínico		Pública	Nacional	H	46
P3	Psicóloga Infantil		Pública	Nacional	M	49
P4	Psicóloga Clínico	Magíster en Intervención en	Pública	Nacional	M	30

Adicciones						
P5	Psicóloga Infantil	Magíster en Género y Desarrollo	Pública	Nacional	M	37
P6	Psicólogo Clínico		Pública	Nacional	H	38
P7	Psicóloga Clínico	Máster en Psicopedagogía	Pública	Nacional	M	31
P8	Psicólogo Infantil		Pública	Nacional	H	44
P9	Psicóloga Clínico		Pública	Nacional	M	34
P10	Psicóloga Clínico		Pública	Nacional	M	42
P11	Psicólogo Clínico		Pública	Nacional	H	53
P12	Psicólogo Clínico		Pública	Nacional	H	40
P13	Psicólogo Infantil		Pública	Nacional	H	30

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

Instrumento

El instrumento utilizado fue un guión de entrevista semiestructurada, conformada por 22 preguntas de base elaboradas a partir de seis ejes temáticos, conforme el siguiente detalle:

Cuadro 4

Estructura del Guión utilizado para la realización de las entrevistas

Ejes temáticos	Sección	Preguntas
Datos sociodemográficos	Sexo	¿Cuántos años tiene?
	Edad	¿Hace cuánto tiempo que labora en el MSP?
	Experiencia laboral	¿Cuál es su formación académica?
	Formación académica	

Saberes en torno a drogas	Definición Tipos de drogas Efectos Riesgos Imagen del consumidor	¿Qué son las drogas? ¿Qué drogas existen? ¿Qué efectos producen las drogas? ¿Cuáles son los principales riesgos asociados al uso de estas drogas? ¿Quiénes consumen drogas?
Usos personales de drogas	Disponibilidad de drogas Experiencia directa y/o indirecta con las drogas Descripción de la experiencia Gestión de riesgos	¿Cuáles son las drogas más comunes en su entorno (familiar, laboral, social)? ¿Ha tenido alguna experiencia directa o indirecta con alguna de estas drogas? ¿Cómo fueron esas experiencias? ¿Cuál cree que es el principal aspecto que se debería considerar cuando se usan drogas?
Usos de drogas en profesionales	Drogas más consumidas por profesionales Motivaciones para el uso Momentos Espacios Perspectiva de la sociedad respecto al uso de drogas en profesionales	¿Cuáles son las drogas más consumidas por los profesionales de la salud? ¿Qué los motiva a consumir? ¿Cuándo consumen estas drogas? ¿Dónde consumen estas drogas? ¿Cómo cree Ud. que ve la sociedad el uso o consumo de drogas en los profesionales de la salud?
Prevención	Definición Rol de la prevención en el sistema de salud Acciones Alternativas a la prevención Relación entre prevención y tratamiento Prohibicionismo	¿Qué es la prevención primaria del consumo de drogas? ¿Cuál cree que es el papel que desempeña la prevención dentro de los servicios del MSP? ¿Cómo se hace prevención? ¿Qué pasa cuando la prevención falla? ¿Prevención y el tratamiento son distintos? ¿Es posible relacionarlas de alguna forma? ¿Cuál cree que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención del consumo de drogas?
Reducción de riesgos y daños	Definición Rol de la reducción de riesgos y daños en el sistema de salud Acciones Relación entre reducción de riesgos y daños y	¿Qué es la reducción de daños? ¿Cuál cree que es el papel que desempeña la reducción de daños dentro de los servicios del MSP? ¿Cómo se hace reducción de daños? ¿Reducción de daños y el tratamiento son distintos? ¿Es posible

tratamiento	relacionarlas de alguna forma?
Fuente: Guión de entrevista. Elaborado por: autor (2021).	

Con base en este instrumento se llevaron a cabo 13 entrevistas semiestructuradas a los participantes. La selección inicial de los entrevistados se realizó, como se señaló anteriormente, siguiendo los criterios de intencionalidad y conveniencia. Se procuró la inclusión de variedad respecto al sexo, edad y especialidad –general, clínica e infantil–, así como al lugar de ejecución de sus funciones –diferentes centros de salud. Se contactó con participantes clave, que a su vez refirieron a otros posibles participantes y facilitaron el acercamiento inicial.

El procedimiento de convocatoria consistió en un mensaje de texto y/o voz, enviado vía telefónica, compartiendo información general sobre el tema del estudio y la solicitud de expresar su interés en participar. A partir de la respuesta favorable del contactado se emitió un nuevo mensaje y/o correo electrónico, al cual se adjuntó el documento de consentimiento informado (Anexo 1), en el cual se detallaron los objetivos, metodología, garantías de confidencialidad y anonimato. Tras la recepción de dicho documento firmado se procedió a concertar una fecha y hora para la entrevista, que se llevaron a cabo de manera virtual principalmente, mediante el uso de la plataforma Zoom.

Canales (2006, p. 165) define la entrevista como “la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto”. La entrevista es muy ventajosa principalmente en los estudios descriptivos y en las fases de exploración. La entrevista en la investigación cualitativa, independientemente del modelo que se decida emplear, se caracteriza por los siguientes elementos: tiene como propósito obtener información en relación con un tema determinado; se busca que la información recabada sea lo más precisa posible; se pretende conseguir los significados que los informantes atribuyen a los temas en cuestión; el entrevistador debe mantener una actitud activa durante el desarrollo de la entrevista, en la que la interpretación sea continua con la finalidad de obtener una comprensión profunda del discurso del entrevistado (Díaz et al., 2013, p. 163).

Dentro de los diferentes tipos de entrevista se considera que las entrevistas semiestructuradas son las que ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio. La expectativa subyacente es que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista, de manera relativamente abierta, en una entrevista semiestructurada que en una entrevista estandarizada (Díaz et al., 2013, p. 163).

Otra manera de denominar a la entrevista semiestructurada es entrevista etnográfica. Se puede definir como una “conversación amistosa” entre informante y entrevistador, convirtiéndose este último en un oidor, alguien que escucha con atención, no impone ni interpretaciones ni respuestas, guiando el curso de la entrevista hacia los temas que a él le interesan. Su propósito es realizar un trabajo de campo para comprender la vida social y cultural de diversos grupos, a través de interpretaciones subjetivas para explicar la conducta del grupo (Díaz et al., 2013, p. 164).

Siguiendo a Díaz et al. (2013, p. 164, 165) la ejecución de las entrevistas contemplaron las siguientes fases: preparación, apertura, desarrollo y cierre. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para realizar su análisis e interpretación. El análisis de datos cualitativos de la entrevista fue realizada por el mismo investigador que recolectó los datos, de modo que se pueda generar una comprensión que emergió de las preguntas y los testimonios de la investigación. El entrevistador se sumergió mentalmente en el material primario recogido, a fin de alcanzar una visión de conjunto que asegure el proceso de categorización y así realizar clasificaciones significativas, para que, a medida en que se revisó el material, se obtuvieran datos específicos. Este proceso de recopilación y análisis de datos condujo al surgimiento de nuevas categorías –emergentes– durante el proceso de interpretación y teorización que orientó hacia los resultados que se exponen en la siguiente sección.

Análisis de Resultados

Se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de contenido realizado a los discursos de los participantes. Con base en la teoría de las representaciones sociales esta sección se encuentra organizada en función de sus tres componentes principales: la información sobre el objeto representado, la actitud hacia el objeto representado y su campo de representación.

El procedimiento utilizado contempló, en primer lugar, la sistematización y categorización de la información obtenida a partir de los discursos de los 13 entrevistados en seis ejes temáticos: Datos sociodemográficos –ya abordado en el apartado anterior al caracterizar la muestra con la que se trabajó–, Saberes en torno a drogas, Usos personales, Usos de drogas en profesionales, Prevención y Reducción de riesgos y daños (RRD). Ejes que contienen secciones y preguntas que a su vez se corresponden con el guión de entrevista utilizado –también descrito en el capítulo anterior. Luego se realizaron cuadros comparativos y se clasificaron las respuestas de acuerdo a enunciados sintéticos. Estas categorías se fundamentaron en las fuentes secundarias de información, consultadas para la elaboración del marco teórico de la investigación.

Mediante el procedimiento descrito se logró un primer acercamiento con la información, de manera general y panorámica, para luego, mediante la interrelación de los ejes y secciones temáticas con los componentes de las representaciones sociales, procurar la emergencia de significados a través de la interpretación.

En segundo lugar se seleccionaron aspectos narrativos relevantes de las entrevistas realizadas a los psicólogos del Distrito 6. Siguiendo los tres componentes principales de la teoría de las representaciones sociales se establecieron categorías que pretenden ser independientes; sin embargo, se debe tener en cuenta que las representaciones sociales son un concepto dinámico que varía constantemente en el contexto, transformándose de acuerdo a las prácticas inmediatas del entorno, y es por ello que las categorías se estarán relacionando continuamente en un universo común de significados.

No obstante, y de manera referencial, la distribución que se siguió es la siguiente: los ejes Prevención y Reducción de Riesgos y Daños (RRD) fueron tomados como base para el análisis de la Información sobre la prevención del consumo de drogas; las secciones Rol de la prevención y Rol de la RRD dentro del sistema de salud fueron empleadas para la exploración de la Actitud ante la prevención; los Saberes en torno a las drogas, sus Usos personales y los Usos de drogas en profesionales de la salud fueron los ejes temáticos de referencia para el análisis del campo representacional de la prevención del consumo de drogas, incluyéndose además la sección Prohibicionismo.

Como se detallará en este apartado, el campo representacional de la prevención del consumo de drogas se encuentra conformado principalmente por los prejuicios que la sociedad en general, y los profesionales de la salud en particular, tienen en torno a las drogas, su consumo y la relación con los procesos de salud-enfermedad. Dentro de esta macroestructura se desplegará la información explícita que sobre la prevención del consumo de drogas poseen los profesionales de la salud –que como se apreciará proviene principalmente del modelo de Leavell y Clark y el modelo biomédico– y se manifestarán las actitudes ante la prevención, que son, en general, positivas o de atracción. A lo largo de este recorrido se observará la interacción entre la información, las actitudes y el campo mismo de las representaciones sociales de la prevención, en una relación multidireccional y recursiva.

Campo Representacional de la Prevención del Consumo de Drogas

El campo se refiere a cómo se organizan los contenidos representacionales, en una estructura funcional determinada, en el marco de un modelo (Velásquez et al., 2013, p. 55). Aquí se desarrollará una explicación de los prejuicios que la sociedad y los profesionales de la salud tienen respecto a las drogas, el consumo y su relación con los procesos de salud-enfermedad, es

decir, la estructura macro de la representación.

En esta sección se tomaron como ejes principales de referencia aquellos conformados por preguntas respecto a los saberes en torno a las drogas, sus usos personales y los usos de drogas en profesionales de la salud

Tabla 2

Saberes de los psicólogos en torno a las drogas: definición

Pregunta	¿Qué son las drogas?					
Categorías	Centradas en la sustancia	Centradas en el sujeto	Centradas en la interacción	Centradas en cualidades negativas «veneno»	Centradas en cualidades positivas «remedio»	Otras
P1	1					
P2	1			1		
P3	1			1		
P4		1				
P5	1					
P6			1		1	Práctica ancestral
P7	1					
P8	1					
P9			1			Diferentes tipos de consumo
P10	1			1		
P11	1			1		
P12	1			1		
P13	1			1		
Total	10	1	2	6	1	

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

Como se puede observar la mayoría de respuestas de los entrevistados, respecto a la definición de las drogas, se centraron en la sustancia. Asimismo, sus respuestas enfatizaron las cualidades negativas de las drogas, como su potencial adictivo y los daños a la salud física. Se aprecia que en la mayoría de los casos las respuestas de los entrevistados recayeron dentro de más de una categoría, es decir sus respuestas involucraron combinaciones de elementos de ambas. Aparecieron dos categorías emergentes en las respuestas de los Participantes 6 y 9,

conformadas por elementos que aludieron a la interacción entre sujeto y droga como una práctica con raíces ancestrales, resaltando sus cualidades positivas y sus diferentes tipos de consumo –experimental, ocasional, habitual, recreativo y problemático.

Tabla 3

Saberes de los psicólogos: tipos de drogas

Pregunta	¿Qué drogas existen?									
Cate- gorías	Marihuana	Cocaína	PBC	«H»	LSD	Alcohol	Tabaco	Por efecto atribuido	Por condición legal	Otras
P1		1			1	1	1			Opioides, hongos
P2						1	1		1	Medicamentos
P3	1			1		1	1			Éxtasis
P4	1					1		1		
P5						1	1	1	1	
P6	1	1		1	1					Pastillas, hongos
P7								1	1	
P8								1		
P9									1	
P10						1				Sintéticas, solventes, alucinógenas, inyectables
P11								1		Fármacos
P12	1		1			1	1			
P13								1		
Total	4	2	1	2	2	7	5	6	4	

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

Las principales drogas que identificaron los entrevistados fueron el alcohol, el tabaco y la marihuana. La mayoría empleó una clasificación basada en los efectos atribuidos a las sustancias para responder a la pregunta. Además, se observó la emergencia de la categoría fármacos/medicamentos en las respuestas de cuatro de los participantes. También la categoría hongos y éxtasis.

Tabla 4

Saberes de los psicólogos: efectos de las drogas

Pregunta	¿Qué efectos producen las drogas?		
Categoría	Corto plazo	Largo plazo	Otros

s	Activación	Relajamiento	Exploración	Malestar psicofísico	Tolerancia	Dependencia	Problemas de salud psicofísicos
P1	1	1					Problemas sociales a largo plazo Alivio del dolor/malestar, problemas en ámbito educativo, familiar, laboral.
P2			1				
P3						1	
P4	1	1	1				
P5				1			1
P6				1		1	
P7	1	1					
P8	1	1					Alucinaciones, ilusiones
P9					1	1	
P10			1				Desinhibición, alivio del malestar psíquico Alucinaciones
P11	1	1					
P12					1	1	
P13	1	1					1
Total	6	6	3	2	2	3	3

Fuente: entrevistas realizadas.
Elaborado por: autor (2021).

Los principales efectos atribuidos a las drogas fueron aquellos observables a corto plazo, tanto la estimulación como la depresión del sistema nervioso. Los efectos a largo plazo fueron mencionados en menor medida e hicieron referencia a la dependencia y los problemas de salud asociados al consumo. Como categorías emergentes aparecieron los problemas en las relaciones sociales –a nivel micro y macro–, el alivio del malestar, las alteraciones sensorio-perceptivas y la desinhibición.

Tabla 5

Saberes de los psicólogos: riesgos asociados a las drogas

Pregunta	¿Cuáles son los principales riesgos asociados al uso de estas drogas?
----------	---

Categorías	Corto plazo			Largo plazo					Otros
	Accidentes	Agresividad	Pasividad	Adicción	Actos delictivos	Bajo rendimiento	Problemas económicos	Problemas interpersonales	
P1				1					Estigmatización social
P2						1	1	1	«Enfermedades mentales»
P3						1		1	
P4									Consumos problemáticos
P5				1		1	1	1	
P6		1	1						Deterioro/afectación cognitiva
P7		1						1	Problemas legales (conducir bajo efectos del alcohol)
P8				1					Problemas de salud física
P9							1	1	
P10		1				1		1	Sobredosis
P11	1				1	1	1	1	
P12				1					
P13						1			
Total	1	3	1	4	1	6	4	7	

Fuente: entrevistas realizadas.
Elaborado por: autor (2021).

La mayoría de los entrevistados mencionó alguna forma de conflicto interpersonal a largo plazo como el principal riesgo asociado al consumo de drogas. El descenso en el rendimiento académico y laboral jugó un papel importante también y se mencionaron además los patrones adictivos de consumo y los problemas económicos asociados. En menor medida aparecieron los riesgos a corto plazo y entre estos se destacó cambios comportamentales como la agresividad. Como categorías emergentes se manifestaron los trastornos mentales –incluido el deterioro cognitivo–, los consumos problemáticos –diferentes a la adicción–, los problemas legales, las afectaciones a la salud física y la sobredosis.

Tabla 6

Saberes de los psicólogos en torno a las drogas: imagen del consumidor

Pregunta	¿Quiénes consumen drogas?			
Categorías	Grupo etario	Condición	Todos	Otros

específico socioeconómica

P1			1	
P2	1			Adolescentes
P3			1	
P4			1	
P5	1	1		Jóvenes entre 16 a 21 años
P6			1	
P7				No hay un perfil, sino factores de riesgo (historia familiar de consumo, edad de inicio temprano, problemas de relación interpersonal)
P8			1	
P9			1	
P10	1			Hombres, adolescentes y adultos mayores
P11			1	
P12			1	
P13			1	
Total	3	1	9	

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

La idea que se impuso de manera mayoritaria entre los participantes fue que el consumo de drogas es una práctica generalizada. No obstante, también se manifestó que existen grupos de edad en los cuales el consumo es más característico, específicamente entre los adolescentes y jóvenes. Como categorías emergentes aparecieron los hombres –adolescentes, adultos y adultos mayores–, además de la idea de que existen factores de riesgo específicos que condicionan el consumo de drogas.

Tabla 7

Usos personales de drogas: disponibilidad

Pregunta	¿Cuáles son las drogas más comunes en su entorno familiar, laboral, social?				
Categorías	Marihuana	LSD	Tabaco	Alcohol	Otras
P1	1	1	1	1	Fármacos
P2	1		1	1	
P3			1	1	
P4	1		1	1	
P5			1	1	
P6			1	1	

P7			1	1	Café
P9			1	1	
P10			1	1	
P11			1	1	
P12			1	1	
P13			1	1	
Total	4	1	13	13	

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

De manera general todos los entrevistados mencionaron que las drogas más presentes en su entorno personal son el alcohol y el cigarrillo, en menor medida se señalaron a la marihuana y al LSD. Aparecieron también como categorías emergentes drogas legales, como los fármacos y el café. Al ser consultados sobre experiencias directas o indirectas con estas drogas todos los participantes respondieron afirmativamente.

Tabla 8

Usos personales de drogas: descripción de la experiencia

Pregunta	¿Cómo fueron esas experiencias?				
Categorías	Experiencia positiva	Exp. Negativa	Exp. Irrelevante	Exp. Relevante	Otra
P1	1	1		1	
P2		1			
P3	1				
P4	1				
P5	1		1		
P6		1			
P7			1		
P9	1	1			Positiva con el alcohol, negativa con el cigarrillo
P10		1	1		
P11		1		1	
P12	1		1		
P13	1		1		
Total	8	6	6	2	

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

La mayor parte de los participantes calificaron su experiencia con las drogas como positiva, casi la mitad de los entrevistados mencionaron que su experiencia –ya sea que la calificaran como positiva o negativa– resultó irrelevante. Asimismo el Participante 9 calificó su experiencia como positiva y negativa, dependiendo de la sustancia involucrada.

Tabla 9

Usos personales de drogas: gestión de riesgos

Pregunta ¿Cuál cree que es el principal aspecto que se debería considerar cuando se usan drogas?				
Categorías	<i>Set</i>	<i>Setting</i>	Dosis	Otros
P1		1		
P2	1			
P3	1			
P4	1			
P5	1	1		Conocer «el límite»
P6	1			
P7				Costo-beneficio del consumo
P9			1	Dosis y frecuencia
P10		1		No mezclar
P11				La prevención
P12	1			
P13	1	1		
Total	8	4	1	

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

Las ideas predominantes correspondieron con aquellos elementos relativos al *set*, es decir, a las expectativas, creencias, intenciones, conocimientos, etc. del usuario de drogas. Las respuestas de los participantes 5, 7 y 9 hicieron referencia a las consideraciones que se deberían tener al mantener un consumo a mediano y largo plazo. Dos de los entrevistados señalaron la importancia de no mezclar sustancias y la «prevención», entendida aquí como una actitud anticipatoria general.

Tabla 10

Uso de drogas en profesionales de la salud: drogas más consumidas

Pregunta ¿Cuáles son las drogas más consumidas por los profesionales de la salud?					
Categorías	Marihuana	Pasta base de cocaína	Tabaco	Alcohol	Otras
P1			1	1	Medicamentos
P2			1	1	

P3			1	1	
P4			1	1	
P5	1			1	
P6			1	1	
P7				1	Medicamentos ansiolíticos o hipnóticos
P8	1	1	1	1	
P9				1	
P10			1	1	
P11			1	1	
P12			1	1	
P13			1	1	
Total	2	1	10	13	

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

La totalidad de los entrevistados manifestaron que, a su criterio, el alcohol es la droga más consumida por los profesionales de la salud. La mayoría incluyó al tabaco en este grupo. En menor medida se mencionó a la marihuana, los fármacos y la pasta base de cocaína.

Tabla 11

Uso de drogas en profesionales de la salud: motivaciones

Pregunta		¿Qué los motiva a consumir?				
Categorías	Recreación	Presión social	Búsqueda de relajamiento	Alivio del malestar	Búsqueda de experiencias nuevas	Otras
P1			1		1	Disponibilidad de conocimientos en torno a medicamentos
P2	1	1	1			
P3			1			
P4			1			
P5	1		1			Adicción
P6			1	1		
P7			1	1		
P8			1	1		
P9	1					
P10	1		1			
P11			1			
P12			1			

P13	1				
Total	5	1	11	3	1

Fuente: entrevistas realizadas.
Elaborado por: autor (2021).

De forma generalizada los participantes identificaron como la motivación principal la búsqueda de relajamiento y el manejo del estrés derivado de las actividades laborales. Emparentada de cerca con esta motivación se mencionó al afán de recreación y diversión. El Participante 1 consideró que el acceso a información sobre medicamentos es otra de las motivaciones, por ejemplo, entre los médicos. El participante cinco incluyó a la «adicción», destacando la imposibilidad de cesar el consumo de forma voluntaria como una motivación.

Tabla 12

Uso de drogas en profesionales de la salud: momentos de consumo

Pregunta	¿Cuándo consumen estas drogas?			
	Categorías	Días específicos	Horas específicas	Ciclos evolutivos específicos
P1			1	
P2		1	1	
P3			1	
P4		1	1	
P5		1		
P6			1	1
P7				Momentos de malestar
P8		1	1	
P9				Eventos sociales
P10			1	
P11		1	1	
P12			1	
P13		1	1	
Total		6	10	1

Fuente: entrevistas realizadas.
Elaborado por: autor (2021).

La mayoría de los participantes indicó horas específicas para el consumo de drogas, principalmente la finalización de la jornada laboral. Aquí se incluyeron días específicos, también asociados al cierre de las jornadas de trabajo. El Participante 7 señaló que el consumo de drogas se da principalmente en momentos de malestar psíquico y el Participante 9 destacó los eventos sociales.

Tabla 13

Uso de drogas en profesionales de la salud: espacios de consumo

Pregunta	¿Dónde se consumen estas drogas?				
Categorías	Trabajo	Domicilio	Bares	Casa de amigos/familiares	Otros
P1	1	1			
P2		1	1		Tiendas
P3			1	1	
P4		1	1		
P5		1	1		
P6		1		1	
P7	1	1			
P8	1	1	1		
P9		1	1	1	
P10			1		
P11	1		1	1	
P12			1		
P13			1	1	
Total	4	8	10	5	1

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

Respecto a los principales lugares de consumo casi la totalidad de entrevistados mencionó los bares, seguidos de los domicilios de los profesionales de la salud o de sus amigos y familiares. Cuatro participantes señalaron que el consumo se realiza dentro de las instalaciones de sus puestos de trabajo –sobre todo cigarrillo. El Participante 2 indicó que el consumo de drogas –principalmente alcohol– tiene lugar en tiendas o negocios similares.

Tabla 14

Uso de drogas en profesionales de la salud: perspectiva de la sociedad

Pregunta	¿Cómo cree Ud. que ve la sociedad el uso o consumo de drogas en los profesionales de la salud?				
Categorías de respuesta	A favor	En contra	Indiferente	Aceptado si se trata de legales	Otras
P1				1	
P2		1			
P3		1			
P4		1			
P5					Depende de cada caso y de si es un consumo problemático
P6		1			
P7		1			
P8		1			
P9				1	

P10	1			1
P11			1	
P12		1		
P13		1		
Total	1	8	1	3

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

La mayoría de los consultados manifestó que, en general, la sociedad se muestra en contra del consumo de drogas en profesionales de la salud. En menor medida se condicionó la actitud de la sociedad al estatus legal de la droga consumida. El Participante 5 destacó que un factor determinante para la postura que asumirá la sociedad será si el consumo es o no problemático.

Tabla 15

Uso de drogas en profesionales de la salud: prohibicionismo

Pregunta	¿Cuál cree que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención del consumo de drogas?			
	Rol central	Rol periférico	Efecto positivo	Efecto negativo
P1		1		1
P2				1
P3		1		1
P4	1			1
P5	1		1	
P6	1			1
P7	1			1
P8	1			1
P9		1	1	
P10	1			1
P11	1		1	
P12	1		1	
P13	1		1	
Total	9	3	5	8

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

La mayoría de los participantes concuerdan en que la prohibición de las drogas ocupa un rol central dentro de la prevención y genera un efecto negativo. Sin embargo, cinco de los consultados indicaron que el efecto del prohibicionismo puede ser positivo para la prevención del consumo de drogas.

Uno de los primeros elementos a destacar es la concepción de la drogas en tanto objeto.

Si bien es cierto que, desde su etimología, la palabra droga implica una ambivalencia constitutiva, se observa que los entrevistados enfatizaron sus cualidades negativas y las definiciones centradas en la sustancia en sí, prestando escasa atención a la interacción entre sujeto, sustancia y contexto; lo que, por otro lado y como se expuso anteriormente, suele ser uno de los argumentos para explicar el limitado impacto de la prevención del consumo de drogas:

Las drogas son sustancias que alteran el comportamiento y la personalidad de los individuos que podrían ocasionar adicciones, en algunos casos (Participante 2).

Las drogas son sustancias, que pueden ser lícitas o que también son ilícitas, y que producen una alteración del estado físico y emocional en las personas, producen algunos cambios en donde me parece que principalmente lo que se pierde es la capacidad de tomar decisiones de una manera clara y racional (Participante 10).

Partiendo de los términos dados por la OMS, es una sustancia tóxica que, introducida en el cuerpo, provoca alteraciones en la percepción, en el comportamiento, en los afectos y en algunas otras áreas, puede llegar a la dependencia (...) (Participante 11).

Son sustancias químicas que, alteran el desenvolvimiento de la persona, lo mismo que provocan daños y es fácil que la persona cada vez entre en un estado donde no puede vivir sin ellas precisamente porque hay una alteración química en su cerebro (Participante 12).

Como se observa los participantes se focalizaron en la identidad «tóxica» conferida a las drogas. Lo que, desde un punto de vista teórico y práctico, no responde a la particular dualidad del objeto, pues como ha señalado Escotado (2006, p. 8, 12), dicha dualidad constituye la definición misma de droga. Por otro lado, excluir el potencial «placentero» del uso de drogas genera una visión sesgada y limitante de un fenómeno complejo, lo que se traduce a nivel práctico en intervenciones enmarcadas exclusivamente en enfoques abstencionistas (Parés, 2013, p. 86-87).

También se aprecia un marcado acento en los argumentos provenientes del enfoque biologicista, es decir, el objeto droga y su relación con el sujeto se explica principalmente aludiendo a mecanismos neurofisiológicos. Sin embargo, también se encontraron, algunas respuestas que se alejan, de manera más o menos pronunciada, de este marco de referencia:

Bueno, milenariamente las drogas se han constituido como un proceso sociocultural, la historia dice que prácticamente nuestros ancestros utilizaban estos medios de medicinas ancestrales a través de todo lo que la Pachamama generaba, con el afán de tener un poco esa conexión espiritual o esa cosmovisión que ellos manejaban para poder entablar una relación afín a lo divino y en ese trance tener relación con los seres del más allá. Ahora con todo un proceso mercantilista y de industrialización, se transformó para sacar provecho y prácticamente se las considera como un problema de salud pública (Participante 6).

Las drogas son sustancias psicotrópicas que pueden causar alteraciones en todos los ámbitos de la persona entonces si hablamos netamente de lo que son drogas, sería más bien esto. Pueden impactar en la salud integral de un sujeto que pueda consumir estas y hablamos, obviamente, de

un impacto integral en la persona, si es que comienza a adentrarse en este fenómeno o problemática de las drogas y causa un deterioro significativo en la persona, si ya hablamos, por ejemplo, de consumos problemáticos. Como yo siempre suelo decir, las drogas son como una escalerita en cuanto a su uso, vamos con el uso experimental posteriormente nocivo hasta llegar al problemático y, ahí sí, ya impacta de manera muy importante en la vida de la persona (Participante 9).

Creo que son sustancias de diferentes composiciones, pueden ser químicas o naturales. Sirven para usos recreativos, en muchas ocasiones cuando no son consumidas de manera normal, digámosle así, se convierten en un problema (Participante 4).

Bueno dependiendo, hay drogas consideradas buenas, por así decirlo, o que tienen que ver con la medicina y las otras pues no tan buenas que son las que están promoviendo lamentablemente un daño en los chicos. Más que todo, que es lo que me preocupa a mí personalmente, no solo como profesional por el trabajo que llevo, sino también por mis hijos. Tengo un chico más grande y el otro más pequeño, pero los dos adolescentes, entonces para mí las drogas son sustancias que producen un daño en las personas y lamentablemente son muy adictivas y son muy difíciles de dejar una vez que se empiezan a consumir (Participante 3).

Aparecen en estas narrativas un intento de ampliación en la concepción de las drogas, remitiendo a dimensiones socioculturales, históricas y que pretenden dar cuenta de sus contradicciones. Pero quizás su aporte más relevante es la inclusión de formas de consumo no patológicas, dentro de una variedad de maneras de relacionarse con las drogas, que, no obstante, se entienden como un continuo progresivo ineludible hacia la «patología», tanto individual como social:

Riesgos psicosociales para la propia vida del ser humano, del que consume, es un caos su vida, deteriora su vida familiar, laboral, interpersonal y para la sociedad mucho más. Estamos viendo una época donde vemos los resultados, las últimas noticias, la situación consecuente del consumo en las cárceles, en las calles la delincuencia, por supuesto que no todos son así, pero las consecuencias son claras. Los riesgos psicosociales a todo nivel para la persona, para la sociedad y para la familia, para el ámbito laboral, para el Estado (Participante 11).

Los riesgos principalmente irían en todos los ámbitos, pero yo diría, los más dañinos serían el hecho de destrucción de la familia porque eso es lo que termina. Como digo, al inicio del consumo no hay ningún problema tal vez o es lo que ellos sienten, pero conforme va avanzando el consumo lastimosamente los años a nivel familiar, yo digo, sobre todo, está más afectada, incluso, que el mismo paciente (Participante 12).

Por eso es que ya se pierden, como te decía, en tiempo, espacio y todo. En consumos leves de marihuana lo que más he podido observar es en cambios de conducta o un trastorno de conducta y también en el aprendizaje y la memoria. Por eso viene a ser una de las causas principales, la deserción escolar porque ya obviamente viene a perder en temas de atención, aunque muchos de ellos piensan que es al revés, que eso los hace estar más concentrados y atentos, si bien es cierto capto mejor, pero cuando ya se deja de consumir obviamente es todo lo contrario entonces que viene ahí, ya viene la adicción (Participante 5).

Aparece así otro elemento, la calidad de «chivo expiatorio» de las drogas, su consumo entendido como causa de variados problemas que, aunque se entienden como multicausales y complejos, ubican su acento en el consumo de drogas, quizás como un intento de reducción en

busca de la comprensión.

Otro de los elementos relevantes que se extraen de las respuestas de los entrevistados es la situación legal de las drogas, lo que nos lleva a abordar el prohibicionismo como otro de los elementos de la estructura macro. Se observa, en general, una disonancia. Esto es, una actitud más tolerante ante el consumo de alcohol y tabaco que ante las drogas ilegales cuando se trata del uso personal de drogas, que se revierte al momento de enmarcarlo en la esfera de la práctica profesional:

Sí, bueno el alcohol como todo adolescente es ahí donde se incursiona igual el tabaco, creo que en mis veinte, o sea la etapa de la universidad fue mucho, cada semana con unas amigas, o sea todos los viernes pasaba ebria. Creo que al momento de compartir con ciertas personas no me siento tan mal porque es algo que está, que está presente (Participante 1).

Tengo una experiencia, en mi caso, yo diría buena porque tomaba con mis amigos de la universidad, por ejemplo. Sí, con ellos era cada viernes, salía de clases y lo hacía en tipo recreativo, ahora ya sé que no es recreativo, pero si lo hacía de esa manera, supuestamente salías el viernes y listo te tomabas tus traguitos e ibas a la casa (Participante 12).

Dependiendo, el tema de alcohol creo que está moderadamente aceptado, sin embargo, también en ciertos profesionales, lo hablo como anécdota, muchas veces sí se ha escuchado «es que tal doctor parece que está tomado». A veces igual los profesionales en este tema de pago simbólico, también saben regalar botellas. El alcohol es aceptado, pero si yo lo veo dentro de un espacio o una atención es duramente criticado. Ahora, si es que ya hablamos de drogas ilegales, se lo determinaría como un mal profesional o situaciones inadecuadas y creo que por eso mismo se lo mantiene en secreto (Participante 1).

Bueno, en general, hemos dicho que afecta al sistema nervioso, por ejemplo, una droga depresora como lo es el alcohol, es una sustancia que tiene en común la capacidad de entorpecer el funcionamiento del cerebro entonces hablamos que esta persona que consume el alcohol tiene desinhibición inicial, donde progresivamente si llega a una etapa de intoxicación, podría llegar incluso hasta un coma (Participante 7).

A ver, los efectos obviamente, yo considero que son cien por ciento negativos obviamente las drogas prohibidas, aunque también las que son aceptadas porque está el consumo de alcohol. Son drogas que a corto, mediano y largo plazo producen daños que muchas veces pueden ser irreversibles para las personas (Participante 5).

Esto se relaciona también con las acciones que llevan a cabo los profesionales como parte de la prevención del consumo de drogas. Como se señaló anteriormente se prioriza la transmisión de información relativa a las consecuencias negativas del consumo, bajo el formato grupal – metodología, dicho sea de paso, percibida como insuficiente–; mientras que otras alternativas, como la modificación de los marcos legales en torno a las drogas, aunque se mencionan, son vistos con desconfianza.

De lo que conozco el esquema es, listo te presento tu taller, te doy la dinámica de acompañamiento, te presento el tema y te pregunto si entendiste y te hago evaluación entonces yo le veo desde mi punto de vista informativo. Y, o sea, está correcto informar, sin embargo, a mí me queda pendiente el hecho de cómo llego a la comunidad (...) Al menos si tú vas a una comunidad quichua, huaorani, una comunidad de escasos recursos económicos, como te decía,

no te van a prestar atención porque tienen diferentes maneras o significados de lo que es la adicción (Participante 4).

Creo que la parte preventiva, como nosotros la hacemos, es un tanto repetitiva, es desde la charla, la explicación que a veces ya no llega tanto, ya no llena mucho, de pronto unos sí la escuchan, pero ya no nos hacen mucho caso que se diga. A pesar de que nosotros somos autoridad sanitaria entonces sí tenemos espacios preventivos, pero no sé hasta qué punto surge el efecto que se supone que debemos alcanzar (Participante 10).

(...) hace algún rato que yo me acuerde, hace seis años, se hablaba dentro de charlas, pero para promocionar las normas que se crearon, la tabla de consumo que no es una legalización sino es, bueno tantas cosas que hacía, palabras más palabras menos, se legalizó el consumo y punto (Participante 11).

Lo que se evita con la legalización de las drogas es que personas se enriquezcan ilícitamente, sin embargo, los problemas sociales van a seguir existiendo, por ejemplo, van a haber más personas con esquizofrenia por el uso de la marihuana o más personas con depresión y ansiedad (...) lo que a mí me pasó con el cigarrillo, es que se me despertó la curiosidad por su consumo debido a que en mi entorno varias personas lo consumían. El ver eso despertó en mí un interés por consumirlo entonces, si el consumo de la marihuana se vuelve más común, por aprendizaje, va a haber más niños y adolescentes que consuman la marihuana. (Participante 2).

Esto resulta curioso, pues la mayoría de participantes consideran que el efecto del prohibicionismo sobre la prevención es negativo. Al parecer el prohibicionismo es entendido por los entrevistados como la prohibición legal del consumo, cuando, y como han señalado autores como Rollo y Samorini (1999), el prohibicionismo en torno a las drogas se extiende no solo al objeto en sí, sino además a sobre lo que del objeto se dice:

Creo que el prohibicionismo es una visión bastante atrasada, en donde dejamos de ver aspectos psicosociales y donde la persona puede ser tratada como una simple persona infractora y no como una persona que muy verdaderamente tiene un problema de salud (Participante 7).

Por eso digo, por más que existan prohibiciones y leyes lastimosamente, de cualquier modo, van a poder acceder, por eso más bien, desde el prohibir no, sino desde el educar. Desde que momento sería razonable consumir y en qué momento (Participante 9).

Yo diría que el prohibir una sustancia no te asegura que no se va a consumir, más bien, en el caso de los adolescentes, va a aumentar las ganas de irse en contra de las normas porque en parte de su desarrollo psicológico está eso de desobedecer un poco las normas, de tomar sus propias decisiones y de no estar regido siempre por las órdenes de sus padres (Participante 2).

Si es complejo también porque el hecho de tener un sistema legal que te prohíba, hace que la persona no respete la ley y, por otra parte, trate de consumirlo por la ilegalidad y eso ha sido la raíz de la problemática social, entonces muchas de las sustancias prohibidas se consumen. A diferencia de las que aparentemente son legales, yo estoy en desacuerdo en este tema, yo no comparto el hecho de que se legalice el hecho del consumo, pero sí tiene mucha relación y conflictividad a nivel social, también es por eso que ahora se están analizando los marcos para poder regularizar mejor, sobre todo la legalidad (Participante 6).

Lo concreto, mira a veces tapamos muchos términos que las personas deberían saber entonces tapamos muchos términos, yo creo que a la gente se la debería educar con los términos adecuados que es, por ejemplo, cuando dicen que es droga, te dicen «es la muerte, es malo, es algo de lo que no puedes salir» y demás entonces, si tú le preguntas

a alguien te va a decir eso entonces la mejor forma sería educarles como es (Participante 8).

Como se observa, los elementos principales de la representación social de la prevención del consumo de drogas se organizan en torno a una estructura más amplia: el marco prohibicionista (Martínez y Pallarés, 2013). Marco que en su devenir histórico ha extendido y diversificado sus discursos hacia modelos aparentemente distintos, pero que coinciden en su empeño restrictivo.

Los discursos prohibicionistas toman diferentes formas, apelando a veces a la legalidad, a veces a la salubridad y muchas veces a la moralidad. La pretensión de legitimidad basada en la biología y la patologización de los consumos genera el reduccionismo de un fenómeno complejo y restringe las alternativas de respuesta. Estos elementos, analizados aquí como la estructura general en la que se enmarcan tanto la información como las actitudes ante el objeto representado serán sintetizados en el capítulo siguiente, al clasificar las representaciones sociales de la prevención dentro de los paradigmas y modelos vigentes.

Información de los Profesionales de la Salud sobre la Prevención

Este componente contiene los conocimientos en torno al objeto de representación. Es así como la pertenencia a cierto grupo social determina la calidad y la cantidad de la información en que se sustenta la representación y determina la cercanía o distancia respecto a la prevención del consumo de drogas y las prácticas a asumir en torno a ésta (Velásquez et al., 2013, p. 52).

A partir de las respuestas de los entrevistados a preguntas sobre los saberes en torno a las drogas, se seleccionaron los aspectos más representativos, conformando una síntesis básica que permite dar cuenta de lo que cada uno de ellos entiende por consumo de drogas. A partir del análisis de contenido y el análisis de información se establecieron diferentes categorías de respuesta para cada una de las preguntas realizadas.

A continuación se presenta el análisis de las respuestas a las preguntas de los ejes Prevención y RRD, correspondientes a las secciones: Definición, Acciones, Alternativas a la prevención y relación entre prevención y tratamiento¹⁴. Este primer análisis será sucedido por la discusión sobre los extractos narrativos de los discursos de los participantes. Esta es la estructura que se seguirá también para los otros dos componentes.

Tabla 16

Prevención del consumo: definición

¹⁴ Según el modelo de Leavell y Clark el tratamiento corresponde al segundo nivel de prevención, por lo que sería apropiado referirse a este como prevención secundaria; sin embargo, se empleó el término «tratamiento» en consideración de que corresponde a la forma mayormente utilizada en el cotidiano.

Pregunta		¿Qué es la prevención primaria del consumo de drogas?			
Categorías	Centradas en el objetivo que persigue	Centradas en las estrategias que emplea	Centradas en la población objetivo	Otras	
P1		1			
P2		1			
P3		1			
P4		1			
P5	1				
P6		1		Promover estilos saludables de vida	
P7	1	1			
P8		1	1		
P9		1			
P10	1			Retrasar inicio de consumo	
P11	1			Prevenir el consumo	
P12	1				
P13	1				
Total	6	8	1		

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

La mayoría de los entrevistados ofreció una definición centrada en las estrategias que emplea la prevención. Dentro de estas se destaca la respuesta del participante seis, quien señaló estrategias encaminadas, de manera general, a la promoción de estilos saludables de vida –en una línea más cercana a la promoción de la salud que a la prevención. Casi la mitad de los participantes proporcionaron definiciones sustentadas principalmente en el objetivo de la prevención, de forma general dicho objetivo fue el evitar problemas relacionados con el consumo de drogas, a excepción del Participante 11, quien mencionó que el objetivo de la prevención es evitar el consumo en sí mismo. El Participante 10 señaló que el objetivo de la prevención es retrasar la edad de inicio de consumo de drogas, una variación ligera del ya mencionado objetivo –evitar los problemas asociados al consumo.

Tabla 17

Prevención del consumo: acciones

Pregunta		¿Cómo se hace prevención?				
Categorías	Charlas/ Consejería	Ferias,	Modificación	Proveer	Motivar	Otras

	talleres	individual	marchas, carreras y similares	de aspectos estructurales	información sobre los efectos negativos	otras actividades	
P1	1	1		1			
P2						1	Identificar situaciones de riesgo en adolescentes
P3	1				1		
P4				1			
P5	1	1	1				Clubes de adolescentes
P6						1	Deporte
P7	1	1			1	1	
P8	1	1	1		1	1	
P9	1				1		Informar a las familias de consumidores
P10	1	1	1		1		
P11	1		1		1		Proyectos interinstitucionales
P12		1					
P13		1			1		
Total	8	7	4	2	7	4	

Fuente: entrevistas realizadas.
Elaborado por: autor (2021).

Las actividades grupales, como charlas, fueron las acciones propias de la prevención señaladas por los entrevistados, seguidas por la consejería individual y la transmisión de información sobre los efectos negativos del consumo –independientemente del formato de entrega de dicha información. Dentro de las categorías residuales se observaron la identificación de factores de riesgo, la conformación de grupos permanentes de adolescentes, el trabajo informativo con las familias de los consumidores y, de manera inespecífica, los «proyectos interinstitucionales».

Tabla 18

Prevención del consumo: alternativas

Pregunta	¿Qué pasa cuando la prevención falla?		
Categorías	Tratamiento	Rehabilitación	Otras
P1			Seguir acompañando al usuario con una intención preventiva
P2	1		

P3	1		
P4	1		
P5	1	1	Medidas legales, personas en conflicto con la ley
P6			Insistir con la prevención desde otros ámbitos, por ej. desde el sector educación
P7			La prevención no falla, solo atraviesa por diferentes niveles: primaria, secundaria, terciaria.
P8			Reducción de daños
P9	1	1	
P10			Modificar aspectos estructurales, trabajar de manera intersectorial
P11			Articulación intersectorial, ampliar la concepción de salud mental
P12	1	1	
P13	1		
Total	7	3	

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

En cuanto a las alternativas a la prevención la mayoría de entrevistados concuerda en que el paso siguiente debería ser el tratamiento en salud; no obstante, se observaron variedad de respuestas distintas entre sí, aunque relacionadas. Por ejemplo, insistir en la prevención desde un formato más individualizado de acompañamiento, la disposición de medidas legales en los casos correspondientes, mover la prevención desde los entornos de salud a otros cercanos, la reducción de daños entendida como un enfoque con identidad propia –no clasificable dentro de la prevención o el tratamiento– y la articulación intersectorial para incidir en los determinantes sociales de la salud. El Participante 7 destacó la continuidad de la prevención en sus tres niveles, idea que aparecerá también en la siguiente sección.

Tabla 19

Prevención del consumo: relación entre niveles, prevención y «tratamiento»

Pregunta	¿Prevención y el tratamiento son distintos? ¿Es posible relacionarlas?			
Categorías	Articulación posible	Reducción del daño como forma de prevención	La prevención es un continuo	Otras
P1	1			
P2	1			
P3	1			
P4	1			
P5	1			
P6	1			
P7	1	1	1	

P8	1		1
P9	1		
P10	1	1	
P11			Dentro de los tratamientos se hace prevención
P12	1		
P13	1		
Total	12	2	2

Fuente: entrevistas realizadas.
Elaborado por: autor (2021).

La totalidad de los entrevistados consideró que la articulación entre prevención y tratamiento es un hecho, dos de ellos señalaron que la reducción del daño constituye una forma de prevención, además apareció también la concepción de la prevención como un continuo en sus tres niveles. El Participante 11 indicó que establecer límites entre prevención y tratamiento es difícil pues, en la práctica, son simultáneos.

Como se puede observar la información a la que tienen acceso los psicólogos del Distrito 6 proviene principalmente de su formación académica, su experiencia profesional y su actividad laboral cotidiana. Así sus respuestas emplean conceptos generales provenientes del modelo de Leavell y Clark sobre la prevención de la enfermedad, como niveles de prevención, proceso patógeno, detección temprana y factores de riesgo.

Una prevención primaria está dada en todas las actividades, estrategias o métodos que nosotros hacemos para, de alguna manera, eliminar factores que hagan causar riesgos de consumo en una comunidad. Entonces hablamos de prevención primaria cuando actuamos antes de que este consumo se dé o antes más bien de que la enfermedad, el abuso o la dependencia aparezca. En atención primaria de la salud, la prevención primaria es una de nuestras banderas porque en nuestra comunidad lo que hacemos es prevenir, es constantemente dirigirnos a evitar que aparezca la enfermedad mediante el control de estos factores de riesgo en nuestra comunidad (Participante 7).

Yo considero que es informar a los usuarios y no solamente a los usuarios, sino también ponte a su familia, sí es bueno informarles sobre el consumo moderado de alcohol o cuales consecuencias puede haber si ya se toma en exceso (...) he tenido muchísimas familias con las que he trabajado, en los cuales el padre ya tiene consumo problemático de alcohol y obviamente hay violencia, de cualquier tipo, no solamente podemos hablar de violencia física sino también psicológica, incluso, de sexual y entonces mira, a mí me parecería tan importante trabajar en cuanto a prevención con los hijos de esas personas porque lastimosamente comienzan a generar, yo digo como toda esta red de factores de riesgo (Participante 9).

Así también es interesante notar como en las respuestas de los participantes se actualizan controversias en torno al concepto de prevención, como por ejemplo, la planteada por Durlack, relativa a los límites difusos entre prevención y promoción de la salud a nivel práctico (Gómez y González, 2004, p. 90).

La prevención primaria viene a ser como antes del consumo, obviamente, entonces puede ser, no sé, en promoción de la salud, quizás en jóvenes, en niños también, informar a la gente desde

muy temprano, incluso, para que sepan cuáles son las consecuencias del consumo de drogas. Ese creo que es un paso de la intervención primaria, a nivel familiar, educativo, estatal, incluso (Participante 5).

La prevención primaria sería lo que se hace en los centros de salud, además lo que se hace en los centros educativos y lo que hacen las ONG, que es promover diversas actividades culturales. El uso del tiempo libre saludable entraría como una prevención primaria (Participante 2).

Estaría relacionado con todas las actividades que estén ligadas al estilo de vida saludable, en este caso el hecho de realizar actividad física, de tener una alimentación saludable, el hecho de tener buenos hábitos, realizar actividades de ocio o de recreación (Participante 6).

Al respecto se observa que otro de los conceptos implicados en la definición de prevención, con la que trabajan los psicólogos del Distrito 6, es el de factor protector, entendido como el reverso del factor de riesgo.

Yo creo que el tema de prevención debería enfocarse no a prohibir o decir ten cuidado, etc. sino trabajar en fortalecer habilidades en las personas, si una persona fortalece su autocontrol, el tema de autodominio, de decisión, de su amor propio, fortalecer sus relaciones sociales, cómo él puede afrontar situaciones complejas, ir fortaleciendo el tema de la resiliencia, yo creo que eso es preventivo (Participante 13).

Como se puede observar, otras de las ideas relevantes en torno a la prevención fueron las de prohibición y control del consumo de drogas.

Creo también y, desde donde yo trabajo, es que el usuario empiece a identificar y sea consciente de las consecuencias que puede derivar de un consumo. (...) También creo que es brindarle un espacio de escucha y de no juzgamiento al usuario. Porque muchas veces cuando hablas sobre eso, los profesionales y las personas en general, te juzgan y no existe ese espacio de escucha y empatía. La decisión de consumo muchas veces radica en el usuario y creo que eso el profesional no lo toma en cuenta y por eso lo juzga (Participante 1).

Es parte también de romper con las estructuras cognitivas de «ah no, las drogas son malas» y no es así, sino más bien, es el ser humano que no puede controlar el consumo (...) Yo me acuerdo que cuando era más joven era el «no a las drogas, cuidado con las drogas» pero, nadie nos decía por qué, entonces eso me llamaba mucho la atención, o sea es malo, pero por qué. Y es paradójico porque eso exactamente es lo que tú vas a buscar para saber qué es (Participante 4).

Como se expuso anteriormente la mayoría de respuestas se focalizaron en las estrategias que emplea la prevención, y dentro de estas específicamente la transmisión de información, orientada a la «toma de consciencia» sobre el consumo de drogas.

Es que las personas conozcan del tema, informar y bombardear de información (Participante 3).

Bueno, según NIDA del 2010, nos habla acerca del informar que es cada una de las drogas, que efectos produce, consecuencias, lo que al inicio te hablaba, saber qué es lo que voy a probar (Participante 4).

Yo considero que es informar a los usuarios y no solamente a los usuarios, sino también ponte a su familia (Participante 9).

Yo siempre he creído que la mejor prevención, es la educación entonces simplemente es la educación que debe tener la persona, no solo en el consumo de drogas sino también en todo. Si

uno se educa a la persona, si la persona sabe entonces la persona previene inclusive hasta personas que ya están en un consumo (Participante 8).

Desde brindarle la información al usuario de que es lo que pasa, lo bueno y lo malo (Participante 1).

Como se aprecia existe una cuasi equivalencia entre prevención y educación –o al menos información. Asimismo, se observa que usualmente esta transmisión de información enfatiza los aspectos negativos del consumo, apelando a la reflexión por parte del receptor de dicha prevención. La idea básica parecería ser: informar sobre los daños para que la persona «libremente» decida no consumir o consumir de una manera mesurada. Esto concuerda con lo que Martínez y Pallarés (2013, p. 23) denominan «filosofía de la educación sobre drogas».

Es importante mencionar que varios participantes centraron sus respuestas en la población objetivo de la prevención, si bien se mencionó que todas las personas consumimos drogas en diferentes medidas, cuando se habla de prevención continúa siendo relevante la relación que guarda con la niñez y la adolescencia.

(...) los jóvenes son los que más consumen, si se les da la oportunidad de realizar otras actividades donde ellos puedan expresar lo que sientan, lo que piensan o lo que viven libremente, sin miedo de ser juzgados y que puedan hacer una catarsis con respecto a lo que están sintiendo o viviendo, se evitaría que el adolescente busque esa catarsis a través del uso de drogas (Participante 2).

(...) informar a la gente desde muy temprano, incluso, para que sepan cuáles son las consecuencias del consumo de drogas (Participante 5).

Yo creo que, principalmente, prevención es retardar el inicio de un consumo, es lo que debemos propender de hecho porque tenemos conocido que quien empieza mucho más temprano el consumo de drogas es más fácil que se enganche y que no salga de ese consumo entonces creo que, la prevención es eso (Participante 10).

Se observa de forma general que la noción de niveles de prevención aparece en las respuestas de los entrevistados, dotando de una continuidad a los abordajes dirigidos al consumo de drogas, sin embargo la idea predominante es que la prevención primaria se refiere estrictamente a la actuación antes de que se dé el consumo, problemático o no.

(...) entonces sí, todo eso es una forma de prevención, esa en sí, sería la primaria y la general, pero no solo se hace prevención antes de que consuman, yo también creo que se debería hacer una prevención a todo el proceso adictivo que hay, hasta un adicto, un adicto compulsivo, un usador, un abusador y un experimentador entonces se debe hacer en todos porque ellos no saben (Participante 8).

Prevención es evitar que más personas, yo diría, tengan este tipo de problemas porque si hablamos de prevención primaria, es eso principalmente, evitar que las personas o más personas entren en este mundo del consumo. Para mí eso sería la prevención primaria que hacíamos, es evitar que más personas, adultos, mayores o lo que sea, tengan este tipo de problemas como es catalogada como una enfermedad, podríamos decir eso, que más personas no vayan teniendo este tipo de enfermedad (Participante 12).

La prevención primaria viene a ser como antes del consumo, obviamente (Participante 5).

Tabla 20
Reducción de riesgos y daños: definición

Pregunta		¿Qué es la reducción de daños?			
Categorías	Respuestas centradas en el objetivo que persigue	R. centradas en las estrategias que emplea	R. centradas en la población objetivo	No sé	Otras
P1				1	
P2	1				
P3				1	
P4	1				
P5					
P6	1	1			
P7	1	1			
P8	1		1		
P9			1		
P10	1				
P11					Estrategias: modificar aspectos estructurales como el empleo
P12	1	1			
P13	1				
Total	9	3	2	2	

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

La mayoría de entrevistados indicó una definición centrada en el objetivo que persigue, que en general hizo referencia a disminuir el daño en personas que consumen drogas y no pueden cesar el consumo. Es importante señalar que la idea de que la reducción de riesgos y daños es un paso previo a los tratamientos basados en la abstinencia también fue generalizada. El Participante 11 mencionó como estrategia principal la modificación de aspectos estructurales relacionados con aspectos económicos. Dos de los participantes admitieron no estar familiarizados con el término.

Tabla 21

Reducción de riesgos y daños: acciones

Pregunta	¿Cómo se hace reducción de daños?					
Categorías	Charlas/ talleres	Consejería individual	Ferias, marchas, conciertos y otras actividades de sensibilización	Modificación de aspectos estructurales	Cambios en la legislación	Otras
P1						
P2	1	1				
P3						
P4		1				
P5		1				Reducción de daños dentro de los ambulatorios intensivos
P6					1	
P7		1			1	Elaboración de políticas públicas
P8	1	1	1			Creación de grupos de pares
P9					1	Elaboración de políticas públicas
P10	1	1				Motivar a otras actividades Estrategias: modificar aspectos
P11				1		estructurales como el empleo, crear más centros de tratamiento
P12		1				
P13	1					
Total	4	7	1	1	3	

Fuente: entrevistas realizadas.
Elaborado por: autor (2021).

La mayoría de los entrevistados conciben a los abordajes individuales como una de las acciones principales dentro de la RRD. Algunos participantes señalaron también a los cambios en la legislación, que básicamente consistían en elaboración de políticas públicas.

Tabla 22

Relación entre niveles, reducción de riesgos y daños y «tratamiento»

Pregunta	¿Reducción de daños y el tratamiento son distintos? ¿Es posible relacionarlas de alguna forma?		
Categorías	Articulación posible	Reducción del daño como forma de tratamiento	Otras
P1			
P2	1		Reducción de daños antes, tratamiento, después
P3			
P4		1	
P5	1		
P6		1	
P7	1		Articulación posible a nivel teórico, pero no en la práctica
P8		1	
P9		1	
P10		1	
P11		1	Articulación posible para drogas legales
P12		1	
P13	1		
Total	4	7	

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

La mayoría de entrevistados consideró a la RRD como una forma de tratamiento y señalaron que, por tanto, su articulación es posible. Dentro de las categorías residuales se mencionó que la articulación es posible a nivel teórico pero no práctico, y más viable para las drogas legales que para las ilegales.

Como se observa la RRD, fue incluida dentro del segundo nivel preventivo por la mayoría de los participantes. Es decir, no es concebida como una forma de prevención primaria, sino como una alternativa de tratamiento una vez que la prevención primaria ha agotado sus posibilidades. Esto concuerda con el desarrollo histórico de la RRD, expuesta en el marco teórico. Aunque como se mencionó, en la práctica, el establecimiento de límites rígidos es reemplazado por la noción de continuidad entre niveles:

Es la primera vez que escucho este término con relación al consumo de sustancias, pero yo creería que tiene que ver con el evitar o prevenir que los daños provocados por el consumo de las sustancias sean graves o irreversibles. Ahí volvería al tema que mencionaba de lo que se hace en otros países, tratar de evitar o de retrasar el consumo de drogas lo que más sea posible (Participante 2).

No estoy muy al tanto de lo que significa la reducción de daños, pero de lo poco que he podido escuchar está asociado, como la palabra mismo lo dice, es como tratar de que el impacto que tenga el consumo de drogas en un individuo sea menor cada vez, entonces puede ser que esto sea a raíz de los tratamientos y la intervención que se haga con el individuo. A nivel social igual, de regular está cuestión que hablábamos, incluso, de cuáles son estas drogas que se están expendiendo y ver la forma de cómo se maneja (...) (Participante 5).

En primera instancia, como se pudo apreciar, existe una menor información disponible referente a la RRD, en comparación a la prevención del consumo. Así también se observa el establecimiento de niveles de intervención, es decir a nivel individual y macrosocial. Otro elemento relevante se relaciona con el objetivo que persigue, pues se entiende a la RRD como un paso previo a la abstinencia, un medio para alcanzarla, lo que para autores como Hidalgo y Rovira (2003) constituye una de las principales críticas al paradigma, pues, en sentido estricto y en última instancia, reducir a cero los riesgos implicaría no consumir:

(...) la reducción de daños es lo que óptimamente queremos para que la persona vaya logrando disminuir el consumo progresivamente y no quitándole de manera abrupta, porque no funciona y eso provoca que estas personas, recaigan con mayor facilidad (Participante 7).

(...) la reducción de daños justamente es el tema de que no llegue a esta sustancia más fuerte, vamos a ir a ver cuántas veces al día consume si la hace dos veces, vamos a reducir para que lo haga solo una vez o tal vez la cantidad o si lo hacía los siete días de la semana, tratamos de un día no hacerlo y reducir en espacio, si es en alcohol de la misma manera. También igual reduciendo la cantidad tal vez y, como decía antes, no mezclar los licores, no tener alcohol en la casa. La idea es que no llegue la persona a aumentar la dependencia y que los órganos internos no se afecten tanto como si siguiera consumiendo todo el tiempo Participante 10).

Aparecen además condiciones de aplicación de la RRD, que se refieren al tipo de droga consumida, así como el criterio de funcionalidad implicado en los objetivos que persigue, lo que para Martínez y Pallarés (2013, p. 27) permitiría establecer la diferencia entre reducción de riesgos y reducción de daños:

La reducción de daños depende si es al consumo o dependiendo de la droga hay éxito en la reducción de daños porque si ya está en dependencia, decirle que no consuma mucha cocaína sino menos en una jornada complicado, no hay como, no hay manera (Participante 11).

(...) la reducción de daños va en el hecho de que el paciente vaya fijándose objetivos, en los cuales vaya disminuyendo el consumo y precisamente para que no vaya a caer en lo último porque una persona que está sin estudiar o que está fuera de la casa, es un paciente de más riesgo precisamente. Por eso nunca se le niega acá a una persona el tratamiento porque lo que tratamos de evitar es eso, que el paciente no deje de estudiar (Participante 12).

Actitudes de los Psicólogos hacia la Prevención

La actitud es una de las partes constitutivas más importantes que nos permite identificar la esencia de la representación más allá del plano aparente, profundizando en las verdaderas creencias de la persona (Velásquez et al., 2013, p. 55). La principal fuente de información contenida en este apartado proviene de las preguntas en torno al rol de la prevención y de la RRD dentro del sistema de salud aunque, como se mencionó en la introducción de este capítulo, algunos de los contenidos aquí tratados toman elementos de otras secciones.

Tabla 23

Rol de la prevención en el sistema de salud

Pregunta	¿Cuál cree que es el papel que desempeña la prevención dentro de los servicios del MSP?					
	Categorías	Rol central	Rol periférico	Es útil	Es inútil	Otros
P1			1		1	
P2			1			
P3	1					
P4	1				1	
P5			1			Debería ocupar un rol central pero no se asignan los recursos
P6	1		1			
P7	1		1			La educación en salud no ha generado “consciencia”
P8	1				1	
P9	1		1			
P10			1	1		Lo poco que se hace no logra el objetivo
P11			1		1	
P12	1					
P13			1			
Total	7		6	4	4	

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

La mayoría de los entrevistados concuerda en que el rol que ocupa la prevención dentro del sistema de salud público –con especial énfasis en la atención primaria en salud– es central. Sin embargo, se observaron contradicciones respecto a su utilidad. El Participante 5 consideró que la prevención no cumple un rol central debido a la escasa asignación de recursos. El Participante 7 señaló que si bien la prevención es central y útil aún no ha logrado generar «consciencia» remitiendo a limitaciones en su alcance. El Participante 10 consideró que la prevención es periférica, útil, pero que los esfuerzos realizados no cumplen los objetivos

planteados.

En general, la actitud de los psicólogos del Distrito 6 hacia la prevención del consumo de drogas es positiva, al conferirle un rol central dentro de los servicios que oferta el MSP, lo que no excluye las observaciones respecto a aspectos como la metodologías tradicionalmente priorizadas y la poca incidencia sobre los determinantes sociales de la salud.

Es importantísima, yo consideraría que, es más, como dicen, el primer nivel se caracteriza por trabajar más en prevención que morbilidad entonces es importantísimo porque así podemos hacer que se genere un ahorro al Estado (Participante 9).

Yo pienso que es muy importante la prevención, de hecho, cuando nosotros formamos el Club de adolescentes, no queríamos un club de chicos que hagan esto o que haga lo otro, sino justamente de prevención y que ellos sean los portavoces del grupo en el que están (...) Yo pienso que el Ministerio debe trabajar mucho en esto de la prevención, pero no en charlas. A mí no me parece bien que solo sea de pararnos al frente y decir no hagas esto, no hagan lo otro, sino que ir un poco más allá de eso (Participante 3).

Yo creo que sería un rol bastante importante (...) En la parte prevención y promoción de la salud, tengo entendido hasta ahorita, que se deben realizar charlas a las personas que acuden al centro de salud o como anteriormente lo llevaban, salir a la comunidad, pero durante mi formación estudiábamos un poquito acerca de, como te decía, si los talleres cumplen de verdad ese rol de prevenir o si hay otras formas también (...) Saber también cuáles son las necesidades porque, no sé, se me ocurre, hay una comunidad donde hay precarios recursos económicos, donde hay desempleo, donde los expendedores de drogas están todos los días, entonces ¿cómo haces prevención ahí? (Participante 4).

Entonces sí, la prevención es algo muy importante, pero en atención primaria es nuestra bandera, nosotros prevenimos, es nuestro papel fundamental dentro de la atención primaria (Participante 7).

No obstante, la diferencia entre el rol central y periférico percibido es mínima, y varios de los entrevistados le asignaron un rol más bien periférico, resaltando el alcance limitado de la prevención, los escasos recursos destinados, un enfoque de atención en salud prioritariamente curativo y el bajo impacto de las intervenciones enmarcadas a este nivel.

Yo creo que el MSP sí ha hecho campañas de prevención, pero no llega a la parte consciente del adolescente, el joven o adulto, una conciencia colectiva de que está mal sí hay, pero de pronto no se ha llegado a un «consciente» (Participante 8).

La verdad creo que la prevención del consumo de sustancias es muy parecida a la prevención en todos los otros ámbitos que nosotros atendemos como salud, que lamentablemente a nivel de país, el nivel preventivo es bajísimo (Participante 10).

Es que como digo, no hay, la prevención se da en primer nivel de atención, centros de salud. El MAIS habla de 70% extramural para prevenir, para funciones de prevención, y esas funciones no las hay, y las ocupan más para la atención. Visita domiciliaria es una atención fuera del hospital en casa; es una atención, no es una prevención. No se trabaja en prevención (Participante 11).

Respecto a la utilidad de la prevención las opiniones estuvieron divididas y se apreció una

marcada ambivalencia, sobre todo porque los participantes percibieron distancia y contradicción entre la teoría y la práctica. Otros de los argumentos planteados por los entrevistados fueron la desarticulación del trabajo en salud de otros ámbitos –como Educación, por ejemplo– y la desinstitucionalización de la política de drogas a nivel central.

El rol que ejecuta, yo diría, sería bastante bueno si lo aplicaríamos al cien por ciento, es un rol como que, en muchas ocasiones, queda en segundo plano y el Ministerio mismo, pienso, que no hace prevención, más bien hace yo diría, tratamientos y ahí es el problema, donde vemos que hay más consumo porque precisamente no nos centramos tanto en la prevención (Participante 12).

(...) la prevención tiene dos momentos: la parte teórica que es hermosa, yo siempre menciono, nuestra teoría en políticas públicas de la salud es maravillosa, somos reconocidos y felicitados por organismos por nuestras políticas, pero en la práctica para los profesionales de la salud significa un trabajo más, es decir, un trabajo de hacer entender al usuario que tiene que responsabilizarse o termina paternalizando a ese usuario que no se apropia de su salud. El mal uso de la prevención termina en un paternalismo que no termina, que no logra cumplir estas expectativas teóricas (Participante 1).

Honestamente yo creo que, en temas de papeles, de documentos o de manuales, es decir, en temas protocolarios se le da una posición de relevancia e importancia al primer nivel de atención en cuanto a temas de prevención, pero creo que a la práctica ya no se lleva mucho, no sé a qué se deba. Es importante el trabajo que se hace en primer nivel, pero lo que dice en los documentos muchas veces no se ejecuta en la realidad (Participante 2).

Que te diré...la prevención a nivel del MSP está más en los papeles, porque de ahí realmente ver un trabajo preventivo que funcione, yo te podría decir que no hay (...) Yo creo que eso no debería hacer solo el MSP sino también interestatal, o sea que trabajemos todos. Si nosotros que tenemos el espacio, voy a un colegio y doy charlas, eso yo creo que es lo que más llega y explicarles a los chicos, incluso mostrarles los componentes y los efectos que producen, o sea capacitarlos de esa forma, e incluso, unirnos. Tristemente la Secretaría de drogas desapareció y supuestamente se fusionó con nosotros, pero yo no he visto ningún trabajo a fondo (Participante 5).

Tabla 24

Rol de la Reducción de riesgos y daños en el sistema de salud

Pregunta	¿Cuál cree que es el papel que desempeña la reducción de daños dentro de los servicios del MSP?				
	Rol central	Rol periférico	Es útil	Resultaría útil, aunque no se la aplica	Otros
P1					
P2		1		1	
P3					
P4		1			

P5		1			
P6		1			
P7	1		1		«Enganche» al sistema de salud
P8		1	1	1	
P9		1	1	1	
P10	1		1		
P11		1			
P12	1				
P13		1			
Total	3	8	4	3	

Fuente: entrevistas realizadas.

Elaborado por: autor (2021).

La mayoría de las respuestas asignaron un rol periférico a la reducción de riesgos y daños. En general, la consideraron útil, aunque también se mencionó la idea de que existe una disonancia entre su importancia teórica y su aplicación práctica. El Participante 7 mencionó que la RRD cumple un rol central y resulta útil como estrategia de contacto y captación de usuarios al sistema de salud.

La actitud de los participantes ante la RRD es, en general, positiva, aunque se caracteriza por la asignación de un rol periférico dentro del sistema de salud, lo que define el desconocimiento de sus detalles prácticos. Los participantes manifiestan una actitud abierta, incluso curiosa, respecto a la RRD, aunque admiten poseer poca información para su aplicación en sus actividades laborales cotidianas:

(...) hasta ahorita no veo nada acerca de reducción de daños. No sé si es porque voy un mes y todavía no encuentro ese punto o si no existe, no te puedo dar un testimonio fielmente. Mi apreciación es esa y la lectura que he hecho sobre América Latina, totalmente es un concepto muy nuevo y, por ejemplo, tener esquemas, tener un protocolo acerca de la reducción de daños, no la hallo todavía (Participante 4).

Que te puedo decir, desde mi perspectiva no se trabaja en esta área, si hablamos desde el aspecto del Estado porque el MSP es una entidad regula por este, entonces te podría decir que yo no veo el trabajo o la intervención en la reducción del daño del consumo de drogas y si es que se lo hace es muy limitado, eso implica que el impacto sea muy bajo (Participante 5).

Bueno, el Ministerio de Salud en lo que más se ha enfocado, ha sido en la prevención en su totalidad entonces en sí como reducción de daños, creo que no hay. Se podría decir que los servicios ambulatorios, podrían hacer una especie de reducción de daños con la educación y

también con los grupos terapéuticos (...) (Participante 8).

De lo que yo he sabido, no hay en el MSP, de lo que yo he sabido es que sí llegamos hasta el CETAD, que son tratamientos residenciales de seis meses o más dependiendo del adolescentes, en donde lo que se quiere conseguir, desde mi punto de vista, es la abstinencia. Pero, como yo digo, estamos invirtiendo tal vez en pacientitos que no quieren, entonces ahí más bien, nosotros deberíamos implementar la estrategia de reducción de riesgos (Participante 9).

En papeles y documentos, es decir, en la teoría sí, pero en la práctica no mucho. Yo pensaría que, tiene mucho que ver con una capacitación incompleta sobre el tema de drogas, hace falta profundizar sobre el tema de drogas debido a que abarca mucho (Participante 2)

Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones

Clasificación de las Representaciones Sociales de los Psicólogos del Distrito 6 sobre la Prevención del Consumo de Drogas

Para clasificar la información, campo representacional y actitudes de los psicólogos del Distrito 6 del MSP se recurre a los paradigmas contemporáneos dentro de la prevención aplicada al consumo de drogas: Prevención del Consumo y Reducción de Riesgos y Daños (RRD). Estos paradigmas pueden ser a su vez desagregados en modelos, como el Médico-sanitario, Psicosocial, Ético-jurídico y Sociocultural, entre otros.

Las reflexiones iniciales tienen que ver con el perfil sociodemográfico de los participantes de la investigación. La población participante estuvo conformada principalmente

por mujeres mestizas, con tercer nivel de formación académica., entre los 30 y 49 años de edad, que laboraban bajo modalidad de nombramiento dentro del Ministerio de Salud Pública por menos de 10 años. En general, una población joven y homogénea, sobre todo si consideramos los detalles de su formación académica.

Cabe reiterar aquí que todos los participantes pertenecen al área de psicología. La presente investigación, inicialmente dirigida a los profesionales de la salud en su conjunto, tuvo que focalizarse en psicólogos, pues son ellos quienes se encuentran directamente involucrados en la atención de las personas que consultan por problemas relacionados con el consumo de drogas. Al parecer esta diferencia en el nivel de involucramiento de las diferentes áreas da cuenta de la fragmentación existente en el Sistema Nacional de Salud entre la «salud física» y la «salud mental», detalle que se menciona a manera de reflexión inicial.

La mayoría de los participantes presenta un título de tercer nivel obtenido en una universidad pública nacional, lo que da cuenta de una relativa uniformidad en las representaciones sociales en torno a la prevención del consumo de drogas. Se puede concluir que los saberes con los que los participantes estuvieron relacionados fueron similares, lo que explicaría la consistencia en el campo representacional de los psicólogos del Distrito 6, campo que incorpora información proveniente de la formación académica y la práctica profesional, conocimientos que, no obstante, producen y reflejan prejuicios y estereotipos sobre las drogas, su consumo y sus relaciones con los procesos de salud-enfermedad.

Como se señaló a lo largo del presente trabajo existen pocos temas que generen más consenso social que el consumo de drogas, por lo que no sorprende la homogeneidad descrita. Sin embargo, si sorprende que aquellos que tradicionalmente han sido designados como «la voz oficial» en esta materia retornen a un lugar común al hablar de drogas: la abstinencia como regla general, al mismo tiempo que inalcanzable en la práctica. El consumo de drogas es visto, en el menor de los casos, como un factor de riesgo. El prohibicionismo presenta una tesitura amplia, se adapta a los diferentes modelos: si bien se admite con resignación el consumo como un «mal inevitable» se ofrece la alternativa de la «moderación». Se acepta determinado consumo de drogas como se aceptan determinadas maneras de hablar sobre él. Los discursos de los «consumidores», cuando se enuncian desde la voz oficial, desde el rol de experto, son aceptados en la medida en la que aluden a un consumo presente o pasado de drogas legales, o al consumo de drogas ilegales en el pasado.

Esto no excluye que existan excepciones, sobre todo entre aquellos profesionales más jóvenes, con estudios de cuarto nivel. En estos casos observamos una utilidad conferida a la propia experiencia, como medio para informar y moldear la actitud hacia el consumo y los

«consumidores» dentro de la práctica de la salud pública.

Hay que recordar que desde hace tiempo ya los «consumidores» han sido incluidos en el equipo multidisciplinario de salud, bajo la figura de «terapeutas vivenciales», categoría que tiene más que ver con una postura común al identificarse como consumidor –siempre ex– que con su profesionalización. ¿Qué sucedería si un profesional de la salud se presentara así mismo como consumidor actual de drogas legales o ilegales? Es decir, si se superara la disociación entre lo personal y lo profesional, ¿se concretarían los temores que suelen sustentar esta omisión o por el contrario se abrirían nuevas posibilidades de relación y encuentro con el usuario de los servicios de salud?

La Prevención del Consumo, el Paradigma Imperante

El criterio principal para establecer los paradigmas de la prevención aplicada al consumo de drogas es la aceptación o no del consumo en tanto un comportamiento humano legítimo, un derecho. Como se observa, en el caso de los psicólogos del Distrito 6, existe una aceptación parcial del consumo, que no difiere mayormente de la aceptación en la sociedad en general. La actitud general hacia los consumidores es de aceptación condicionada a la asunción del rol de paciente, lo que cambia, pero no radicalmente, la victimización tradicional de la que han sido objeto las personas que consumen drogas. En algunos casos se tiende incluso a la culpabilización del consumidor victimizado, práctica común en nuestra cultura –observable en otros fenómenos sociales complejos como la violencia basada en el género, por ejemplo.

La definición de Prevención de los psicólogos del Distrito 6 demuestra consenso respecto a las estrategias empleadas y su población objetivo, mientras que los objetivos que se le atribuyen son variados. Por un lado se señala la evitación del consumo en sí mismo, pero también la evitación de problemas que se le asocia, medir el consumo o retrasar su edad de inicio. No se observa, de manera explícita, la existencia de una aceptación del consumo de sustancias psicoactivas como una condición legítima.

Tomando como base esta última aseveración se concluye que las representaciones sociales de la prevención, en este grupo de profesionales, pueden ser enmarcadas dentro del paradigma de Prevención del Consumo, pues se encontraron elementos compatibles con las características de los modelos Médico-sanitario y Psicosocial, principalmente; y de los modelos Ético-jurídico y Sociocultural, de manera secundaria. Dentro de los primeros se destacan las explicaciones biologicistas, la patologización del consumo de drogas –o el consumo como síntoma de malestar psíquico– y la hipótesis de las fallas en el funcionamiento de la red sociofamiliar. Entre los segundos se destacan la victimización del usuario de sustancias y la hipótesis de que las desigualdades sociales producen vulnerabilidad en relación

con el consumo de drogas.

Sin embargo, se observa también la presencia de elementos compatibles con otros modelos considerados fronterizos, principalmente, el Multidimensional y el de Promoción de la Salud. Dentro de estos se destacan representaciones en torno a la indisociabilidad, en la práctica, de la prevención –sobre todo la primaria– y la promoción de la salud; y la prevención como evitar que un evento no se genere, o que, en el caso de aparecer, el problema sea el menor posible.

La actitud general hacia la prevención del consumo de drogas, dentro de este grupo, es positiva; no obstante, existe un número importante de profesionales de la salud que le atribuyen un rol periférico y cuestionan su utilidad. Se observa una disonancia percibida entre la teoría y la práctica de la prevención, que constituye uno de los principales argumentos que sustentan dicha actitud. Es decir, los psicólogos del Distrito 6 consideran que “en atención primaria de la salud, la prevención primaria es una de nuestras banderas” (Participante 7), pero también que los recursos –entre ellos el tiempo– asignados para el desarrollo de esta estrategia es escaso, que se prioriza la atención intramural, que las tácticas típicas que se le asocian –transmisión de información orientada a disuadir el consumo– resultan deficientes por agotamiento y que los programas de prevención primaria del consumo de drogas no suelen tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud.

Las políticas públicas al respecto son vistas como normativamente correctas, pero carentes de una institucionalidad que las soporte. La política pública de drogas se percibe lejana, apartada de la experiencia práctica, cotidiana. Existe una cierta impotencia en los participantes ante la contradicción: las políticas preventivas son necesarias, pero en las condiciones actuales resultan insuficientes, y modificarlas es difícil desde el nivel operativo.

Como se ha expuesto, las representaciones sociales de los psicólogos del Distrito 6, están atravesadas por contradicciones. La primera plantea la distinción artificial entre las personas consumidores y los «no consumidores»; la segunda, la distinción entre personal administrativo y operativo, quienes elaboran las políticas públicas y quienes las ejecutan, entre la teoría y la práctica de la prevención. Una tercera quizás esté constituida por la separación entre prevención primaria y RRD.

La Reducción de Riesgos y Daños como Posibilidad de Integración

¿Cuál es el objetivo que persigue la prevención del consumo de drogas? ¿Cuál es el objetivo que debería perseguir? A la primera interrogante los participantes de la investigación respondieron casi de manera unánime: evitar el consumo. La respuesta admite variaciones: retrasar la edad de inicio de consumo o evitar un consumo «abusivo». La respuesta a la

segunda es más variada y por ende difícil de precisar. Si bien hay quienes ratifican el empeño inicial, la mayoría coincide en que el objetivo ideal de la prevención dista de lo que se observa actualmente «en la práctica».

La información que los profesionales de este grupo poseen sobre la RRD es escasa. Se destaca la existencia de niveles de intervención –individual y colectiva–, su condición de paso previo a la abstinencia –o medio para alcanzarla– o el tipo de droga consumida y la funcionalidad de los consumidores como condiciones previas de aplicación de la RRD. La actitud de los participantes hacia la RDD es, en general, positiva, caracterizada por apertura y curiosidad ante su utilidad potencial; no obstante, se le atribuye un rol periférico a su aplicación dentro del sistema de salud.

La RRD es considerada por los participantes como una forma de prevención secundaria, más que como primaria. Así, sus principales elementos se ubican dentro del modelo de Salud Pública, destacándose una actitud paternalista hacia el consumidor, la priorización de la reducción del daño –sobre la garantía del derecho humano a consumir drogas– y la valoración negativa del consumo, por considerarse una práctica «riesgosa».

Excluir a la RRD del primer nivel de atención en salud, o incorporarla como un sucedáneo de la abstinencia limita la oferta de servicios de salud. Ampliar el repertorio posible de intervenciones preventivas, desarrollar una actitud pragmática y poner las tecnologías al servicio del cuidado favorecería el acceso de los usuarios al sistema de salud, al obviar el cuestionamiento típico de la decisión de consumir drogas, colocando en su lugar la aceptación y respeto hacia el consumo de drogas, entendida como un ejercicio de autonomía, devolviendo la capacidad de acción al sujeto.

En este sentido, no se aboga por una superación del paradigma de Prevención del Consumo –el paradigma imperante–, pues como se ha visto, los diferentes modelos que integran este paradigma y el de RRD suelen encontrarse al uso y comparten espacio en la actualidad, integrándose elementos provenientes de diferentes modelos. Tampoco se propone a la RRD como «el mejor posible» pues, si atendemos al Modelo de Promoción de Salud que engloba, se observará que el Estado puede asumir un rol paternalista, justificando la prohibición en pos de la reducción del daño. Lo que se propone es una visión histórica de la prevención del consumo de drogas, como la forma más acertada de integrar la «ciencia» y la «cultura», sin desestimar los aportes provenientes de los diferentes modelos, pero contextualizándolos al momento histórico específico de su producción y difusión.

Sería absurdo negar a la Prevención del Consumo como parte de la historia de la prevención. La RRD, que se plantea aquí como la posibilidad de integración presente y futura,

no existiría sin el prohibicionismo, pues como señala Parés (2013) la RRD es un síntoma de ese prohibicionismo. Es fundamental que los profesionales de la salud conozcan el paradigma de la Prevención del Consumo, que lo identifiquen como tal, para que esto los acerque al devenir histórico de este objeto, condición previa indispensable para la ansiada actualización.

Desde su formulación el presente trabajo investigativo apostó por la integración como posibilidad. Por ello se eligió a la prevención como objeto de estudio, sin aludir explícitamente a la tradicional distinción entre prevención y «tratamiento». Uno de los principales hallazgos de la investigación ratifica esta elección y sugiere un enfoque de salud pública presente en los profesionales que laboran en la atención primaria en salud, perfectamente congruente y potencialmente aprovechable.

En la representación de la prevención del consumo de drogas, en tanto objeto, destaca una concepción multinivel, compatible con el modelo de Leavell y Clark, que dota de continuidad e integralidad a los abordajes salubristas. Esta coincidencia resulta alentadora y nos informa sobre el acierto al seleccionar a la Prevención y sus representaciones como objeto de estudio, en tanto permite superar la fragmentación entre prevención, tratamiento y rehabilitación, englobando las prácticas de salud dentro de una lógica circular y recursiva, guiada por la noción de «anticipación» no solo de los riesgos, sino incluso cuando el riesgo, e incluso el daño, ha tenido lugar. Insistir en esta elección quizás permita resignificar la RRD e incluirla dentro del primer nivel de prevención, ampliando sus posibilidades de acción. Actualmente, la idea predominante es que la prevención primaria se refiere estrictamente a la actuación antes de que tenga lugar cualquier tipo de consumo, es decir, esta se dirige exclusivamente a personas no consumidoras.

En este sentido, la RRD puede constituir el puente para superar la falsa dicotomía entre consumidores y no consumidores: si partimos de la aceptación del consumo de drogas como una conducta legítima de los seres humanos la distinción no tendría lugar, pues esto colocaría a todas las personas «del mismo lado de la línea». La evitación del consumo, como objetivo de la prevención, perdería razón de ser, presentándose la evitación de los daños o la reducción de los riesgos como objetivos alternativos.

Así se propone a la prevención primaria, secundaria y terciaria como alternativa ante la separación de abordajes divididos para consumidores y no consumidores, en un intento de contrarrestar la patologización de los consumidores. La prevención, entendida como evitación de los problemas que al consumo de drogas se asocian, la idea de la reducción del riesgo y la mitigación del daño como idea rectora de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención. Para que la prevención pueda constituir efectivamente este necesario puente se debe

instalar el cambio de paradigma: de la Prevención del Consumo a la RRD.

Así pues, y para finalizar, se ofrecen algunas recomendaciones que permitan realizar la transición, partiendo de los hallazgos de la presente investigación.

- Enriquecer las líneas de investigación sobre la prevención del consumo de drogas desde la teoría de las representaciones sociales, en tanto un medio útil para la tecnificación de las creencias, actitudes y las formas de organización de este objeto de estudio.
- Dirigir la información orientada a transformar las relaciones que los sujetos y las colectividades establecen con las drogas a la sociedad en su conjunto, pues existen condiciones culturales que afectan la producción del conocimiento científico. El desarrollo científico y el progreso tecnológico tienen lugar dentro de una matriz cultural que debe ser transformada simultáneamente.
- Involucrar a los profesionales de nivel operativo en la construcción de las políticas públicas de drogas, asignándoles un rol activo dentro de esta tarea, que permita retroalimentar dichas políticas con la experiencia cotidiana de los profesionales. A su vez, integrar a los usuarios de los servicios de prevención primaria del consumo de drogas y propiciar espacios de encuentro entre profesionales administrativos, operativos y usuarios.
- Actualizar la formación de los profesionales de nivel operativo en lo referente a los paradigmas de la prevención del consumo de drogas, a fin de ampliar sus objetivos y dar cabida a poblaciones consumidoras en el primer nivel de prevención, evitando la patologización de los consumidores de drogas.
- Profundizar el enfoque de derechos, dentro de la relación consumo de drogas –sobre todo en poblaciones adultas– y salud, trascendiendo la concepción del derecho a la salud como el derecho a recibir atención, señalando sus intersecciones con otros derechos fundamentales, como el derecho al libre desarrollo de la personalidad.
- Fomentar la crítica hacia los modelos de prevención del paradigma de Prevención del Consumo dentro de los profesionales operativos, focalizando el devenir histórico de la prevención y el marco prohibicionista dentro del cual ha tenido lugar. Promover la identificación de los componentes provenientes de diferentes modelos, elicitar su vigencia, y su comparación con modelos alternativos.
- Valorar la experiencia práctica de los profesionales operativos, facilitando la integración de dichos saberes empíricos con la teoría de los modelos de prevención, a fin de proveer un marco lógico que sustente y fortalezca las prácticas asentadas dentro del primer nivel de atención.

- Ampliar los conocimientos que los participantes poseen en torno a la RRD, fortalecer la información disponible e incorporar nuevos elementos provenientes de la investigación, a fin de que los profesionales cuenten con un marco teórico actualizado para su trabajo. Explicitar el enfoque de RRD en los manuales, protocolos y guías de práctica profesional del MSP, en tanto paradigma preventivo, no únicamente como instrumento o sustituto de la abstinencia.
- Posicionar a la RRD como un enfoque transversal dentro de la práctica profesional, que dé cuenta de su amplitud y versatilidad, no restringida a un nivel específico de prevención, con acento en el nivel primario, considerando el ámbito en el cual se desempeñan los participantes. Potenciar el modelo de Derechos Humanos de la RRD, destacando que el reconocimiento del consumo de drogas no implica su promoción y ampliando su ámbito de aplicación como estrategia intersectorial, incrementando su potencial de acción no solo a la práctica clínica aislada, sino a la incorporación de los consumidores dentro de acciones más amplias, como la construcción de legislación que permita la regulación de los mercados de drogas, entre otras.

Bibliografía

- Álvarez, C. (2019). *Debut y despedida: la historia de la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas de Ecuador*. Quito: Friedrich-Ebert-Stiftung (FES-ILDIS).
- Álvarez, C. (2014). “Reformas y contradicciones en la política de drogas de Ecuador”. WOLA: 1-16.
- Álvarez, M. (2018). “Gary Webb y la Alianza Oscura”. *Color ABC*, octubre 28, *Cultural - Historia Contemporánea*. Recuperado de: <https://bit.ly/2wn4Tdb> el 24/5/2019.
- Álvarez, M. (2010). “La naturalización de la cultura en las ciencias biológicas”. *Biblio 3W* Revista bibliográfica de geografía y ciencias sociales, vol. XV, n°873, 25 de mayo de 2010. Universidad de Barcelona.
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica.

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

- Ayres, J. (2007). “Uma concepção hermenêutica de saúde”. *Physis – Revista de Saúde Coletiva* n°1, vol. 17: 43-62. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Babor, T., Morisano, D., Noel, J., Robaina, K., Ward, J. y Mitchell, A. (2017). “Infraestructura y oportunidades profesionales en la ciencia de las adicciones: el surgimiento de un campo interdisciplinario”. En Babor, Stenius, Pates, Miovsky, O'Reilly y Candon (Eds.). *Publishing Addiction Science: A Guide for Perplexed*. pp. 9-34. Londres: Ubiquity Press.
- Baudrillard, J. (2007). *El sistema de los objetos*. (19ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas.
- Benito, E. (2009). “Las psicoterapias”. *Psiencia Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, vol. 1, núm. 1, abril, 2009, pp. 1-9. Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica, Buenos Aires.
- Canales, M. (2006). *Metodologías de la investigación social*. LOM Ediciones. Santiago.
- Carbonell, X. (2020). El diagnóstico de adicción a videojuegos en el DSM-5 y la CIE-11: retos y oportunidades para clínicos. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, Vol. 41(3), pp. 211-218.
- Castel, R. (2013). *El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo*. Madrid: Ediciones Nueva Visión.
- Castro, X. (2013). “Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental”. *Revista CS*, No. 11, 73–114, enero–junio 2013. Cali, Colombia.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., Varela, M. (2013). “La entrevista, recurso flexible y dinámico”. *Investigación en Educación Médica*, vol. 2, n° 7, pp. 162-167 Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México.
- Durkheim, E. (1997 [1895]). *Las reglas del método sociológico*. México D.F., Fondo de Cultura Económica.
- Edwards, S. (2010). “La legislación de drogas de Ecuador y su impacto sobre la población penal en el país”. En Transnational Institute y Washington Office on Latin American

- (ed.). *Sistemas sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina*. Ámsterdam/Washington: TNI y WOLA: 51-60.
- Escohotado, A. (2006). *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona, Anagrama.
- Fajardo, G. (2004). “La expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI?”. *Revista de la Facultad Medicina UNAM*, Vol. 47 No.6: 256-257.
- Fernández, M. y Martínez, M. (2014). *El antes y el después de los abordajes de consumo problemático: representaciones sociales, abordajes interdisciplinarios y acceso al derecho a la salud* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.
- Fernández, F. (2002). “El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación”. *Ciencias Sociales* n°96 (II), pp. 35-53.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gergen, K. (2007). *Construccionismo social, aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, CESO, Ediciones Uniandes.
- Giardini, S., Gandolfo, I., Abreu, S., Vilela, A. y Oliveira, A. (2015). Prevención del abuso de alcohol y drogas entre adolescentes del Brasil. En Pérez, A., Mejía, J. y Becoña, E. (Ed.). *De la prevención y otras historias. Historia y evolución de la prevención del consumo de drogas en América Latina y en Europa* (pp. 63-104). Bogotá, California-Edit.
- Giraldo, A. y Vélez C. (2013). “La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina”. *Revista Atención Primaria* n°7, vol. 45: 384-392. Recuperado el 22/04/2018 de <https://bit.ly/2qS06OD>
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. 1° ed. 10ma reimp. Buenos Aires, Amorrortu.
- Gómez, R. y González, E. (2004). “Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 22, núm. 1, enero-junio, 2004, pp. 87-106, Universidad de Antioquia
- Hartogsohn, I. (2017). “Constructing drug effects: A history of set and setting”. *Drug Science, Policy and Law* 3(0): 1–17. Recuperado de <https://bit.ly/3oj3DC8> el 14/5/2021.

- Herazo, E. (2014). “La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 32, núm. 1, 2014, pp. S21-S27 Universidad de Antioquia, Medellín.
- Ibáñez, T. (1988). *Ideologías de la vida cotidiana. Psicología de las representaciones sociales*, España, Sendai.
- Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En S. Moscovici. *Psicología social*. Vol. II. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Kingman, E. (2002). “Historia social y mentalidades: Los higienistas, el ornato de la ciudad y las clasificaciones sociales”. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, núm. 15, diciembre, pp. 104-113. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Leal, F. (2003). “La doctrina de seguridad nacional: materialización de la guerra fría en América del Sur”. *Revista de Estudios Sociales* n.º15: 74-87.
- López, H. (2008). “Las drogas y Platón”. *Revista digital El Sigma*. Recuperado de <https://bit.ly/3tHmKGX> el 12/5/2021.
- Mallearel, J. (2012). “La medicina, saber y poder. El higienismo como dispositivo de defensa social”. En Palma, Héctor y Rubén Pardo (ed.). *Epistemología de las ciencias sociales*. Editorial Biblos: 249-274.
- Martínez, D. y Pallares, J. (2013). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Editorial Milenio, Lleida – España.
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Rendición de cuentas 2019*. MSP, Coordinación Zonal 9-Salud.
- Mirić, M. (2003). “Estigma y discriminación: vinculación y demarcación”. *Paradigmas*, Año I, No.2: pp. 1-16.
- Montañés, M. y Lay-Lisboa, S. (2019). “Teoría, metodología y práctica de la producción de posiciones discursivas. (Un ejemplo: El caso de los discursos de la infancia sobre el mundo adulto)”. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. N° 43 mayo-agosto, pp. 89-115.

- Montañés, M. (2013). “Diseño científico de muestras estructurales”. *Actas del II Congreso Nacional sobre Metodología de la Investigación en Comunicación y del Simposio Internacional sobre Política Científica en Comunicación*. Segovia, 2-3 de mayo de 2013.
- Morales-Morejón, M. (2001). “Acerca de los análisis documental e informacional en el entorno servuccional de las unidades de información: su relación con la gestión del conocimiento”. *Revista Ciencias de la Información*, vol. 32, n°2, agosto, 2001, pp. 13-33. Cuba. Recuperado de <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/57635> el 23/11/2021.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul S.A., Buenos Aires.
- Núñez, E. (2016). “«Just Say No», la emblemática y polémica campaña contra las drogas de Nancy Reagan”. *Univisión Noticias, marzo 6, Salud – Drogas y adicciones*. Recuperado de <https://bit.ly/2VQxstG> el 24/5/2019.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC (2019). “Resumen, Conclusiones y Consecuencias en Materia de Políticas”. *Informe Mundial sobre las Drogas*. UNODC Research.
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). “Técnicas de muestreo sobre una población a estudio”. *Int. J. Morphol.*, 35(1), pp. 227-232. Chile.
- Paladines, J. (2016). *En busca de la prevención perdida: reforma y contrarreforma de la política de drogas en Ecuador*. Quito: Friedrich-Ebert-Stiftung (FES-ILDIS).
- Paladines, J. (2012). “La sociedad del riesgo y el discurso criminalizador de las drogas”. Tesis de maestría. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Ecuador.
- Piñuel, J. (2002). “Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido”. *Estudios de Sociolingüística* n°3(1), pp. 1-42. Madrid, España.
- Quintanas, A. (2011). “Higienismo y medicina social: poderes de normalización y formas de sujeción de las clases populares”. *Isegoría Revista de Filosofía Moral y Política*, (44), 273–284.
- Ramos, C. (2020). “Los alcances de una investigación”. *CienciAmérica*, vol. 9 (3), pp. 1-5.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/> el 10/5/2021.
- Rojas, M. (2015). “Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación”. *REDVET. Revista Electrónica de Veterinaria*, vol. 16, núm. 1, pp. 1-14. Málaga, España.

- Rollo, S. & Samorini, G. (1999). *Ketamina*. Barcelona. Los Libros de la Liebre de Marzo.
- Ronzani, T., Mota, A., Noto, R., y Santos da Silveira, P. (2017). *Reduciendo el estigma entre usuarios de drogas: guía para profesionales y gestores*. Edición actualizada. Juiz de Fora: Ed. UFJF.
- Rovira, J. & Hidalgo, E. (2003). Gestión del Placer y del Riesgo o Como Enseñar a Disfrutar la Noche y No Morir en el Intento. VIII Jornadas Sobre Prevención de Drogodependencias de Alcorcón. Recuperado de <https://bit.ly/3yhyD9U> el 17/5/2021.
- Sánchez, C. (2014). *El régimen internacional de control de drogas: formación, evolución e interacción con las políticas nacionales. El caso de la política de drogas en España* (tesis doctoral). Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.
- Santillán, A. (2019). *La construcción imaginaria del Sur de Quito*. FLACSO Ecuador. Quito.
- Observatorio Ecuatoriano de Drogas. (2006). Diagnóstico situacional sobre el consumo de drogas en Quito. Consep.
- Spink, M. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Teixeira, R. (2005). “El desempeño de un servicio de atención primaria en salud en la perspectiva de la inteligencia colectiva”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 9, n°17: 219-234. Sao Paulo, Brasil.
- Teixeira, R. (2015a). “Las dimensiones de producción de lo común y la salud”. *Saude Soc.*, vol. 24, n°1: 27-43. Sao Paulo, Brasil.
- Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Intercambios, Buenos Aires.
- Velásquez, A., Gutiérrez, J. y Quijano, M. (2013). “Representaciones sociales sobre la homosexualidad en estudiantes heterosexuales de Psicología y de Biología: un estudio descriptivo”. *Teoría y crítica de la psicología* n°3, pp. 40–62. Colombia-Canadá.
- Villaruel, G. (2007). “Las representaciones sociales: una nueva relación entre individuo y sociedad”. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, vol. 17, núm. 49, pp. 434-454, Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.
- Wendt, A. (2005). “La anarquía es lo que los estados hacen de ella. La construcción social de la

política de poder”. *Revista Académica de Relaciones Internacionales* n.º1: 1-47.

Anexo 1

INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participación en entrevista

Estimado/a Señor/a:

Usted ha sido invitado/a a participar en la investigación "Representaciones sociales sobre prevención del consumo de drogas en profesionales de la salud", realizada por el Psc. Aldo Toaza, estudiante de la Maestría de Investigación en Políticas Públicas para la Prevención Integral de Drogas, del Instituto de Altos Estudios Nacionales. Este trabajo es supervisado por la Dra. Carla Álvarez, docente titular de la Universidad. El objetivo de esta investigación es identificar las representaciones sociales de los profesionales que atienden a personas que consultan por problemas relacionados con el consumo de drogas en los centros de salud del Distrito 17D06 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a fin de clasificarlas según el paradigma de prevención en el que se enmarcan.

Su participación es voluntaria, consistirá en una entrevista de aproximadamente una hora de duración, que podrá ser realizada de manera presencial y/o virtual, y será registrada en grabación de audio o audio y video. Su aporte contribuirá a la comprensión de los paradigmas de prevención, para el fortalecimiento de los servicios de atención en salud a personas que consumen drogas. Los resultados del estudio serán utilizados únicamente con fines académicos, científicos y de divulgación.

Su participación en esta investigación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental. Usted puede negarse a participar o dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento del estudio sin que deba dar razones para ello ni recibir ningún tipo de sanción. Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación monetaria o beneficio similar. Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será confidencial y anónima, y será guardada por el investigador responsable y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio.

Una vez finalizada la investigación los participantes tendrán derecho a conocer los resultados, para lo cual se entregará una copia digital del informe final del trabajo de investigación.

La participación es totalmente confidencial, ni su nombre ni ningún tipo de información que pueda identificarla aparecerá en los registros del estudio, ya que se utilizarán códigos. El almacenamiento de los códigos estará a cargo del investigador responsable.

Si tiene dudas o consultas adicionales respecto de la participación en la investigación puede contactar al investigador responsable de este estudio, Psc. Aldo Toaza, al tlf: 0987980671 / 2323325 o al correo electrónico atoazapatinho@gmail.com.

Parte del procedimiento normal en este tipo investigación es informar a los participantes y solicitar su autorización explícita (consentimiento informado), según lo dispuesto en el Código del Ética del IAEN. Para ello le solicitamos contestar y devolver firmada la hoja adjunta a la brevedad.

Agradezco desde ya su colaboración, y le saludo cordialmente.

Quedando claro los objetivos del estudio, las garantías de confidencialidad y la aclaración de la información, acepto voluntariamente participar de la investigación, firmo la autorización.

INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, con CC, profesional de la salud del Distrito 17D06 del Ministerio de Salud Pública, acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación "Representaciones sociales sobre prevención del consumo de drogas en profesionales de la salud", realizada por el Psc. Aldo Toaza, estudiante de la Maestría de Investigación en Políticas Públicas para la Prevención Integral de Drogas del IAEN.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación a ello, acepto participar en la entrevista que se realizará en el transcurso del estudio, de manera presencial y/o virtual. Asimismo, acepto que la entrevista sea registrada en grabación de audio o audio y video.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por el investigador, bajo la supervisión de su tutora, y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será resguardada y analizada por el investigador y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante

Aldo Vicente Toaza Patiño

Nombre Investigador

Firma

Firma

Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación podrá dirigirla a la siguiente persona: Psc. Aldo Toaza, tlf: 0987980671 / 2323325 o al correo electrónico atozapatinho@gmail.com

El presente documento ha sido elaborado en atención al Código de ética para las actividades de investigación del Instituto de Altos Estudios Nacionales, Artículo 5, literal f) que señala "Los principios que rigen a los actores para el desarrollo de las actividades de investigación son las siguientes: (...) Contar con el consentimiento expreso, previo, informado y, de ser posible, firmado, en el proceso investigativo (...)".

Fecha: 12/09/2021

Fecha: 12/09/2021

Anexo 2

Transcripción de las entrevistas realizadas

Participante 1

E.1: Estamos aquí con la participante número uno, quien actualmente está laborando como profesional de la salud en el Distrito 6. Ella ha accedido a realizar esta entrevista, a manera de ratificar, ¿estás de acuerdo con que grabemos esta entrevista?

P1.1: Sí, estoy de acuerdo.

E.2: Muy bien, gracias. Vamos a empezar con las preguntas generales que tienen que ver con tu formación académica. ¿Cuál es tu formación académica?

P1.2: Psicóloga clínica, hace 7 años me gradué, empecé en el área de la educación y hace 5 años empecé a trabajar en el Ministerio de Salud. Empecé en un segundo nivel, exactamente en el hospital de Calderón, en el cual me mantuve un 1 y medio. Hace 4 años y medio inicié a trabajar en el Distrito 7 y hace 2 años y medio comencé a estudiar una maestría en el área de Ciencias Sociales con mención en “Género y Desarrollo”. Esta motivación sucedió porque también empecé a trabajar en el área administrativa. Situación que me gustó mucho porque puede identificar los niveles. Ingresar a primer nivel me cogió de nuevo porque mis fortalezas no son trabajar con grupos, sino que me gusta trabajar en temas individuales. Actualmente, por motivos personales, tuve que dejar el cargo administrativo y me encuentro como operativa de primer nivel en el centro de salud de El Blanqueado.

E.3: ¿En dónde te graduaste?

P1.3: En la Universidad Salesiana.

E.4: ¿Tu título fue como psicóloga general con mención en clínica?

P1.4: Claro, mi título en la Senescyt sale como psicóloga, pero la universidad otorga otro cartel aparte con mención en clínica.

E.5: ¿Tú tienes aparte del título de tercer nivel, un título de cuarto nivel también?

P1.5: Si, ya defendí la tesis solo estoy esperando que se suba al Senescyt que es un proceso que se demora un poco. Pero, tengo un título de la Flacso en Ciencias Sociales con mención en “Género y Desarrollo”.

E.6: Esta pequeña introducción nos permite pasar directamente a algunos saberes relacionados con la prevención del uso de las drogas. **¿Para ti, qué son las drogas?**

P1.6: Son sustancias tanto legales como ilegales, las cuales generan un efecto directamente en nuestro sistema nervioso central, como primer dato, y después de eso ya llega a afectar a otras esferas de nuestra vida. Considero que a veces también la palabra drogas culturalmente está mal utilizada porque, en ciertas circunstancias, se categoriza solo cierto tipo de drogas. El tabaco y el alcohol son socialmente aceptados a esos no se les considera como drogas. La marihuana este momento está en punto medio, yo no la considero como una droga y tenemos también las otras drogas que ya están basadas en temas químicos, que ya son una preparación distinta y generan una mayor complejidad en las diferentes esferas de la vida de una persona.

E.7: **¿Qué tipos de drogas existen?**

P1.7: Bueno, estamos con los fármacos, que son también drogas, el alcohol y el tabaco, estas serían como de mi constancia de la parte legal, como digo la marihuana en este momento está como en el limbo, considero que es algo positiva a futuro dependiendo de cómo se la vaya manejando. De ahí tenemos lo que es el ácido también está lo que es la cocaína y sus derivados, que tiene un montón de derivados, y también los alucinógenos que son drogas, a pesar de que son naturales, pero entre los hongos y este tema de los ácidos también son drogas y los opioides.

E.8: **¿Qué efectos producen las drogas?**

P1.8: Bueno yo creo que, podríamos dividir esa respuesta como en dos maneras. Mmm..., creo que hay un efecto en el ser humano biológico netamente, sea cual sea que se consuma, primero va a haber un efecto biológico, va a haber una farmacodinámica y una farmacocinética de este proceso; sin embargo, considero que los efectos ya sociales y psíquicos van a depender de esa construcción de la vida del sujeto porque algo que yo y el Ministerio, el espacio donde nos encontramos, me ayudó a identificar, es que la clase social o el sector donde se encuentra también va a determinar estos efectos en el sujeto en las diferentes esferas de la vida. A lo que me refiero es que, si hablamos de un chico de 16 años en una clase social media alta donde haya mayores recursos, tal vez mayores redes de apoyo, los efectos van a ser de alguna manera menores o más controlados, si estamos hablando de clases bajas, e incluso, media baja, los efectos sociales van a afectar en realidad un estilo de vida de esta persona, no van a permitir que se genere un desarrollo adecuado o una vida funcional podríamos decir.

E.9: ¿Cuáles consideras tú que son los principales riesgos asociados al uso de estas drogas?

P1.9: Bueno, principalmente yo creo que hay que empezar con la parte biológica, como digo, si hay un consumo excesivo o hay un mal uso de estas sustancias, primero la parte biológica, como digo, desde la farmacocinética va netamente a tener como una repercusión que va a depender también de la droga. De ahí de la parte social, que es algo que por mí misma área y por la visión que yo tengo, primero se va a dar un calificativo ósea hacer una categorización de esa persona, la van a calificar a partir de la droga. Si toma medicamentos va a estar bien porque es el doctor el que mandó o si es psicofármacos es porque el psiquiatra me lo manda; sin embargo, por ejemplo, yo era una persona que fumaba y a veces, como me veían tan joven, me categorizaban. Me decían: “como está fumando, usted jovencita por qué lo hace”, entonces llega a ser un proceso de crítica y que de alguna manera te empiezas a cuestionar y llega un momento que por más bien planteado y tu pensamiento sea muy objetivo si te dices “estaré bien o estaré mal”. Y si es que eso se genera en una personalidad un poco frágil puede caer en consecuencias de continuar, en cierto sentido, juzgándose, lo cual genera todos estos procesos de baja autoestima, de no entender y de dejarnos llevar, ese sería uno. También creo que otros efectos que genera y va a depender como digo del tema de las clases sociales, si vamos a hablar desde nuestro sector, esto identifica que puede haber una cierta crítica reitero, de parte de la familia. En los barrios ya se categoriza, ya se conoce, ya se sabe quién es esa persona y se lo comienza a juzgar por ese lado. Yo siempre trato de ver y eso es como que, de mi área de estudio, trato de ver desde el aspecto social. Ahora también va a haber un tema de personalidad, que quiere decir, muchas veces ya cuando hay un consumo ya es general o ya es constante, la personalidad de la persona también cambia. Comienza a aumentar mecanismos de defensa, comienza también a adaptarse en función de su necesidad y eso ya comienza a crear como patologías y que, de alguna manera, ya entra en esta parte disfuncional como desde la parte de la sociedad.

E.10: ¿Cómo entiendes tú la imagen del consumidor, es decir, quiénes consumen drogas?

P1.10: Se puede asociar con cuestiones como los que no tienen papá o mamá, pero mi respuesta es ¿quién no lo hace?, creo que va a depender y, creo y yo sí me sumo en esto, creo que todos en algún momento hemos tenido una experiencia en alguna circunstancia tanto con drogas legales, que yo creo que para eso es la adolescencia y parte de los 20; sin embargo, aparte de eso, yo sí digo y reconozco, yo sí he tenido una experiencia con ciertas drogas ilegales. Por eso digo, creo que va a ayudar mucho esas redes de apoyo, esas circunstancias que te van a rodear, que te van a posibilitar manejar esta situación. Yo digo y me mantengo en mi respuesta: ¿quién no lo hace?

E.11: Ahora, vamos a hablar un poco acerca de los usos personales. ¿Cuáles son las drogas más comunes en tu entorno social, familiar o laboral?

P1.11: Aquí igual divido por esferas para que se pueda entender la respuesta. Dentro de la parte familiar; medicinas, o sea en mi familia el mecanismo de hipocondríacos, es bastante fuerte así que la parte medicinal, el tabaco y alcohol, de alguna manera, siempre ha estado como que, en ese constante, sin embargo, hay algo también en relación al tabaco y al alcohol en el aspecto familiar, que es a las mujeres no se nos ofrece. Yo recuerdo siempre que estábamos en reuniones familiares, incluso ya grandes, y a quienes decían “quieres pegarte un trago o quieres un tabaco” era a los hombres. Los hombres, incluso, primos de mí misma edad, ellos eran, para las mujeres no era pregunta y si es que se fumaba, yo le pedía a mi tía “tía regáleme un tabaquito” ya con el tiempo me endure y le decía a mi tío “tío, quiero un tabaco”. Desde el tema laboral, yo creo que todos son tapiñados y sí, nadie te dice nada, nadie expone. Yo creo que una vez con... hablamos un momento y con él fue como que interactuamos un poco y puede identificar, pero nadie responde. Lo más común es el alcohol, sin embargo, es muy selectivo ese punto porque lo que es el tabaco lo critican bastante entonces más es el alcohol. Y desde el ámbito ya social mío, personal mío, el tabaco ya ha disminuido, el alcohol también ha disminuido, pero siempre están en esta parte social como parte de hacer ameno el ambiente, por así decirlo, pero también está lo que es la marihuana dentro de mi círculo social, la marihuana es algo que está presente casi siempre y, de vez en cuando, cocaína y alucinógenos.

E.12: ¿Has tenido tú alguna experiencia directa o indirecta con las drogas?

P1.12: Sí, bueno el alcohol como todo adolescente es ahí donde se incursiona igual el tabaco, creo que en mis veinte, o sea la etapa de la universidad fue mucho, cada semana con unas amigas, o sea todos los viernes pasaba ebria. Creo que al momento de compartir con ciertas personas no me siento tan mal porque es algo que está, que está presente. Más o menos ya a partir de los 26 años experimento, aunque no, ya desde la universidad empecé a experimentar en ocasiones con marihuana, no me gustó mucho en esos momentos. La sensación de paranoia me sobrepasaba por mi ansiedad entonces no me sentía segura con los espacios donde me encontraba. A partir más o menos de los 26 años, retomo lo que es experimentar con marihuana y me sentí más cuidada, por eso te digo, creo que es la forma del apoyo, la forma del ambiente, el como yo me sentía permitió ir manejándolo. En una ocasión, consumí cocaína no me gustó para nada o sea no me gusto para nada la sensación, estaba muy ebria y acepté, pero la verdad no me gusto esa sensación y siempre que recuerdo ese tema de la cocaína, se me viene una imagen de la universidad, de todos los efectos que hace en el cuerpo, de cómo hace que se nos dañe la nariz. Al primer consumo ya tiene efectos y tu cerebro automáticamente ya cambia, entonces eso hizo y no, no me agrado. De ahí he querido experimentar con alucinógenos, no lo he hecho, pero he querido hacerlo porque es parte para saber cómo se siente, pero no lo he incursionado, la verdad también no es fácil conseguirlo, es complicado, entonces sí es difícil.

E.13: Claro ahí también hablaríamos de la disponibilidad...

P1.13: Y también de los *dealers* o sea hay aquí también un dato, sobre todo en ciertos sectores, los *dealers* o sea nosotros decimos que son bastante recelosos, que son bien paniqueados entonces cuando, por ejemplo, yo he pedido así para ratos para comprar marihuana, sobre todo, hay como que pasar requisitos para el *dealer* te acepte y eso se hace en ciertas clases.

E.14: Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos en profesionales de la salud **¿Cuál crees tú que son las drogas más consumidas por nosotros, es decir, por los profesionales de la salud?**

P1.14: Yo creo que el alcohol y ese es el más aceptado, pero también y esto yo sí lo he mencionado desde mi experiencia, hay muchos profesionales que tienen como esta curiosidad en otras drogas. Yo he tenido tres personas del centro de salud que me han dicho “yo tengo ganas de fumar” sobre todo con la marihuana, yo creo que la marihuana justo entra en ese punto medio porque hay una sensación de qué se sentirá y creo que eso hace como esa curiosidad, ya en cuanto al acto creo que viene esa diferencia. En el hospital cuando pasaba era más el tabaco, el alcohol la verdad no lo conocía tanto, puesto que no se tenía esta frecuencia

del compartir como en los centros de salud. Esos y creo que las medicinas que es parte de la constancia de algunos médicos.

E.15: ¿Cuáles crees tú que serían las motivaciones para que los profesionales de la salud consuman drogas?

P1.15: Bueno, en el tema de alcohol y fármaco, primero empezar por fármacos, es el tema del conocimiento, es el tema de la disponibilidad del estar y el hacerse una receta o que el compañero lo haga, eso por un lado. Yo creo que, el alcohol es considerado como una característica cultural, netamente como un desfogue, últimamente yo si he escuchado como en brigadas, están comenzando a beber o sea después de la brigada se están yendo a beber. Pero bueno, aquí si hay un tema como principal que a mí me cuesta mucho beber con compañeros porque yo me cuido, por varias circunstancias en el tema laboral yo sí me cuido mucho, esto sobre todo en profesionales varones no se evidencia. Yo creo que la motivación de la curiosidad de la marihuana, como ya es más hablada, hay esta sensación de que sentirá porque a la final se identifica que hay una sensación de placer entonces aquí la cuestión es ir identificando que se siente.

E.16: ¿Cuándo consumen estas drogas los profesionales de la salud?

P1.16: Últimamente, yo creo por la situación, he escuchado que es por el cansancio y desfogarse de eso. Cuando salimos después del trabajo, es como quitarse las máscaras, como que nos permite identificarse en esas circunstancias. Y también yo creo que todos nos hemos visto afectados por esta situación del covid, el tomar ahora o el ingerir ciertas sustancias o ciertas drogas ya no es tanto como hacerlo en grupo o sea con tus amigos, sino tienes que hacerlo con tu compañero porque al ser profesionales de la salud y ser compañero de trabajo, está esa constancia de vernos y el alcohol culturalmente se ha entendido que es como ese desfogue, es decir, estoy casado de este mundo de adultos, entonces como desfogue vamos a tomarnos unas bielas.

E.17: Me parece también que estaría asociado como a un momento de la vida no cronológica, pero sí mentalmente. “Es como estoy cansado de este mundo de adultos entonces me tomo tres bielas para regresarme a ese mundo de la adolescencia”...

P1.17: Tú regresas, te pegas tus bielas, te desinhibes y regresas a esos momentos donde eras adolescente donde quieres bailar, cantar y también desfogar. Nos permite hablar y mostrar ese Ello que también somos nosotros y eso es posible con el alcohol porque es socialmente aceptado, en cambio, con la marihuana por el tema de la ilegalidad no es posible.

E.18: ¿En qué espacios consumen las drogas?

P1.18: Yo creo que a veces en estas reuniones. Igual al haber algunas drogas que no son tan visibles, yo creo que el espacio de casa, es un espacio seguro para muchos de estos profesionales y me encantaría poder decir espacios seguros. El espacio seguro quedaría ya como en una respuesta más individual, al ser adultos comenzamos a identificar en donde yo me encuentro y con quien me encuentro. También he escuchado temas de consultorios, pero el covid ha hecho que estas experiencias de consumos sean más visibles.

E.19: ¿Cómo crees tú que ve la sociedad el consumo de drogas en profesionales de la salud?

P1.19: Dependiendo, el tema de alcohol creo que está moderadamente aceptado, sin embargo, también en ciertos profesionales, lo hablo como anécdota, muchas veces si se ha escuchado “es que tal doctor parece que está tomado”. A veces igual los profesionales en este tema de pago simbólico, también saben regalar botellas. El alcohol es aceptado, pero si yo lo veo dentro de un espacio o una atención es duramente criticado. Ahora, si es que ya hablamos de drogas ilegales, se lo determinaría como un mal profesional o situaciones inadecuadas y creo que por eso mismo se lo mantiene en secreto. Me reitero y digo que ciertas drogas no influyen en tu

capacidad como profesional, si se consume identificando el espacio y la situación.

E.20: ¿Tú crees que hay una diferencia de cómo ve la sociedad a las personas que consumen drogas y la perspectiva de, si esa persona que consume droga es un profesional de la salud?

P1.20: La sociedad es más dura con el tema del consumo en los profesionales de la salud porque se empieza a cuestionar tu capacidad de profesionalismo. Tomo mi ejemplo, yo fumaba dos tabacos diarios, incluso en el centro de salud, donde al inicio me escondía, después ya no lo hacía, pero en algún punto te empiezas a cuestionar y a dudar de tus capacidades. Creo que también depende de la sustancia que consumes. Sin embargo, la sociedad si es muy juzgadora porque el ser profesionales de la salud se lo relaciona con este tema del perfeccionismo. Y esto no es verdad, es una estupidez, porque el profesional no puede ser visto como un ser perfecto; como un ángel. En el tema de la salud sí se juzga más a los profesionales que consumen drogas. Y peor, ser psicólogos, tú no puede fumar, no puedes llorar, no puedes nada.

E.21: Ahora vamos a hablar sobre la prevención. ¿Qué entiendes tú por atención primaria en salud?

P1.21: Atención primaria es netamente esta capacidad del profesional de generar un proceso de prevención. La atención primaria se basa netamente en las recomendaciones adecuadas a mejorar y sobre todo a responsabilizar al usuario de su salud entonces cuando le dices al usuario “creo que debe bajarle al tabaco porque sus pulmones ya se están comprometiendo” ya se brinda una forma de hacer atención primaria y ya va a depender de la decisión del usuario. No tenemos una cultura de prevención como tal.

E.22: ¿Qué es para ti la prevención del consumo de drogas?

P1.22: Desde brindarle la información al usuario de que es lo que pasa, lo bueno y lo malo. Creo también y, desde donde yo trabajo, es que el usuario empiece a identificar y sea consciente de las consecuencias que puede derivar de un consumo. Si yo consumo tabaco tengo que aceptar que mis pulmones van a fallar, si yo no quiero aceptar eso, pues no lo hago. Pero, aquí es donde no hay esa responsabilidad de parte del usuario. También creo que es brindarle un espacio de escucha y de no juzgamiento al usuario. Porque muchas veces cuando hablas sobre eso, los profesionales y las personas en general, te juzgan y no existe ese espacio de escucha y empatía. La decisión de consumo muchas veces radica en el usuario y creo que eso el profesional no lo toma en cuenta y por eso lo juzga. Por eso también creo que los profesionales no pueden atender todo.

E.23: ¿Cuál crees tú que es papel que desempeña la prevención dentro de los servicios del Ministerio de Salud Pública?

P1.23: Política, dentro de la institución, la prevención tiene un lineamiento netamente político y si es que analizamos las categorías promoción y prevención, porque debemos tener en cuenta que esas categorías la mayoría de veces van juntas, es una estancia netamente política. El hecho de identificar estos puntajes positivos, estas situaciones de estas estrategias, dan una cierta idea de cómo el Estado se está apropiando de la sociedad; sin embargo, aquí la prevención tiene dos momentos; la parte teórica que es hermosa, yo siempre menciono, nuestra teoría en políticas públicas de la salud es maravillosa, somos reconocidos y felicitados por organismos por nuestras políticas, pero en la práctica para los profesionales de la salud significa un trabajo más, es decir, un trabajo de hacer entender al usuario que tiene que responsabilizarse o termina paternalizando a ese usuario que no se apropia de su salud. El mal uso de la prevención termina en un paternalismo que no termina, que no logra cumplir estas expectativas teóricas. Hay un artículo en inglés donde el autor hace una crítica a la promoción y a la prevención, pero más a la prevención, dice que hay estudios que económicamente favorecería, pero se menciona que no; porque hay programas que no tienen ningún sentido ni

ninguna lógica y mucho menos tienen un objetivo. Esto provoca que se produzca un desgaste de recursos, un agotamiento de los profesionales y produce este paternalismo de la salud.

E.24: ¿Cuál es la forma de hacer prevención?

P1.24: Bueno esto tiene varias etapas, primero empezamos desde estas políticas, que es lo que queremos “queremos menos niños en las calles, menos desnutrición infantil” y empieza con alguien que dice: esto puede funcionar, pero muchas veces no se considera esa racionalidad cultural que nos mueve. Ecuador se maneja copiando las políticas públicas de otros países y hace una compilación, por eso somos reconocidos. Sin embargo, las personas que empiezan con esa idea no siempre son conscientes de cómo va a ir bajando esa estrategia. Si nosotros comenzamos bajando a dirección zonal, ellos van a identificar quienes lo van a hacer, pasa a distrito, ellos vuelven a hacer un trabajo similar que zona. A partir de distrito se empieza a identificar que ya no comienza a calzar la teoría con la práctica; sin embargo, distrito solo tiene la función de monitorear y gestionar no puede hacer nada más. Y esto termina en estas charlas donde los usuarios no te escuchan, también lo hacemos dentro de consulta como que ahí hay una mayor comunicación, un mayor recibimiento de estos procesos. Esto termina en un informe que muchas veces es manipulado y realizado ya porque toca y no necesariamente con una apropiación del conocimiento, sin entender las estrategias ni porque se está dando en espacios que nada que ver con las realidades.

E.25: ¿Cuáles crees tú que son las alternativas asociadas con la prevención?

P1.25: Bueno aquí también creo que hay dos respuestas, la primera va a depender del posicionamiento personal, yo creo que se han visto algunos profesionales que se apropian más de su caso, lo cual puede ser positivo y negativo; sin embargo, lo interesante es que el caso no es el que genera la acción sino la personalidad y egocentrismo del profesional. Y lo otro que también puede tener aspectos positivos y negativos, es esto también de soltar porque igual es una responsabilidad del usuario. El consumo de drogas ya es muy difícil porque el usuario no suele apropiarse de la responsabilidad de consumo, “uno llega hasta donde puede”.

E.26: ¿Prevención y tratamiento son distintos o son lo mismo?

P1.26: Yo creo que son diferentes, pero sí creo que deben ir de la mano y este proceso se lo hace inconscientemente en los centros de salud. Yo creo que muchos profesionales no identifican que están haciendo prevención de la salud, por ejemplo, cuando le decimos al usuario “ya no debe consumir mucha azúcar, digámosle a la familia que ya no compre cosas dulces”, los profesionales no reconocen que están haciendo prevención de la salud, creo que depende de que tan sensibilizados estemos con estos términos. Para mí, el tratamiento se basa en técnicas, evidencias, procesos y estrategias que aplicamos con un usuario, pero esto no quita que dentro de la consulta no tengamos prevención también.

E.27: ¿Cuál crees tú que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención de drogas?

P1.27: Yo creo que es parte del discurso, creo que es parte de este proceso cultural que nos enseña que las drogas son malas, pero no hay un reconocimiento que esto vaya a hacer que no se consuma, para mí no lo hay. Nos dicen que el alcohol es malo, sin embargo, lo terminamos consumiendo en nuestra adolescencia. Por eso yo cuando trabajo con consumos de marihuana, yo no les digo si está bien o mal. La ilegalidad no creo que funcione como prevención, sino que se vuelve parte del discurso, pero no hay ninguna aprobación.

E.28: ¿Tú crees que la prohibición le suma, le resta o le deja igual a la prevención?

P1.28: Yo creo que ahí va a depender de esa individualidad del usuario, desde mi lado la prohibición no me ayuda porque el usuario va a salir con esto de “es que no me entienden”. Por mi lado no suma al tema de la prevención, no es que no lo podemos tomar en cuenta, pero no

genera un aporte en este tema de la prevención. Solo nos da las consecuencias, es una forma de identificar las consecuencias.

E.29: ¿Qué es para ti la reducción de daños asociado al tema del consumo de las drogas?

P1.29: La verdad es que no he escuchado el término.

E.30: En general esta es una cuestión que tiene un papel marginal bastante reducido en el sistema de salud pública, por ello no es muy reconocido. Pero, me parece que está en los protocolos de atención al usuario. Sin embargo, el que no estés familiarizada con el término también aporta a la investigación. Alguna idea que quieras completar o algún comentario que desees exteriorizar.

P1.30: Sí, o sea yo creo que es importante identificar que el profesional de la salud es un ser humano porque a veces cuando no referimos a profesional de la salud, terminamos categorizándolo como este ser perfecto que debe saber y conocerlo todo. Y justamente hay muchos estudios en la salud, pero muy pocos toman en cuenta al profesional de la salud como sujetos deseantes. O nos ponen como estos sujetos que tiene poder o nos ponen como estas personas que están y nos brindan un servicio. Creo que el evidenciarlos como seres humanos que tienen estas individualidades y que de alguna manera las instituciones nos obligan a dejar de lado. A mí en lo personal no me gusta trabajar con personas de consumo de sustancias, por el mismo hecho que estos usuarios generan cierta aprensión a los profesionales. Entonces creo que se debe evidenciar que somos sujetos que tenemos experiencias e individualidad y que de esto también va a depender como manejemos las diferentes situaciones.

E.31: ¿Cómo crees tú que atraviesa el consumo de drogas en las cuestiones de género?

P1.31: Yo creo que cuando hay un hombre que consume estas sustancias recibe menos críticas en relación con las mujeres, lo que empieza a suscitar que se empiece a cuestionar sobre su cuerpo y a dudar en estas cuestiones de los estándares de belleza. Siempre hay esa sensación de juzgamiento a las mujeres y también a esa integridad de mujer, que culturalmente está arraigada, a que las mujeres que consumen más se las califica como no aptas para familia como que todavía no está entrando a estas circunstancias. La mujer de alguna manera tiene ya identificado su camino, que es lo que se espera y a donde es que tiene que llegar: a ser madre.

Participante 2

E.1: Estamos aquí con el participante 2, quien es profesional de la salud del Distrito 6, y previamente hemos socializado con él el acuerdo de confidencialidad, el consentimiento informado, en el cual nos ha concedido su autorización para poder grabar esta entrevista. A manera de ratificar ese compromiso, ¿estás de acuerdo con que grabemos esta entrevista?

P2.1: Sí, sí estoy de acuerdo.

E.2: Muy bien, gracias. Vamos a empezar directamente con las preguntas. Preguntas generales que tienen que ver con tus datos de identificación. ¿Cuántos años tienes?

P2.2: 46 años.

E.3: ¿Cuál es tu formación académica?

P2.3: Psicólogo clínico

E.4: ¿En dónde te graduaste?

P2.4: En la Universidad Central del Ecuador

E.5: ¿Cuántos años llevas en el Ministerio de Salud?

P2.5: 5 años, aproximadamente.

E.6: ¿Cuántos años llevas ejerciendo la profesión de psicólogo clínico?

P2.6: Más o menos unos 11 años.

E.7: Además del Ministerio de Salud, ¿en dónde más has podido desempeñarte?

P2.7: En el Ministerio de Educación, en los UDAI y en el Hospital Tierra Nueva.

E.8: Esta pequeña introducción nos permite pasar directamente a algunos saberes relacionados

en torno a las drogas. **¿Para ti, qué son las drogas?**

P2.8: Las drogas son sustancias que alteran el comportamiento y la personalidad de los individuos que podrían ocasionar adicciones, en algunos casos. Hay drogas que son lícitas y otras ilícitas.

E.9: ¿Qué drogas existen?

P2.9: Las drogas que son inhaladas, inyectadas o las que ingresan por la vía oral como el cigarrillo, el alcohol y los medicamentos o pastillas. Esas son las drogas que yo conozco así de forma general, es decir, en esa clasificación.

E.10: Hace un momento, nos mencionabas algo respecto a las drogas legales...

P2.10: Sí, bueno en cuanto a las drogas legales, yo considero que son aquellas que están autorizadas ya sea por entidades de salud o por el Estado; como en el caso del cigarrillo y el alcohol. Son drogas que se utilizan legalmente porque no hay una restricción seria sobre eso. La venta de alcohol solo debería ser para mayores de 18 años porque la ley dice así, pero, en general, es de fácil acceso. Las otras drogas legales serían los medicamentos, que se utilizan con mucha frecuencia en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas, enfermedades mentales principalmente, y otras drogas que son utilizadas para el dolor crónico. Esas diríamos que son las drogas legales.

E.11: ¿Qué efectos producen las drogas?

P2.11: En general, las drogas alteran la percepción de la realidad, en el caso de las drogas que se utilizan con fines recreativos. Por otro lado, las drogas que son utilizadas con fines terapéuticos producen tal vez la disminución de un malestar, de un dolor o corrigen problemas como los del sueño. Aunque esto puede derivar en la dependencia a esa droga o medicamento.

E.12: ¿Algún otro efecto que quieras mencionar?

P2.12: Bueno, pues en el caso de las drogas ilegales pueden generar problemas sociales, familiares o personales. Esto sería otra causa del abuso de las drogas. Los conflictos en el ámbito familiar, escolar o en el área laboral.

E.13: ¿Tú crees que son diferentes los efectos si hablamos de abuso y de consumo o sería igual?

P2.13: No, yo creo que es distinto porque el abuso implicaría que ya no hay control sobre la droga entonces a lo mejor ya se podría presentar efectos más serios o graves en cuanto, por ejemplo, a enfermedades mentales. Por otro lado, en cuanto al uso, siempre va a haber un efecto a corto plazo. Por ejemplo, en cuanto al uso del alcohol, si es en grandes cantidades, el efecto podría ser la embriaguez, la pérdida de la conciencia o la desinhibición como un efecto del consumo de esta droga legal.

E.14: ¿Cómo entiendes tú la imagen del consumidor, es decir, quiénes consumen drogas?

P2.14: Yo creo que un porcentaje bastante amplio de la población con más frecuencia son los adolescentes. No precisamente un grupo social o un grupo étnico, sino en general, pensaría que el adolescente consume o tiene más probabilidades de consumir. De lo que yo he observado en el área de salud hay un gran porcentaje de adolescentes que consumen o han consumido drogas alguna vez, y de esos algunos se han quedado enganchados con el consumo. Es así que diría que los adolescentes son los que más consumen o estarían más en riesgo de consumo.

E.15: Ahora, vamos a hablar un poco acerca de los usos personales.

P2.15: ¿Cuáles son las drogas más comunes en tu entorno social, familiar o laboral?

El cigarrillo, el alcohol y la marihuana. Esas tres drogas serían las más comunes.

E.16: ¿Has tenido tú alguna experiencia directa o indirecta con alguna de estas drogas?

P2.16: Sí, con el cigarrillo, el alcohol y, en alguna etapa de la vida, con la marihuana.

E.17: ¿Esta ha sido una experiencia directa, es decir, personal o no?

P2.17: Directa diría yo, porque consumía alcohol, aún consumo cigarrillo y la marihuana en algún momento consumí también.

E.18: **¿Cómo fueron estas experiencias?**

P2.18: Con el alcohol, la experiencia es más desagradable porque hay un malestar que se vive después del consumo de alcohol, el conocido chuchaqui. Con respecto, al consumo de cigarrillo creo que es menos desagradable, pero el daño secundario, por ejemplo, que disminuya la capacidad para hacer ejercicio o ciertas actividades, es como el efecto negativo del consumo de cigarrillo. Uno, por ejemplo, podría ir notando que ya no puede correr o trotar la misma cantidad de tiempo o la misma cantidad de espacio entonces se nota esa disminución en el oxígeno. En cuanto a la marihuana, creo que también no muy agradable porque luego del efecto principal del uso de la marihuana posteriormente había un bajón, una especie de falta de ánimo, no diría que es una depresión, pero sí, un bajón de ánimo; como falta de entusiasmo o falta de energía. De las tres experiencias, la que creo que es más tolerable es el cigarrillo porque el efecto no se ve inmediatamente sino a largo plazo, en cambio con el alcohol y la marihuana, las consecuencias son más inmediatas.

E.19: Claro, habría efectos a largo plazo y a corto entonces los efectos del cigarrillo serían como más leves.

P2.19: Exacto, no serían tan observables.

E.20: **¿Cuál crees que sea el primer aspecto que se debe tomar en cuenta para consumir drogas?**

P2.20: Yo creo que, la personalidad y el tema familiar porque pienso que, si estás pasando por un mal momento o si la personalidad tuya o la de quien consume es de alguna manera más susceptible a los efectos o al consumo de las sustancias, pienso que sí se debería considerar eso. Por ejemplo, si hay como antecedente una enfermedad, una depresión, ansiedad o si hay problemas familiares o personales y si sobre eso se da el consumo de una sustancia, pensaría que eso va a empeorar o dificultar el tema del consumo o que esto será una ventana abierta para que se dé el abuso de las sustancias.

E.21: Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos en profesionales de la salud. **¿Cuál crees tú que son las drogas más consumidas por nosotros, es decir, por los profesionales de la salud?**

P2.21: Yo creo que el cigarrillo y el alcohol, lo que abiertamente se menciona porque ya en la parte más íntima a lo mejor sea la marihuana, pensaría yo, pero no sé en realidad. No he escuchado que ya profesionales de la salud están consumiendo otra droga. Pero generalmente, el alcohol y el cigarrillo, creo que es lo más frecuente de lo que más he podido observar.

E.22: Claro, por esta cuestión de la legalidad o de fácil acceso.

P2.22: Claro, no todos te van a decir yo utilizo marihuana, primero por el tema legal y segundo porque te van a señalar, es decir, te vas a quedar con esa etiqueta de que de pronto, si utilizas una droga, no vas a ser un buen profesional. En realidad, durante estos cinco años en el Ministerio de Salud, solo he conocido a una persona que abiertamente me ha dicho que consume drogas y estaba en un proceso de recuperación. Lo que él me comentaba es que cuando su entorno familiar y laboral se enteró, eso llegó a afectar mucho en cuanto a su credibilidad como profesional, es decir, restó mucho en ese tema. Comentaba que la parte más difícil de la recuperación fue recuperar la confianza de sus clientes, de sus compañeros y de sus familiares, es decir, recuperar la confianza de que él podía realizar sus labores bien. Esta sería una razón por la cual las personas no lo expresan abiertamente.

E.23: **¿Cuáles crees tú que serían las motivaciones para que los profesionales de la salud consuman drogas?**

P2.23: El consumo del alcohol y el cigarrillo creo que es más social, es decir, en las reuniones

sociales, el compartir y hacer algo diferente de lo común. Diría que es una motivación más social. En cuanto al uso de otras drogas, creo que sería el buscar relajarse o alejarse de las preocupaciones de la vida cotidiana.

E.24: ¿Cuándo consumen estas drogas los profesionales de la salud?

P2.24: Como es un tema social, yo pensaría que, en los fines de semana viernes, sábados y domingos, especialmente en la tarde-noche. Son los momentos en los que ya no hay esa preocupación del trabajo, es decir, esa responsabilidad de cumplir con las funciones laborales. Entonces sería los fines de semana o después del trabajo tal vez.

E.25: ¿En qué espacios consumen las drogas?

P2.25: Creería que en el hogar y los bares, aunque ahora por el tema de la pandemia como que es un poco más clandestino el tema del consumo, por lo que ya no hay bares ni discotecas. Además de que hay ese miedo de que vayan a acusarte que estás consumiendo alcohol en esta etapa de pandemia. En este tiempo, creería que es más frecuente dentro de las casas en primer lugar y, como segundo lugar tal vez en bares o en tiendas.

E.26: ¿Cómo crees tú que ve la sociedad el consumo de drogas en profesionales de la salud?

P2.26: Yo pienso que la sociedad en general no lo ve muy bien, es decir, va a juzgar la capacidad del profesional por esta conducta de consumo. Por ejemplo, si eres un médico y estas fumando cigarrillo, las personas no creen mucho en tu capacidad de médico. Es como que no es coherente, la sociedad juzgaría eso. En el caso del psicólogo que utiliza una droga ilegal la sociedad lo juzgaría de que no es un buen psicólogo porque consume drogas. La sociedad juzga, creo que por el desconocimiento acerca del tema de las drogas.

E.27: Ahora, vamos a hablar sobre la prevención. ¿Qué es para ti la prevención primaria del consumo de drogas?

P2.27: La prevención primaria sería lo que se hace en los centros de salud, además, lo que se hace en los centros educativos y lo que hacen las ONG, que es promover diversas actividades culturales. El uso del tiempo libre saludable entraría como una prevención primaria. Situación que es importante porque como mencioné, los jóvenes son los que más consumen, si se les da la oportunidad de realizar otras actividades donde ellos puedan expresar lo que sientan, lo que piensan o lo que viven libremente, sin miedo de ser juzgados y que puedan hacer una catarsis con respecto a lo que están sintiendo o viviendo, se evitaría que el adolescente busque esa catarsis a través del uso de drogas. Pienso que, las actividades artísticas en general, es una manera de prevenir el uso de cualquier tipo de droga.

E.28: ¿Cuál crees tú que es papel que desempeña la prevención primaria dentro de los servicios del Ministerio de Salud Pública?

P2.28: Honestamente yo creo que, en temas de papeles, de documentos o de manuales, es decir, en temas protocolarios se le da una posición de relevancia e importancia al primer nivel de atención en cuanto a temas de prevención, pero creo que a la práctica ya no se lleva mucho, no sé a qué se deba. Es importante el trabajo que se hace en primer nivel, pero lo que dice en los documentos muchas veces no se ejecuta en la realidad.

E.29: ¿Cuál es la forma de hacer prevención?

P2.29: Como mencionaba, yo considero que una forma de hacer prevención es el uso saludable del tiempo libre, lo otro sería esta cuestión de trabajar un poco más en el tema, por ejemplo, del trabajo con la familia, de conocer el entorno del adolescente, es decir, acercarse a su contexto. Conociendo su realidad, podemos hacer prevención, dependiendo de su contexto podemos identificar situaciones de riesgo y hacer prevención con el adolescente o con la persona con la cual se esté haciendo el seguimiento. En el tema de las actividades recreativas creo que hay mucha falencia, puesto que no hay muchas actividades de libre acceso para todos, refiriéndose

al tema económico. Se debería facilitar el acceso a estas actividades sobre todo en los sectores donde hay más pobreza económica. Según lo que he escuchado, en otros países que tienen más estudios sobre el tema de la prevención, lo que ellos hacen es evitar que los adolescentes consuman cualquier tipo de sustancias hasta los 18 años. Todos vamos a consumir drogas en algún momento, pero lo que se trataría es de retrasar ese consumo. Según un artículo, en Estados Unidos ya se legalizó el consumo de la marihuana como uso recreativo, se permite el consumo de esta sustancia, pero a personas mayores de 18 años. Lo que se evita con la legalización de las drogas es que personas se enriquezcan ilícitamente, sin embargo, los problemas sociales van a seguir existiendo, por ejemplo, van a haber más personas con esquizofrenia por el uso de la marihuana o más personas con depresión y ansiedad.

E.30: ¿Si es que se legalizaría la marihuana que cambiaría en la sociedad?

P2.30: Creería que las personas optarían por consumir más marihuana antes que otras drogas por que el efecto secundario de la marihuana es más placentero que el efecto secundario inmediato del alcohol, por ejemplo.

E.31: Al legalizarse la marihuana, ¿perdería atractivo frente a los ojos de los adolescentes?

P2.31: No, por ejemplo, lo que a mí me pasó con el cigarrillo, es que se me despertó la curiosidad por su consumo debido a que en mi entorno varias personas lo consumían. El ver eso despertó en mí un interés por consumirlo entonces si el consumo de la marihuana se vuelve más común, por aprendizaje, va a haber más niños y adolescentes que consuman la marihuana.

E.32: ¿Cuál crees tú que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención de drogas?

P2.32: Yo diría que, el prohibir una sustancia no te asegura que no se va a consumir, más bien, en el caso de los adolescentes, va a aumentar las ganas de irse en contra de las normas porque en parte de su desarrollo psicológico está eso de desobedecer un poco las normas, de tomar sus propias decisiones y de no estar regido siempre por las órdenes de sus padres. La prohibición no ayuda en la prevención porque al prohibir solo incentivan a que los jóvenes las consuman de manera clandestina en otros sitios u otros lugares. Las charlas que se brindan van con ese discurso de no a las drogas, sin embargo, esto no ayuda en nada a la prevención.

E.33: Claro, si se va con ese discurso de que todo es malo, para los chicos la mayoría de veces esto no es suficiente.

P2.33: Exacto, el adolescente siempre va a buscar el lado positivo del consumo de drogas. Te dice: “yo cuando consumo marihuana estudio mejor, me concentro más”, lo cual tiene que ver mucho con la etapa de consumo en la que está, si es que consume. Esto es importante porque en las primeras instancias de consumo se produce lo que los profesionales llaman “el enamoramiento hacia la sustancia”, por ello el adolescente va a buscar todo lo bueno del consumo de drogas y desecha todo lo malo que le puedan decir. El adolescente está en una luna de miel con la sustancia entonces no va a tomar en cuenta las cosas malas que se puedan expresar sobre estas.

E.34: Interesante que uses esta metáfora del enamoramiento hacia la sustancia porque a veces la prevención parece que se dirige a la sustancia o la persona, pero parecería que hay un tercer elemento ahí que es la relación que se establece, que es como un vínculo afectivo. Una relación un tanto difícil que no es necesariamente tóxica, pero si un tanto de dependencia.

P2.34: Con esto que mencionas a mí se me viene a la mente, cuando a un adolescente le dices que no esté con ese chico o con esa chica, pero eso como que fortalece más la necesidad de estar con esa persona. Con las drogas pasa algo similar, si más les prohíbes más van a crear ese vínculo de apego hacia la sustancia.

E.35: Es una relación que se crea no con una persona, pero sí con un objeto. **¿Qué es para ti la reducción de daños asociado al tema del consumo de las drogas?**

P2.35: Es la primera vez que escucho este término con relación al consumo de sustancias, pero yo creería que tiene que ver con el evitar o prevenir que los daños provocados por el consumo de las sustancias sean graves o irreversibles. Ahí volvería al tema que mencionaba de lo que se hace en otros países, tratar de evitar o de retrasar el consumo de drogas lo que más sea posible. Mientras más joven es la persona al consumir, habrá la posibilidad de que presente más daños en el futuro; como problemas de atención, concentración, etc. Yo pensaría entonces que esto de la reducción de daños tendría que ver con eso, con evitar que los daños sean irreversibles en un futuro.

E.36: ¿Crees tú que la reducción de daños está dentro de los enfoques de la salud pública?

P2.36: Yo diría que si se logra retrasar lo que más se pueda el consumo de las drogas, podremos prevenir que se presente algún problema o trastorno, lo que implicaría que no ya habría tanta necesidad de invertir mucho dinero al tratamiento de las enfermedades. Si reducimos los daños, habrá menos probabilidad de que el Estado invierta más dinero en los tratamientos.

E.37: ¿Crees qué dentro del Ministerio de Salud hacemos reducción de daños?

P2.37: En papeles y documentos, es decir, en la teoría sí, pero en la práctica no mucho. Yo pensaría que, tiene mucho que ver con una capacitación incompleta sobre el tema de drogas, hace falta profundizar sobre el tema de drogas debido a que abarca mucho. La información en los centros de tipo A es muy básica para poder orientar y aconsejar; sin embargo, se necesita más información sobre este tema para poder brindar una información e, incluso, un prevención más eficaz y verídica.

E.38: ¿Crees tú qué existe una relación entre la reducción de daños y tratamientos? ¿reducción de daños y tratamientos son lo mismo?

P2.38: No creo que sea lo mismo de acuerdo a lo que mencionaba. La reducción de daños es hacer prevención, o sea antes de que se presente el problema y el tratamiento ya es cuando existe el problema cuando ya hay consecuencias con el uso de las sustancias. El tratamiento viene a ser el después de y la reducción estaría antes de.

E.39: Entiendo. Con eso cerramos las preguntas que teníamos programadas como parte de la entrevista, ahora nos queda únicamente abrir el espacio para que puedas completar alguna respuesta que consideres necesaria, o complementar alguna idea adicional. ¿Algún comentario final?

P2.39: Es apasionante el tema del consumo de drogas, creo que hay muchos temas, hay varias caras que tiene el consumo de estas sustancias. Sería importante abrir espacios de debate sobre este tema para que se vaya generando más información, en cuanto a la prevención de drogas. Se debería abrir espacios en el área de salud donde se pueda hablar libremente de estos temas para poder generar ideas que luego sean llevadas a la práctica.

Participante 3

E.1: siete de septiembre de 2021, son las 15 horas con 45 minutos estamos dando inicio a la tercera entrevista, estamos con nuestra participante tres. Ella previamente ha sido informada respecto a los objetivos y el contexto en el que se da la investigación como de las garantías de anonimato y confidencialidad que manejará la investigación. De todas maneras, me gustaría ratificar contigo, ¿estás de acuerdo con que se grabe el audio de esta entrevista?

P3.1: Sí, sí claro muy de acuerdo.

E.2: Muy bien, gracias. Vamos a ir directamente a las preguntas. ¿Cuál es tu experiencia laboral? ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el Ministerio de Salud Pública?

P3.2: 19 años.

E.3: ¿Cuál es tu formación académica?

P3.3: Soy psicóloga infantil y psicorehabilitadora. Es un título de tercer nivel.

E.4: ¿En dónde te graduaste?

P3.4: En la Universidad Central del Ecuador

E.5: ¿Cuántos años tienes?

P3.5: 49 años.

E.6: Esta pequeña introducción nos permite pasar directamente a algunos saberes relacionados en torno a las drogas. **¿Para ti, qué son las drogas?**

P3.6: Bueno dependiendo, hay drogas consideradas buenas, por así decirlo, o que tienen que ver con la medicina y las otras pues no tan buenas que son las que están promoviendo lamentablemente un daño en los chicos. Más que todo, que es lo que me preocupa a mí personalmente, no solo como profesional por el trabajo que llevo, sino también por mis hijos. Tengo un chico más grande y el otro más pequeño, pero los dos adolescentes, entonces para mí las drogas son sustancias que producen un daño en las personas y lamentablemente son muy adictivas y son muy difíciles de dejar una vez que se empiezan a consumir.

E.7: **¿Qué drogas existen?**

P3.7: Bueno, partiendo desde las permitidas el cigarrillo, el licor, que lamentablemente hace mucho daño, a veces no lo ponemos dentro del grupo de drogas. Y de ahí pues claro, las más fuertes la heroína, la marihuana y el éxtasis, de las que más o menos me acuerdo. Pero, me preocupan realmente las permitidas porque nosotros mismos ya cuando el niño está grande en una fiestecita le decimos: “tómame una copita, tómame otra copita, vino no más es, cerveza no más es” entonces como que por ahí ya el cigarrillo también, entonces si preocupa porque nosotros mismo creo que estamos llevando hacia eso.

E.8: Claro, como tu decías hay esta forma de clasificar drogas legales e ilegales, aunque a veces a las legales no se les ve tanto como drogas. ¿Se te ocurre algún otro criterio bajo el cual clasificar a las drogas o cuál es con la clasificación que tú trabajas?

P3.8: A ver, normalmente, nosotros lo que tratamos de trabajar en las drogas...pienso yo que en las drogas más comunes porque también pienso que ya hay las más fuertes y ya hay una adicción un poco más dañina, digámoslo así, pero pienso que siempre empiezan por las legales o las permitidas.

E.9: **¿Qué efectos producen las drogas?**

P3.9: A ver, yo pienso que los principales efectos son personales en los chicos, primero el análisis de porqué llegaron a las drogas, sí, muchas veces se considera que otra persona lo incita, que son porque quieren, por malcriados o por curiosidad, pero yo sí pienso que hay un fondo de todo eso. Entonces sí, porque llegamos a las drogas y la satisfacción que produce al momento que tenemos un tipo de problema, también te voy a contar rapidito algo personal. Mi papi, por ejemplo, consumía mucho licor, pero siempre nosotros estábamos como para apoyarlo, como para decirle no, pero él topó fondo y de ahí salió porque está en Alcohólicos Anónimos hasta ahora. Ya son siete años que no consume entonces cuando yo hablo con él, dice que las personas que toman o que fuman son catalogadas como viciosas, pero él dice no, que esto es una enfermedad y como tal tiene que ser tratada. Él dice, por ejemplo, no es que yo tomo porque quiero, sino porque necesito entonces te voy a decir que me afectó a mí en mi casa, no le hemos abandonado a papá, pero si hubo problemas de salud bastante fuertes en mi papá. Yo pienso que las consecuencias son esas, empezando por las familiares, las sociales y obviamente después ya las biológicas. Las que ya producen en tu cuerpo o sea...por ejemplo, yo perdí a un amigo que tomaba mucho porque le dio cirrosis, obviamente no solo por eso da cirrosis, pero si es una de las causas entonces igual por los pulmones cuando fumamos mucho. Yo pienso que no solo afecta mucho en la parte de la salud, sino también, todo lo que tiene que ver con el entorno.

E.10: **¿Cuáles son los principales riesgos que tu asocias con el consumo de estas drogas?**

P3.10: A ver, físicamente todo lo que tiene que ver con la enfermedad, yo no creo que solo se afecte el hígado sino toda la persona se afecta, también pienso que familiarmente rupturas, problemas, hay discrepancias en casa, no solo de una persona adulta sino también de los chicos preocupados y todo eso. También pienso yo, que afecta mucho la parte social porque no hay espacios para trabajar realmente con ellos, a lo que me refiero es que a mí me gustaría es un lugar donde los chicos puedan ir y tratarse de mejor manera porque también siento que hace falta el apoyo de las personas. Nosotros por profesión se entiende un poco más, pero la familia también debe trabajar con el chico e igual la parte social, los amigos, porque todos nosotros deberíamos trabajar lamentablemente en conjunto porque así toca. Toca trabajar todos en conjunto porque si no, no funciona realmente.

E.11: ¿Cómo entiendes tú la imagen del consumidor, es decir, quiénes consumen drogas?

P3.11: Yo creo que cualquier persona, no creo que haya una diferenciación de estrato social, ni de status económico ni familiar. Yo creo que puede consumir tanto el que tiene mucho dinero como también el que está viviendo en la calle. Yo creo que no hay una diferenciación como para decir eso, o más hombre o más mujeres, o más pobres o más ricos, yo pienso que eso es algo que el que quiere consumir lo hace sin necesidad de estar en un estrato diferente. Yo pienso que todos estamos en la posibilidad de.

E.12: Ahora, vamos a hablar un poco acerca de los usos personales. ¿Cuáles son las drogas más comunes en tu entorno social, familiar o laboral?

P3.12: El licor y los cigarrillos, es decir, las drogas permitidas.

E.14: ¿Has tenido tú alguna experiencia directa o indirecta con alguna de estas drogas?

P3.14: Bueno en sí yo cuando era estudiante tomaba y fumaba que daba gusto. De hecho, fumo cuando estoy en alguna reunión social, pero ya no obviamente como antes. De ahí del cigarrillo, bueno mis padres son separados, y mi mamá fumaba. Mi mamá fumaba muchísimo dentro de sus compras con su esposo, era los cigarrillos hasta que tuvo un problema en sus pulmones, ya no fuma hace muchísimo tiempo, sin embargo, ella ya tiene una afección en sus pulmones. A pesar de ella vivir en un lugar cálido, a veces le toca utilizar oxígeno entonces si fue como que fuerte lo de mi mamá. Y de ahí lo otro ya cuando yo iba, cuando ya empezamos a frecuentarnos, no me molestaba mucho porque como yo también fumaba no me molestaba mucho, pero ya luego se afectó ella de su salud.

E.15: ¿Cómo describirías tú la experiencia con el alcohol y el tabaco?

P3.15: A ver, con el alcohol tenaz, mi papá no era de las personas que tomaba siempre ni tampoco de los que se dan como alcohólicos sociales como los llamamos, sino que el problema de él es que cuando tomaba al siguiente día amanecía como nervioso y empezaba a tomar, tomar, tomar y por decirte con la copita de los nervios pasaba una, dos o tres en el día ya empezó. La última vez fue terrible, nosotros esperábamos ya a que caiga, ya cuando caía enfermo, ya se le ponía el suero, ya se le atendía y paraba. De ahí ya no volvía a tomar en unos seis u ocho meses o un año. O sea, ya no volvía hacer, pero de ahí volvía como por temporadas. La última vez fue fatal, ahí ya buscamos ayuda nosotros, ya hablamos con él, pero no servía mucho cuando hablábamos con él. Sirvió ya cuando él tocó fondo, o sea llegó al caso que se descuidó físicamente terriblemente. No se cambiaba de ropa, le daba igual, comía como quería entonces empezó a ser su apariencia física tenaz. Mi papá vive en el Oriente entonces cuando me llamaban yo iba y mi hermana me contaba que cuando mi papá entró recién a estos grupos le trataban tenaz, porque ellos le decían “si quieres cambiar quédate en este grupo o sino ya ándate por borracho” cosa que me dolía mucho, pero sirvió. El primer año sí fue bonito porque en el grupo le han sabido hacer como una fiesta entonces yo fui, fue super chévere verle a mi papá así. Ahora mi papá lee mucho, habla mucho y busca personas, lamentablemente en el campo hay mucho de esto porque son las personas que salen los fines de semana literal a tomar

y allá no es muy caro tomar.

Con mi mamá sabes que no mucho porque yo me quedé con mi papá cuando se separaron entonces no fue tan fuerte la asimilación de esto, sin embargo, claro obviamente la preocupación normal de una hija, pero así por decirte que yo pasé con ella eso, no. Mis visitas son esporádicas, tengo una buena relación con ella, incluso, tengo una buena relación con su esposo también, pero así involucrarme directamente con ella no.

E.16: ¿Cómo fueron estas experiencias cuando tú fumabas o tomabas?

P3.16: Bueno, al inicio chévere no, porque era como que la que aguantaba y la que no importaba cuando empezábamos a mezclar la cerveza con el este y era de las que más aguantaba tomando, como yo decía muy orgullosa, digna hija de mi padre, en cambio había compañeros que no, entonces no era muy malo. Con el cigarrillo, a mí me gustaba mucho fumar la verdad, pero después de casarme antes de embarazarme, yo nunca planifiqué, pero ya no me daban ganas de fumar y ahí quedó. El tomar ya cuando salí del grupo de amistad, pues ya muy bajito, digámosle así, cuando hay una fiesta a veces, sino pues ya no. Y nada, de ahí decirte como que me hizo daño, obviamente el chuchaqui y eso, pero cuando le encuentras al traguito que no te hace daño entonces dices “con este me voy a sentir chévere”. Entonces eso, de ahí nada más realmente.

E.17: ¿Cuál crees que sea el primer aspecto que se debe tomar en cuenta para consumir drogas?

P3.17: A ver, yo creo que la responsabilidad con la que lo haces. Te voy a contar algo respecto de lo anterior que te dije, o sea si es chévere, pero sabes ahora ya como mamá ya preocupa cuando sale mi hijo, la recomendación no tomarás y si tomas avisarás. Entonces yo pienso lo que se debe tomar en cuenta es la responsabilidad, o sea si es difícil decir hasta aquí tomo porque vulgarmente como se dice, ya cuando se está picado ya no importa mucho. Así que lo primero sería con la responsabilidad con lo que lo haces, no considero que sea malo como lamentablemente la sociedad nos ha hecho creer, pero si pienso que debe ser hasta un punto que tu digas ya ahí paro. Y la otra pienso que es la comunicación para evitar un consumo de drogas no permitidas por así decirlo, porque a veces decir la curiosidad y como a veces no tenemos la confianza de decir, de preguntar entonces eso nos lleva a consumir. Tanto la comunicación entre padres e hijos como con la sociedad porque lo vemos como normal entonces no lo cortamos. Por ejemplo, siendo de pueblo si vemos a un chico, le damos un poquito de cerveza para que pruebe entonces estamos incitando como a que pruebe y eso es normal. Sin embargo, para mí no es normal, para mí, está bien ya cuando son grandes porque tampoco tenemos la costumbre de que mi papá tomaba y nosotros con él, no eso sí no. Por ejemplo, yo le veía a mi primo que le daba a su hijo a la edad de 9 años que pruebe cerveza y eso es como generar esa obligatoriedad de que ya en el futuro va a tener que tomar y a quien no toma se lo ve raro.

E.18: Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos en profesionales de la salud. **¿Cuál crees tú que son las drogas más consumidas por nosotros, es decir, por los profesionales de la salud?**

P3.18: El cigarrillo y el alcohol, pero pienso que es más el cigarrillo porque, por ejemplo, yo estuve un tiempo antes de ir a psicología, yo estuve en medicina entonces por ejemplo ahí cuando estás de velada sales y fumas un cigarrillito como que te relajas, como que sales a fumarte un cigarrillo, no a tomar un trago porque es como más difícil, pero un cigarrillo sí pues. Pienso yo que es más el cigarrillo.

E.19: Es como más accesible para combinar con el trabajo, incluso.

P3.19: Ajá incluso, siempre se dice “un cigarrillito para el frío, un cigarrillito para relajarme porque estoy estresado o porque estoy pensativo” entonces pienso yo, que es más el cigarrillo.

E.20: **A parte de buscar como este relax, ¿cuáles crees tú que serían las motivaciones para**

que los profesionales de la salud consuman estas drogas?

P3.20: Tal vez bajar la ansiedad porque ya estamos grandecitos para decir “mi amigo está fumando, yo también lo voy a hacer por eso” pienso yo, que la motivación es esta búsqueda del relajamiento porque pienso que la presión social se da en otro ámbito no en el laboral. Claro, si sales y el otro está fumando tú también como para compartir, en todo caso.

E.21: ¿Cuándo consumen estas drogas los profesionales de la salud?

P3.21: Bueno normalmente cuando hay alguna reunión, cuando estamos en grupo, pero también creo yo cuando estás cansado y quieres salir, sin embargo, es más cuando hay una reunión social. Yo tuve una experiencia, yo estudié también lo que es el tema de auxilios y cuando ya me dediqué a hacer las prácticas me tocó en una clínica y entonces cuando en la noche sacaron un vino entonces yo pensaba que era por el momento, y decía la auxiliar “es que en la noche siempre es bueno un vinito”, como que no tiene nada de malo. Yo era como que “ah, bueno”. Es así que puede ser al final de la jornada, de pronto, como para descansar de o durante de la jornada también.

E.22: ¿Dónde es más común que se consuman estas drogas?

P3.22: Pienso yo, que es más en reuniones sociales, cuando estés en un bar o una fiesta. En el domicilio pienso yo, que no mucho y en trabajo tampoco, así como tanto, más bien, cuando sales directamente a espacios ya destinados para eso o cuando te reúnes en grupo, normalmente suele pasar eso, bueno nos ha pasado, que nos reunimos y ya nos da ganas de hacerle a un traguito. No es tanto el espacio físico sino el espacio interpersonal, es decir, donde esté ubicada la reunión, el grupo, por así decirlo.

E.23: ¿Cómo crees tú que ve la sociedad el consumo de drogas en profesionales de la salud?

P3.23: Dentro de las instituciones mal, muchos casos se han dado, yo tuve una experiencia en la Maternidad cuando te dije que estudiaba medicina. Un profesor embriólogo de nosotros nos llevó como a ver y el doctor que iba a atender el parto estaba tomado y él decía que no había problema porque siempre lo había hecho, obviamente la señora horrorizada no quería ni que la toque ya y más bien, tuvo que atender mi profesor que era pediatra el parto porque el doctor estaba ahí, pero tomado entonces la señora estaba asustada y claro afuera también los familiares estaban molestos. Y otra experiencia que te digo, mal mal, mal porque yo le vi mal, fue cuando clasificamos la primera vez al mundial y nació el sobrino de mi esposo. Nosotros estábamos esperando que le atiendan a mi cuñada y el doctor estaba dormido porque estaba borracho y el pobre interno ahí atendiendo, esa clínica era repleta. Entonces yo pienso que ven muy mal que lo hagan, e inclusive, en pueblo, cuando están fuera de su horario laboral el común de la gente los ve y dice “ve, el doctor ha estado tomando” Por ejemplo, yo el otro día me acuerdo, cuando hacen las reuniones y toman ellos ahí entonces dicen “pero ve, el doctor tomando y cuando uno va a consulta que no tome, como es eso” entonces el doctor le decía pero yo soy un humano como usted, pero en consulta tengo que decirle eso, obviamente ya el doctor un poco tomado. Y quizás aquí podrías hacerlo porque tú trabajas aquí, pero vives en El Condado, de aquí a que tomen en El Condado y que te vean, es muy poco probable. En el pueblo no es así, todos ahí se conocen.

E.24: Ahora, vamos a hablar sobre la prevención primaria del consumo de drogas. ¿Qué es para ti la prevención primaria del consumo de drogas?

P3.24: Es que las personas conozcan del tema, informar y bombardear de información. Es romper mitos en casa porque hay temas que no se habla, primero porque no sabemos cómo, igual, por ejemplo, mi papá cuando mi hermano toma mucho y le decimos; pero dígame y el responde “no, cómo le voy a decir si yo también tomaba” entonces es como romper eso. Claro yo también tomé, pero no me gustó cuando estaba así entonces yo no quiero que tú lo hagas

eso o sea no me gustaría, porque ya la decisión es de él, pero a mí no me gustaría que tu estés como yo estaba. Entonces si es esto, como de tratar de romper porque muchas veces, hablar de padres a hijos es un poco difícil, bastante difícil. Los espacios que se han abierto, esto sí ya a manera personal “El club de los adolescentes” sí ha ayudado a romper un poco esta barrera porque vamos introduciendo el mensaje que queremos transmitir, no solo a los chicos sino también a los padres. Para mí, si es muy importante que los padres conozcan cuales son los efectos cuando sus hijos están consumiendo drogas y cuando yo no lo sé. O sea, cuáles son los signos de alarma que yo debo notar para estar pendiente entonces pienso que es muy importante la información. Lo que nosotros aún no hemos hecho, es mostrar la experiencia de vida de una persona para que la socialice a los otros, solo lo hemos hecho con la experiencia de madres adolescentes. A mí me parece que la experiencia de vida es muy importante porque todas esas experiencias algo mueve y yo si pienso que ayuda mucho.

E.25: ¿Cuál crees tú que es papel que desempeña la prevención primaria dentro de los servicios del Ministerio de Salud Pública?

P3.25: Yo pienso que es muy importante la prevención, de hecho, cuando nosotros formamos el club, no queríamos un club de chicos que hagan esto o que haga lo otro, sino justamente de prevención y que ellos sean los portavoces del grupo en el que están. Por ejemplo, ya cuando empezaron a salir a esto de las gomitas, de que te regalo un caramelito y eso en realidad eran drogas, entonces lo importante es de como prevengo yo, pues yo no cojo nada de la calle o sea nada que me ofrezcan. Yo pienso que, el Ministerio debe trabajar mucho en esto de la prevención, pero no en charlas. A mí no me parece bien que solo sea de pararnos al frente y decir no hagas esto, no hagan lo otro, sino que ir un poco más allá de eso, tal vez un taller, un poco más vivencial, una película donde todos podamos opinar o sea hablar de alguna manera. Hacer que todos lleven el mensaje porque en una charla hablas y hablas y a lo mucho te escuchan unas dos personas.

E.26: ¿Cuál es la forma de hacer prevención?

P3.26: Yo pienso que, debe ser talleres participativos y lúdicos, te voy a contar experiencias mías. Nosotros hacemos grupos, por ejemplo, de qué producen las drogas y llegamos al suicidio entonces ellos lo viven, lo experimentan y lo sienten. Alguna vez, hicimos un taller con padres e hijos porque yo también trabajo con niños, en el programa de estimulación temprana, entonces un señor hizo una actividad de ofrecerles un papel a los niños que era droga, entonces ahí se dividió quienes se dejaban llevar y quiénes no. Entonces esto es como más sentido, se debe involucrar más a grupos, no solo a los adolescentes solitos sino también a los padres. Y también tener la oportunidad de llevarlos donde personas que ya hayan pasado por eso, para que pregunten y se informen. Eso ha dado muy buenos resultado, bueno no en drogas pero, por ejemplo, nosotros los llevamos donde los niños con cáncer. Y ahí también trabajar con los papás porque es un trabajo en conjunto. Como te digo, de las charlas no soy muy fan, sino que trato de llevarlos a que vean y conozcan otras cosas, creo que esa es la manera correcta de hacer prevención.

E.27: ¿Cuáles crees que son las alternativas si la prevención falla?

P3.27: Yo pienso que, las alternativas si falla, es ya entrar a un tratamiento, buscar espacios adecuados, dar acompañamientos de que la persona quien esté en drogas, sienta que hay alguien a quien, si le importo, pero que, si sea un acompañamiento verdadero, por así decirlo. Es dar este acompañamiento, pero sin soltar, es decir, si esa persona se está tratando no sé dar esa llamadita para preguntar e interesarte por esa persona porque a veces solo direccionamos y ya dejamos ahí. Entonces pienso que, si es importante el acompañamiento familiar porque esto no es solo, sino también arrastra a la familia.

E.28: ¿Prevención y tratamiento son distintos o son lo mismo?

P3.28: Yo pienso que, de alguna manera si van de la mano, porque si hacemos todo por prevenir, pero a veces falla entonces ahí viene el tratamiento entonces pienso que, si van de la mano, lo uno con lo otro, sin embargo, se debe apuntar a la prevención. Hacer una buena prevención para que dé resultados, pero tampoco podemos olvidarnos del tratamiento para ser conscientes de que, si algo ya está pasando, está el tratamiento.

E.29: ¿Cuál crees tú que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención de drogas?

P3.29: El prohibicionismo si afecta porque si algo es prohibido, es porque de alguna manera afecta entonces eso, pero también pienso que afecta el satanizar las cosas, el llevar al extremo o sea el no porque no “o sea no puede fumar, porque no” entonces a veces si es el problema, esto de que sea temas prohibidos. Por ejemplo, no puedes tomar hasta que tengas 18, sin embargo, ya cuando los tienes está bien que lo hagas. No se trata de satanizar estas cosas, sino que se trata de hablar, de decir la droga es esto y esto. No es tanto prohibir, sino que podemos brindar alternativas para que los efectos no sean nocivos. No podemos decir “eso no va a pasar” entonces cuando lo empezamos a prohibir no lo hacen de frente, pero de alguna manera, lo terminan haciendo ya sea a escondidas en la clandestinidad. Muchas veces intentamos prohibir, pero nosotros también tomamos o fumamos al lado de ellos, eso es algo contradictorio, por ello no sirve prohibir sino hablar sobre el tema para que estén alertas y no se produzcan efectos graves. Lo prohibido es lo más codiciado entonces “por algo me prohibirán pues”.

E.30: ¿Qué es para ti la reducción de daños asociado al tema del consumo de las drogas?

P3.30: La verdad es que no he escuchado este término.

E.31: Bueno las otras preguntas vienen en relación con esta, así que si no te es familiar el tema podemos acabar la entrevista aquí. ¿Algo que quieras opinar o enunciar como una idea final?

P3.31: Me parece muy interesante el tema, es uno de los temas que creo yo que, menos hemos trabajado aquí, en la casa si se lo ha trabajado, pero aquí no mucho sobre esto, pero considero que es muy importante el trabajo. La investigación que tú haces, dirigida a ese tema. Me parece muy interesante el hecho de la prevención, este tema de cambiarla porque creo que hacía ello va enfocada la investigación, para concientizar realmente sobre este tema y que no solo se reduzcan a las charlas, porque pienso que, si se debe trabajar más en esto no solo en los adolescentes sino también con los niños, siempre junto con la familia. Me gustaría que haya más espacios, que sean más asequibles, sobre todo para que todos puedan tratarse.

Participante 4

E.1: ocho de septiembre de 2021 son las 15 horas con 30 minutos, nos encontramos con nuestra participante 4. Ella previamente ha sido informada respecto a las garantías de anonimato y confidencialidad que manejará la investigación. De todas maneras, me gustaría ratificar contigo, ¿estás de acuerdo con que se grabe el audio de esta entrevista?

P4.1: Totalmente de acuerdo.

E.2: Muy bien, gracias. Vamos a ir directamente a las preguntas. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el Ministerio de Salud Pública?

P4.2: Un mes.

E.3: ¿Antes habías trabajado en el Ministerio?

P4.3: Antes en el Ministerio, no.

E.4: ¿Cuál es tu formación académica?

P4.4: Soy psicóloga clínica y tengo una maestría en Intervención psicológica de adicciones.

E.5: ¿Cuántos años tienes?

P4.5: 30 años.

E.6: ¿En dónde te graduaste?

P4.6: En la Universidad Central del Ecuador

Esta pequeña introducción nos permite pasar directamente a algunos saberes relacionados en torno a las drogas.

E.7: ¿Para ti, qué son las drogas?

P4.7: Creo que son sustancias de diferentes composiciones, pueden ser químicas o naturales. Sirven para usos recreativos, en muchas ocasiones cuando no son consumidas de manera normal, digámosle así, se convierten en un problema.

E.8: ¿Qué drogas existen?

P4.8: Bueno tienes alcohol, marihuana, alucinógenos, estimulantes, variedad en general.

E.9: ¿Cómo entiendes tú la imagen del consumidor, es decir, quiénes consumen drogas?

P4.9: Todos, porque el azúcar también es una sustancia que puede generar adicción, la cafeína, por ejemplo, bueno no creo que sean todos, pero casi la mayor parte de personas consumimos algún tipo de sustancia que puede ser adictiva.

E.10: Ahora, vamos a hablar un poco acerca de los usos personales. **¿Cuáles son las drogas más comunes en tu entorno social, familiar o laboral?**

P4.10: Bueno en mi entorno primero está presente el alcohol, el cigarrillo y la marihuana. Sí, esas tres serían.

E.11: ¿Has tenido tú alguna experiencia directa o indirecta con alguna de estas drogas?

P4.11: A ver de tipo lícito alcohol y cigarrillo, ilícito igual marihuana.

E.12: ¿Cómo describirías tú esa experiencia? ¿Cómo valorarías estas experiencias?

P4.12: Bueno en la parte del alcohol y el cigarrillo, creo que me alejo bastante del cigarrillo, no obstante, en el alcohol tengo preferencia por el vino en las reuniones sociales. De forma más personal o sea siento como que no corro ningún riesgo porque tengo un control y lo hago de manera no regular, es decir, en reuniones de amigos, más en la cuestión social, no por sentirme presionada, sino porque me agrada.

E.13: ¿Cuál crees que sea el primer aspecto que se debe tomar en cuenta para consumir drogas?

P4.13: Creo que la parte emocional porque noto que la drogas son entendidas o le dan el significado de que tú consumes las drogas cuando estás triste o estás mal, es una forma de liberarte y de escapar del dolor. Creo que ese punto para mí es importante porque yo no lo hago por escapar del algún dolor ni problema psicológico, sino que siento agrado del consumo y del efecto que me provoca. Desde la parte más profesional, es el hecho de que tanto cuido mi salud, es muy difícil saber dónde está la línea de límite cuando ya se genera un consumo que deriva en dependencia, de un consumo perjudicial entonces yo creo que sería el hecho de estar muy entendido, por ejemplo, en el cannabis que es lo que puede provocar en mí, cuáles son los riesgos que corro, cuáles son los beneficios porque creo que de todo hay un beneficio. Entonces creo que, sería el hecho de analizar que estoy consumiendo y por qué.

E.14: ¿Cuál crees tú que son las drogas más consumidas por nosotros, es decir, por los profesionales de la salud?

P4.14: El cigarrillo y el alcohol.

E.15: ¿Cuáles crees tú que serían las motivaciones para que los profesionales de la salud consuman estas drogas?

P4.15: Bueno, hace tiempo estaba leyendo un artículo donde justamente hacían un estudio de cuál es la cognición que tiene diferentes grupos, por ejemplo, el administrativo, las personas que realizaban el aseo y las autoridades. Me llamaba mucho la atención porque los resultados que decían, yo los he constatado, decía que las personas con mayor nivel de estudios

consideraban el consumo de las drogas como algo más social. En cambio, contrastado con las personas que realizaban el aseo y eso, el significado que ellos le daban es que sino consumes son señalados como cobardes o características despectivas debido a este no consumo. Yo creo que por ahí va la pregunta que me hacías, en el hecho de los profesionales, por ejemplo, el estrés, las diferentes cosas que tiene que responsabilizarse, entonces como te decía, las personas consumen para liberar tensión. Y entonces en este grupo de personas que organizaban la limpieza, era en cambio por no quedar mal.

E.16: ¿Alguna otra que se te ocurra?

P4.16: No, en este momento no creo que pueda visibilizar alguna otra motivación, sino más bien sería aclarar esto que me llamaba la atención, entre menor instrucción de las personas, se dejaban llevar por los cuestionamientos o esas formas de significado que daban las personas “ah, no consumes por cobarde”, es decir, por diferentes características negativas. Me llamaba la atención que las personas que tenía nivel mayor nivel de estudio, lo hacían por liberar estrés o porque querían salir a fumarse un cigarrillo entonces no había tanta presión social. A mí me da la impresión que es esta construcción colectiva que se tiene, no me gusta esta división que se hace, pero como leía en este estudio, es como que este grupo social tiene o le da un significado diferente al de las personas que quizá han tenido la oportunidad de saber o investigar un poco más.

E.17: ¿Dónde es más común que se consuman estas drogas?

P4.17: Creo que todo espacio se puede dar, no, pero al menos en un espacio laboral no se puede por las restricciones. Yo supongo que es al momento que se termina la jornada laboral, ahí se puede tener estos espacios. Sería al final de la jornada diaria o los fines de semana y los lugares donde se produciría, serían bares, domicilios, creo que para el consumo el lugar sale indistintamente donde tú puedas tener, incluso, en un carro entonces, depende.

E.18: ¿Cómo crees tú que ve la sociedad el consumo de drogas en profesionales de la salud?

P4.18: Es que hay una percepción de los profesionales de la salud, no sé si decirle perfeccionista por ser profesional de la salud, es decir que tú tienes hábitos correctos, que tú no te equivocas, quiere decir que tú respetas márgenes, reglas, etc. Eso es lo que normalmente se cree, pero somos también seres humanos como todos y creo que es bastante difícil, hay una carga social bastante fuerte ahí. Y no sé, siento más que es como una falsa creencia porque si bien es cierto, tenemos unos recursos para estabilizarnos y debemos practicar lo que a diario hacemos, no obstante, siempre tenemos ese espacio para reconocer, no sé, reunión de amigos y consumir. No le veo que esté mal, por ejemplo, consumir marihuana, sin embargo, hay una imagen idealizada de profesional de salud.

E.19: Ahora, vamos a hablar sobre la prevención primaria del consumo de drogas. **¿Qué es para ti la prevención primaria del consumo de drogas?**

P4.19: Bueno, según NIDA del 2010, nos habla acerca del informar que es cada una de las drogas, que efectos produce, consecuencias, lo que al inicio te hablaba, saber qué es lo que voy a probar. Es parte también de romper con las estructuras cognitivas de “ah no, las drogas son malas” y no es así, sino más bien, es el ser humano que no puede controlar el consumo y se torna en malo entonces yo creo que, es esa parte de ir educando, la restricción que tenemos como personas, como ecuatorianos. Al no dejar que desconocimientos nos orienten el camino. Yo me acuerdo que cuando era más joven era el “no a las drogas, cuidado con las drogas” pero, nadie nos decía porque entonces eso me llamaba mucho la atención, o sea es malo, pero por qué. Y es paradójico porque eso exactamente es lo que tú vas a buscar para saber qué es y es lo que les pasa a muchos de los adolescentes tanto en la parte de las drogas como en la sexualidad. No lo hagas porque no y punto, obviamente, sino me das una razón lógica, sino me

educas, sino me enseñas entonces obviamente va a haber problemas y fallas. Para mí, netamente, es la prevención en esto, en educar desde que son niños, no porque son niños no les voy a decir o les voy a tener dentro de una burbuja.

E.20: ¿Cuál crees tú que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención de drogas?

P4.20: Totalmente como te decía, es como haber ido en contra. Si bien está presente la intención de poder controlar las drogas que va desde diferentes ejes, desde todos los sectores; económicos, salud etc. Es el hecho de que lamentablemente si continuamos con ese no sin dar razón, vamos a continuar en una no prevención porque si no unimos un trabajo en red, que sería desde el sector de educación, tal cual como hacían con las escuelas para padres, no vamos a poder tratar de encaminar a los niños y a los adolescentes para que ellos tomen la decisión de que es lo que consumen y que no. Creo también en que es bastante importante el fortalecer el estado emocional de los niños y adolescentes porque de ahí parte esto que te decía, que consumo porque estoy triste, porque me dejó el novio, me dejó la novia. Es porque no sabemos manejar emociones y como aprendimos de la sociedad de que te deja y ahí te chumas y te pasa la tristeza entonces es un factor netamente en contra porque la prevención va desde un punto más extenso que el consumo, porque el consumo o la dependencia ya es el síntoma y la causa está muy lejos desde donde estamos haciendo prevención actualmente en el Ecuador.

E.21: ¿Cuál crees tú que es papel que desempeña la prevención primaria dentro de los servicios del Ministerio de Salud Pública? (20:35)

P4.21: Yo creo que sería un rol bastante importante en la parte desde formar a las profesionales en el tema de adicciones, de prevención, si bien es cierto, nosotros somos un punto donde acuden las personas, pero necesitamos muchísima capacitación primero nosotros para poder seguir socializando y comunicando a las personas que están en nuestra comunidad. Por el hecho de tener esto de Ministerio de Salud Pública, yo creo que tenemos un punto a favor, somos un ente que puede o tiene peso sobre el concepto que tiene la sociedad. Yo creo que tendríamos un buen recurso para decir, a ver nosotros como Ministerio de Salud tenemos los diferentes programas y cómo vamos a llegar a la comunidad con charlas o si no sirven las charlas, nos falta muchísimo evaluar también los talleres que normalmente se dan, tener bien especificado que es prevención.

E.22: A mí me ha interesado mucho tu participación en la investigación, no solo por tu formación académica sino también por el tiempo que recién llevas en el Ministerio y eso aporta diferente. De lo que tú has visto, ¿cuál crees que es la relevancia que se le da a la prevención dentro del Ministerio?

P4.22: Bueno, por ejemplo, ahorita con las labores que me han designado hasta el momento todavía no veo en donde está la estructura de prevención. Tengo entendido que nosotros hacemos intervención, eso es de base, intervención individual, familiar y multifamiliar. En la parte prevención y promoción de la salud, tengo entendido hasta ahorita, que se deben realizar charlas a las personas que acuden al Centro de Salud o como anteriormente lo llevaban, salir a la comunidad, pero durante mi formación estudiábamos un poquito acerca de, como te decía, si los talleres cumplen de verdad ese rol de prevenir o si hay otras formas también. Cómo podríamos hacer estas formas, desde mi punto de vista, como dices recién acabo de llegar, yo creo que haría muchísima falta este trabajo en red de distintas organizaciones y la participación, sobre todo de los líderes comunitarios. Saber también cuáles son las necesidades porque no sé se me ocurre, hay una comunidad donde hay precarios recursos económicos, donde hay desempleo, donde los expendedores de drogas están todos los días, entonces ¿cómo haces prevención ahí?

E.23: ¿Cuál es la forma de hacer prevención?

P4.23: De lo que conozco el esquema es; listo te presento tu taller, te doy la dinámica de acompañamiento, te presento el tema y te pregunto si entendiste y te hago evaluación entonces yo le veo desde mi punto de vista informativo y o sea está correcto informar, sin embargo, a mí me queda pendiente el hecho de cómo llego a la comunidad porque no sé tú tienes mucha más experiencia en esto, pero tú llegas das el taller y normalmente las personas están cansadas, les cuesta trabajo poner atención. Al menos si tú vas a una comunidad quichua, huorani, una comunidad de escasos recursos económicos, como te decía, no te van a prestar atención porque tienen diferentes maneras o significados de lo que es la adicción. Los quichuas no te entienden que es adicción porque ellos su rutina habitual es el consumo de la chicha y eso es más cultural. Si tú vas a una comunidad donde hay precarios recursos económicos, se vende drogas, hogares disfuncionales y todo eso entonces, ¿cómo vas y presentas un taller? Es algo que, para mí, me queda inconcluso, debería haber un estudio de la población porque, como te decía, cada espacio, contexto y realidad va cambiando la percepción y la cognición que tú tienes y sería muy importante ir desde ahí. Por ejemplo, les gusta el vóley entonces listo, me voy por esta parte que les gusta entonces voy y entre cada tiempo aprovecho para dar un concepto, aprovecho para incluirme en esa comunidad, es decir, que me dejen de ver como la profesora porque esa es la percepción que se tiene, sino más bien me vean como un ente que puede orientar diferentes preguntas, que puede interactuar incluso con la comunidad y que puede conocer más. No ser parte de, sino estar al pendiente de cuáles son las necesidades y de saber cómo llegar a la comunidad. Por eso te decía que es importante el trabajo en red porque si bien el Ministerio de Salud tiene todas estas facilidades de decirte haber en la parte psicológica pasa esto, en la parte médica pasa esto, en lo social pasa esto, listo bien, pero también que hacen los diferentes Ministerios. Ministerio de Trabajo a ver qué proyecto podemos elaborar acá que hay desempleo y todos los chicos no tienen que hacer y se dedican al consumo de drogas entonces es un trabajo en red. Pero, sinceramente, quizá solamente eso como un pensar mío, una expectativa muy alta.

E.24: ¿Qué pasa cuando la prevención falla, cuáles son las alternativas que hay?

P4.24: Que pasa cuando la prevención falla, obviamente hay trastornos por consumo de sustancias, pero no te entiendo a qué te refieres con las alternativas.

E.25: Es decir, ¿cuándo podemos decir que la prevención ha fallado?

P4.25: Cuando aparece ya la patología, cuando está presente el hecho de que hay hogares con padres alcohólicos, hijos alcohólicos y los hijos de los hijos alcohólicos. Se mantiene un círculo en donde la familia se ve afectada, familia primaria entonces ahí podemos ver claro, cómo ha fallado la prevención. No se pudo hacer nada en el pasado por el padre, no se puede hacer nada en el presente y, mucho menos, se podrá hacer algo por el futuro.

E.26: ¿Cuál crees tú que la relación que hay entre prevención y tratamiento?

P4.26: A ver yo pienso que, en prevención tú tomas a los niños y adolescentes y los sensibilizas o los preparas para tomar decisiones desde el manejo de sus emociones y el cuidado de su estabilidad mental. Ahora en tratamiento, totalmente diferente porque ya tienes una patología al frente y tienes que tratar para que no siga expandiéndose o agravándose, siendo síntomas de gravedad clínica y ahí podría entrar la prevención quizá a un suicidio, quizá la prevención a algo mucho más grave.

E.27: O sea, no sé si entendí bien, ¿pero el tratamiento tendría también una dimensión preventiva?

P4.27: Claro, verás digamos que entra una persona con un trastorno de consumo de cocaína bastante serio entonces es tan fuerte el consumo de cocaína que también tiene ideas autolíticas, entonces que nos toca hacer ahí, tatar la dependencia de cocaína y a parte ir previniendo para que no pase a una abstinencia con psicosis o que no pasemos a un suicidio. Entonces la verdad si es bastante complejo el tema de las adicciones, como te decía, muchos ejes que cuidar, no te

puedes quedar solo con el tratamiento porque sería ponerle en riesgo a tu paciente. Tienes que de ley estar previniendo lo que va a pasar.

E.28: Cerramos esta sección y pasamos a lo que viene siendo, reducción de daños. **¿Qué es para ti la reducción de daños asociado al tema del consumo de las drogas?**

P4.28: Bueno para mí, la reducción de daños es cuando el paciente, por ejemplo, por consumo de heroína él no quiere dejar de consumir ya, hay muchas personas que no desean, hay un bagaje totalmente extenso de las personas que, si desean tener tratamiento y dejar de consumir, pero otras no. Lo que tú tienes que hacer acá, es la reducción de daños que sería, por ejemplo, el tener diferentes cuidados para no contagiarse con enfermedades de transmisión sexual, el no tener otro tipo de enfermedades contagiosas o infecciosas, el que pueda reciclar y usar nuevos instrumentos para el consumo. De alguna manera, poder cuidar de la persona en la medida o en el grado que la persona también permita porque tú no puedes invadir un espacio donde la persona no te permita.

E.29: **¿Cuál crees tú que es el rol que desempeña la reducción de daños dentro de los servicios que oferta el Ministerio de Salud?**

P4.29: Bueno como te digo, yo recién estoy acá un mes y a mí me gusta mucho leer y tratar un poquito de informarme, pero hasta ahorita no veo nada acerca de reducción de daños. No sé si es porque voy un mes y todavía no encuentro ese punto o si no existe, no te puedo dar un testimonio fielmente. Mi apreciación es esa y la lectura que he hecho sobre América Latina, totalmente es un concepto muy nuevo y, por ejemplo, tener esquemas, tener un protocolo acerca de la reducción de daños, no la hallo todavía. No sé si no lo he buscado bien, pero no la hallo todavía a nivel de Latinoamérica. Creo también que es por este consumo, por el tipo de consumo que nosotros manejamos acá.

E.30: **¿Cómo se hace la reducción de daños?**

P4.30: Bueno primero, o sea yo aprendí desde el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente, entonces depende muchísimo del estadio en el que se encuentre la persona y partes con el análisis, partes con el diagnóstico, partes desde si hay predisposición y voluntariedad de la persona entonces vas a ir logrando, sino hay aquello, te toca realizar reducción de daños, evaluar qué tipo de sustancia es la que está consumiendo realmente, evaluar si hay apoyo familiar, si tiene algún soporte amigo o familiar, cómo esté lo económico, con quién vive etc. Si está tomando otro tipo de medicación e ir filtrando cual es el panorama del paciente, para que tú vayas induciéndole a la persona a tener, no sé si te funciona la entrevista motivacional, para que puedas hacerle la reducción de riesgos.

E.31: No sé si entendí bien ¿pero, tú me dices que la reducción de daños es un proceso individual o podría hablarse de reducción de daños a nivel colectivo?

P4.31 : Mas que todo, se debería ver la condición de cada uno de los pacientes porque, por ejemplo, reducción de daños yo leía que tú puedes como profesional acudir a los lugares donde las personas están consumiendo porque no te van a ir al consultorio. Tú llevas tu equipo, llevas las cosas e intervienes en la persona o en la comunidad.

E.32: **¿Cuál crees que es la relación entre reducción de daños y tratamientos? ¿están relacionadas de alguna manera o no?**

P4.32: Desde mi punto de vista de ley, es un tipo de tratamiento porque no hacer nada sería una diferencia, pero creo que con las personas que no aceptan un proceso de cambio, el tratamiento para ellos sería esto, el tener conciencia. Y estaba por ahí también viendo que cuando hay este cuidado de otra persona a largo plazo, las personas que no desean recibir esta atención van enganchándose en un proceso de tratamiento como el que normalmente se conoce. La reducción de daños para mí sería una forma de tratamiento.

E.33: Bueno, con eso terminamos las preguntas que teníamos preparadas como parte del

cuestionario, solo nos restaría abrir un espacio para que puedas complementar alguna respuesta o idea que creas que haya quedado pendiente, o también abrir un espacio para algún comentario final.

P4.33: Estaba un poquito tratando de analizar las preguntas mientras te respondía y me llama la atención esto de, cómo ves desde ti entonces me ponías un poco en jaque porque no sabía si ponerme de un lado de profesional o ponerme de persona común y corriente. Ahí tuve un poco de dificultad, pero siento que es como muy enfocado a la construcción que hacemos la sociedad. Me parece muy interesante el hecho de a ver, porque yo les veo así a las drogas y las otras personas dicen no, es que la droga es mala, pero en cambio yo veo desde otra dimensión entonces como que se queda un poco en mí esa interrogante, de que poderosa es la cognición y sobre todo, esa influencia colectiva. Las representaciones colectivas primero y luego las representaciones sociales.

Participante 5

Entrevistador: Nos encontramos con nuestra participante 5, ella pertenece al Distrito 6. Ella previamente ha sido informada respecto a las garantías de anonimato y confidencialidad que manejará la investigación. De todas maneras, me gustaría ratificar contigo, ¿estás de acuerdo con que se grabe esta entrevista?

Participante 5: Si, no hay problema.

Entrevistador: Bien, gracias. Vamos a ir directamente a las preguntas. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el Ministerio de Salud Pública?

P5: 4 años y algunos meses más.

Entrevistador: ¿Cuál es tu experiencia laboral total?

P5: Más o menos 11 años. Los últimos 6 años he trabajado en el sector público, he pasado por el Ministerio de Justicia, el de Educación y el de Salud. Anteriormente, trabajaba en fundaciones una de ellas fue Superar y otras han sido, incluso, de docente parvularia.

Entrevistador: ¿Cuál es tu formación académica?

P2: Soy psicóloga infantil y psicorehabilitadora. Ahora tengo una maestría en Sociología con mención en “Género y desarrollo.”

Entrevistador: ¿Cuántos años tienes?

P2: 37 años.

Entrevistador: ¿En dónde te graduaste y en dónde recibiste tu maestría?

P2: Me gradué en la Universidad Central del Ecuador y la maestría fue en Flacso.

Esta pequeña introducción nos permite pasar directamente a algunos saberes relacionados en torno a las drogas.

¿Para ti, qué son las drogas?

Las drogas son toda sustancia lícita o ilícita que producen cambios en nuestro cerebro. Cambios, obviamente químicos pueden ser, porque así sean drogas naturales como, por ejemplo, la marihuana va a producir cambios y que pueden ser pasajeros o a largo plazo en el cerebro de una persona.

¿Qué drogas existen?

A ver tengo entendido, que hay las drogas lícitas e ilícitas. Las drogas lícitas son las drogas permitidas como todas las ventas de medicamentos que son como el ibuprofeno, el paracetamol y todos los medicamentos que son para el tema de salud y también están el alcohol y el tabaco. Y las ilícitas vienen a ser las que no están admitidas para el consumo dentro de algunos países como la marihuana, la cocaína etc. De ahí vienen los alucinógenos, los opiáceos dentro de otras clasificaciones, de las que puedo recordar, porque no domino con todos los nombres el listado del tipo de drogas, pero recuerdo que hay unas que te bajan todo el nivel cognitivo y otras que nos ponen super eufóricos. Los nombres como tal, no recuerdo porque mi fuerte no es en el

tema de drogas.

¿Qué efectos producen las drogas?

A ver, los efectos obviamente, yo considero que son 100% negativos obviamente las drogas prohibidas, aunque también las que son aceptadas porque está el consumo de alcohol. Son drogas que a corto, mediano y largo plazo producen daños que muchas veces pueden ser irreversibles para las personas. Daños cognitivos, pérdida de la atención y la conciencia, pérdida incluso de la orientación, en consumos mucho más graves. Incluso, yo he llegado a ver casos en los cuales ya se produce una suerte de retraso mental porque ya no están ubicados en tiempo, espacio y en nada, e incluso, también he podido identificar acá en el centro en los consumos de drogas muy fuerte, el consumo de inhalantes y etc., producen trastornos esquizofrénicos, eso es lo que podemos ver, trastornos bipolares, ansiedad y depresión profunda. Realmente en el tema de consumo de drogas hay múltiples consecuencias. Puede haber consecuencias desde muy leves hasta muy graves.

¿Cuáles son los principales riesgos asociados al consumo de estas drogas?

En los jóvenes, yo he podido evidenciar que los daños más graves, si vienen a ser a nivel cognitivo. El problema a nivel de atención, memoria y aprendizaje es gravísimo, o sea cuando el consumo ya es fuerte si hay un deterioro irreversible, se podría decir. Por eso es que ya se pierden, como te decía, en tiempo, espacio y todo. En consumos leves de marihuana lo que más he podido observar es en cambios de conducta o un trastorno de conducta y también en el aprendizaje y la memoria. Por eso viene a ser una de las causas principales, la deserción escolar porque ya obviamente viene a perder en temas de atención, aunque muchos de ellos piensan que es al revés, que eso los hace estar más concentrados y atentos, si bien es cierto capto mejor, pero cuando ya se deja de consumir obviamente es todo lo contrario entonces que viene ahí, ya viene la adicción. Es como está cuestión de que piensan que la marihuana los hace estar más atentos e inspirados, pero los riesgos psicosociales pueden ser, incluso, familiar. Es bastante alto el riesgo de la pérdida de familia porque esto no es lastimosamente solo para el individuo que consume, sino también hay un daño a nivel familiar o general. O sea, eso es lo que yo he podido ver, es un riesgo psicosocial muy grave además de que también puede ser un causante muy grave de pobreza extrema que lleva, incluso, a la mendicidad.

¿Cómo entiendes tú la imagen del consumidor, es decir, quiénes consumen drogas?

Si hablamos a nivel socioeconómico, creo que cualquier persona, yo creo que el tipo de droga que empieza a consumir, las personas de bajo nivel económico y de alto eso es lo que llega a variar, de lo que yo he podido ver. Claro que los casos de clases sociales altas, obviamente, he tratado muy poco, como sabes al sector público quienes vienen son personas de recursos medio bajo y bajos. Y, o sea ahí si hay un consumo digamos que viene a ser una especie de moda en los chicos. Empieza el consumo desde muy joven y ya se vuelve una adicción entre los jóvenes, por ello ya de adultos presentan daños irreversibles. Pero, yo te diría que está presente en todos los niveles de medios sociales y que también tiene ciertos rasgos de personalidad. Tú sabes que los rasgos de personalidades adictivas, o sea que son fácilmente influenciable, tiene mayor riesgo además del factor que hay jóvenes que comparten muy poco tiempo en familia, que tiene mayor libertad en cuanto a salidas y también he podido ver que en chicos que les exigen mucho, ellos empiezan a consumir con sus amigos. Considero que hay un tipo de personalidad, e incluso, de genética que hace que tú desarrolles este tipo de consumos, pero el ambiente social también influye mucho en el consumo, pero creo que los jóvenes de más alto riesgo son los jóvenes entre 16 a 21 años y menores también, pero ahí si te dijera de personas de recursos de medios a bajos.

Entrevistador: Ahora, vamos a hablar un poco acerca de los usos personales.

¿Cuáles son las drogas más comunes en tu entorno social, familiar o laboral?

El alcohol y el tabaco, en el tema de otras, no. En mí, en mi familia y en mis amigos actualmente no. Te podría decir que el alcohol y el tabaco en menos riesgo porque es un tema social.

¿Has tenido tú alguna experiencia directa o indirecta con alguna de estas drogas?

Si, obviamente, en la época del colegio y la universidad si, más alcance al alcohol y al tabaco. A otras drogas, te podría decir que la marihuana, alguna vez probamos, pero realmente a mí nunca me gustó nada de esto, yo no tenía la sensación que mis amigos decían. El único efecto que tenía era como una sensación de relajación corporal porque hasta es horrible la sensación de ardor que te queda en la garganta. De ahí claro, en las fiestas me han ofrecido hasta cocaína, pero no, ni por curiosidad. Si tengo amigos que consumen marihuana hasta tienen sus propias plantaciones, ellos ya le ven al consumo como un consumo medicinal. Varios amigos ya tienen como hasta empresas, pero a mí nunca me llamó la atención en cuanto al consumo de otras drogas.

¿Cómo describirías tú la experiencia con el alcohol y el tabaco?

O sea bueno que te podría decir, en la universidad si fue o sea como que chuta, si había veces en las que no entrábamos ni a clases por ponernos a beber. O sea, en la U creo que todos mis compañeros si eran bien borrachos entonces obviamente si se consumía, vos sabes en la Central y por ahí que había las huecas cerca de la facultad entonces en mi tiempo si era bastante común ver esto del consumo de alcohol en las fiestas. Ahora cuando ya uno es más grande, yo sí pienso como a veces nos poníamos en riesgo por beber en la piletta de la Central hasta tipo una o dos de la mañana y ahí, dale bebiendo con los panas en ese entonces, pero ahí si te puedo decir que era menos peligroso que ahora, nos quedábamos hasta la madrugada, incluso, con la guitarra y luego ya venían los papás a sacarnos de las orejas. Si te podría decir que si había un alto grado de consumo en los primeros tres años de universidad. El tabaco como que en mi caso era muy social, o sea no me gustaba mucho, o sea yo no era de las que salía de clases a fumarme mi tabaco y si tenía varios compañeros que hacían eso, casi todos mis amigos salían de la hora de clase a fumar un tabaco, pero yo si no, mi consumo era más en fiestas. Claro y esto si es como decían antes “si bebes, fumas” claro porque si tomabas también fumabas en las fiestas y esta si es una realidad. Ahora si ya anda, creo que fue mucho en la universidad, ahora es una copita de vino, pero muy muy leve. En el cole te puedo decir que también había, pero yo no bebía porque no me gustaba, pero mis amigos de 15 años si tomaban. Yo cuando comencé con el consumo del alcohol fue a los 19 años, o sea ya en U. Es triste como ver como se normaliza esto del consumo del alcohol y el tabaco hasta ahora.

¿Cuál crees que sea el primer aspecto que se debe tomar en cuenta para consumir drogas?

Yo creo que, para quienes piensan empezar a consumir porque quieren, primero es super importante saber las consecuencias si es que sobrepaso el límite de consumo porque yo creo que, tú sabes que lo malo no es consumir, sino el exceso de consumo. Si fumo un tabaco muy rara vez los daños no son tan graves como si fumas 2 o 3 diarios igual el alcohol, yo creo que el consumo acá en el Ecuador es muy diferente, es a lo salvaje, o bebes hasta hacerte leña o sino no bebes y claro si no bebes así, eres aburrido. Ahora que uno es más grande cuando te dicen “ahora ya no bebe, que bestia como has cambiado” te das cuenta que te digan eso cuando eres más pelado eso si influye bastante. Pienso que lo que los jóvenes deben tomar en cuenta es saber la realidad de las consecuencias del consumo del tabaco y las drogas y, sobre todo saber que hay un límite. Saber decir “ya estoy picado entonces ya no bebo más” por mi bienestar personal o si, incluso, me toca vigilar a mis amigos. Creo que, eso es lo que deben percibir los jóvenes antes de, incluso, tomar en cuenta con quien bebo, eso también considero que ahora es muy importante. Antes en nuestros tiempos, pienso que era más relajado, ahora yo diría que no pueden confiar ni en quien dice ser tu mejor amigo. Entonces yo creo que los jóvenes si deben

ponerse límites, ver con quien se bebe y las consecuencias que se producen a largo plazo por un consumo constante.

Entrevistador: Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos en profesionales de la salud.

¿Cuál crees tú que son las drogas más consumidas por nosotros, es decir, por los profesionales de la salud?

Chuta ahí que te podré decir, conozco muy poca gente que bebe, te podría decir que en nuestro medio solo la cervecita, el tabaco no, te podría decir que al menos en el medio que yo he trabajado no consumen cigarrillo. Lo que, si he visto y te podría decir que algunos profesionales le hacen a la marihuana, si he tenido compañeros que le hacen a la marihuana, compañeros psicólogos eso es bastante común, te podría decir entre los psicólogos y, obviamente, el alcohol o sea la cerveza. Eso podría decirte de lo que yo he visto en mi experiencia de lo que consumen algunos profesionales.

¿Cuáles crees tú que serían las motivaciones para que los profesionales de la salud consuman estas drogas?

Yo creo ya en la edad que estamos ya es una adicción como una necesidad porque el invertir, incluso, en marihuana donde ahora tengo entendido que te cuesta una bolsita unos \$65 dólares, chuta, es porque ya es una adicción porque si yo no la necesito no compro. Entonces ya cuando la necesito ya es algo que me está generando, si bien es cierto, no es una adicción porque no lo hago todos los días, pero yo veo que al menos en tema de marihuana para relajarse lo hacen una vez por semana, quienes yo he conocido, otros si, casi todas las noches. En otros casos como en el tema de cerveza de estas cosas es como más por compartir, tú sabes, así como “vamos al cafecito” también es “vamos a la cervecita”. O sea, es por eso por celebrar un cumpleaños, una fiesta o una copita de vino también es más común de lo que yo he visto. Puede ser social o también porque ya hay una necesidad de por medio.

¿Cuándo y dónde consumen estas drogas los profesionales de la salud?

Yo te podría decir que puede ser ya en los hogares de cada uno, o sea ya al menos entre los profesionales, ya es en sus hogares porque ya vivimos solos, ya estamos en otro espacio, ya no están nuestros papás para estar vigilando entonces yo creo que los espacios son esos y el tema de alcohol, obviamente, los bares y lugares en donde puedes compartir, lugares socialmente aprobados, podríamos decirlos así. Y se consumen los fines de semana, o sea en el tema de alcohol, te podría decir que es más los fines de semana porque obviamente, tú sabes, que es como hasta bastante común que digas “si, el fin de semana me veo con mis amigos o con las personas que yo quiero estar” entonces por eso te digo que es más común los fines de semana.

¿Cómo crees tú que ve la sociedad el consumo de drogas en profesionales de la salud?

Chuta ahí sí, créeme que nunca he preguntado o he escuchado, así como críticas que te podría decir, no lo he escuchado para ser muy honesta, pero claro yo digo desde mi perspectiva, yo digo depende mucho de que puedes hacer, obviamente como psicóloga. Consumo drogas, consumo marihuana, yo pienso, como le explico a un joven o a alguien que no lo haga si yo soy una consumidora o, a su vez, yo puedo defender. O sea, dependiendo de cada profesional, si yo soy neutra, yo podría decir “mira, estas son las consecuencias de lo que tu estás consumiendo”, pero tú sabes que depende mucho de cada profesional y de como se manejen, o sea como se maneja cada uno, no sabes realmente el criterio de cada profesional, como para decirte “si, le van a dar como una buena recomendación para que no consuman y etc.” Si te diría que no sé, la forma directamente de pensar, yo digo por vivir la experiencia y tú por eso puedes ser más claro en las recomendaciones que puedes dar a otras personas, pero yo creo que claro va a depender mucho del criterio de cada profesional para manejarlo de manera neutra o no. De ahí claro, si supiéramos que tal persona es alcohólica no va a estar bien visto y, de hecho, sería criticado o hasta intervenido, tú sabes que incluso aquí, si sabes que alguien

consume esto debería ser apoyado por las autoridades para que pueda salir del problema y si he visto casos que si se han hecho esto. Hay compañeros que, si han sido alcohólicos y han sido intervenidos, incluso, con procesos psiquiátricos, eso he podido ver. O sea, que ya no es como antes que les podían hasta botar, sino que ahora se le ofrece ayuda. Eso he podido ver en el Ministerio de Salud.

Entrevistador: Ahora, vamos a hablar sobre la prevención primaria del consumo de drogas.

¿Qué es para ti la prevención primaria del consumo de drogas?

La prevención primaria viene a ser como antes del consumo obviamente, entonces puede ser, no sé en promoción de la salud quizá, en jóvenes en niños también, informar a la gente desde muy temprano, incluso, para que sepan cuáles son las consecuencias del consumo de drogas. Ese creo que es un paso de la intervención primaria, a nivel familiar, educativo, estatal, incluso.

¿Cuál crees tú que es papel que desempeña la prevención primaria dentro de los servicios del Ministerio de Salud Pública?

Que te diré...la prevención a nivel del Ministerio de Salud Pública está más en los papeles porque de ahí realmente, ver un trabajo preventivo que funcione, yo te podría decir que no hay porque una feria y este tipo de cosas sí, es informativa, pero no hay realmente una intervención. Yo creo que, eso no debería hacer solo el Ministerio de Salud sino también interestatal, o sea que trabajemos todos, si nosotros que tenemos el espacio voy a un colegio y doy charlas, eso yo creo que es lo que más llega y explicarles a los chicos, incluso, mostrarles los componentes y los efectos que producen, o sea capacitarlos de esa forma, e incluso, unirnos. Tristemente la Secretaría de drogas desapareció y supuestamente se fusionó con nosotros, pero yo no he visto ningún trabajo a fondo. De hecho, yo te podría decir al menos en segundos niveles y eso, que tú sabes que se hace más esta prevención en centros de salud, dentro de mis 4 años de experiencia yo no vi una prevención primaria fuerte, más de intervención, o sea ya cuando los chicos son adictos. Prevención, te podría decir para mí, es nula no hay.

¿Cómo se hace prevención dentro del MSP?

He visto que se hace, como te decía, de forma expositora, o sea, a manera de exposiciones-feria, es la única forma que he visto que hacen prevención primaria. Y de ahí creo que, nosotros como individualmente, sí yo obviamente converso con un chico que puede estar metido en eso, hago prevención. Yo, por ejemplo, hacía club de adolescentes, yo en mi club hablaba mucho de ese tema además de los temas de sexualidad que era mi fuerte entonces ahí trabajé mucho el tema de prevención. Yo si creo que, una buena oportunidad ahí puede ser los clubes de adolescentes en el tema de prevención y las ferias que es lo que se hacía.

¿Qué pasa cuando la prevención falla, cuáles son las alternativas que hay?

Pues, ya tenemos las consecuencias, o sea ya el consumo y las adicciones, esas son las consecuencias, ya chicos adictos que tristemente no son pocos sino muchos y adultos que yo te podría decir que, ya no son útiles para la sociedad porque es la realidad, si nosotros no cuidamos a los niños y a los adolescentes, a futuro ya no tendremos buenos adultos. Y ahí viene un costo económico altísimo porque nuestro Estado no aplica en prevención, sino ya en intervención, igual medianamente, porque en lugar de crear centros de rehabilitación porque bueno, ahora ya toca porque ya hay chicos adictos, mujeres y hombres. Si trabajaríamos en el tema de la prevención, el gobierno ahorraría bastantes fondos porque yo en prevención, podría contratar profesionales capacitados e ir a colegios a dar charlas informativas, pero esas en serio, donde los chicos tienen la oportunidad de preguntar y todo. Yo creo que, como no tenemos prevención en estos temas, tenemos consecuencias como los jóvenes que se pierden ya en la adicción y que realmente rescatarlos es más costoso que prevenirlos. Crece la pobreza, yo te podría decir incluso que, hasta la delincuencia porque este también es un riesgo del consumo

de las drogas, que los chicos se vuelvan delincuentes porque ya no tienen dinero para consumir y ahí es cuando ya viene un daño social fuerte. Si previéramos, no tendríamos estas consecuencias tan graves que ahora vive el Ecuador.

¿Cuál crees tú que la relación que hay entre prevención y tratamiento?

Estos términos son distintos porque prevenir es algo que me lleva a antes de y el tratamiento ya es cuando estoy en alguna dificultad y por eso, es que necesito ayuda para poder salir de esto. Digamos que en el tratamiento lo que estamos previniendo es una recaída se podría decir, estaríamos previniendo la continuidad de esto, una recaída y otros daños sociales más grandes. Intervengo con un chico que ya tiene un consumo alto de marihuana, pero que no ha llegado a robar o matar entonces estoy previniendo eso, que el chico no sea una persona que no aporte a la sociedad. Eso creo que es la diferencia, el tratamiento ya es ayudar, sacar, intervenir en todos los aspectos, para que la persona, el individuo pueda salir de ese problema.

¿Cuál crees tú que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención de drogas?

A ver te podría decir que bueno, creo que no solo los jóvenes sino todo el ser humano es mal llevado, o sea es como me prohíben entonces porque me prohíben y eso es lo quiero hacer y buscar, pero en realidad es como me criaron desde muy pequeña. Ahí juega un papel muy importante la familia, incluso, los amigos ahí si el medio social donde crezco entonces ahí es donde vamos formándonos, si esto es prohibido es por alguna razón porque hay consecuencias, entonces yo no lo uso porque sé que no me iría bien, por eso es prohibido. Pero, si no he tenido una formación adecuada, no he tenido padres que han sido amorosos, me he criado solo, etc., todos son factores para que la persona acepte o no acepte las prohibiciones. El tema de la prohibición creo que, si es algo que se necesita, la sociedad necesita reglas y prohibiciones porque de lo contrario nosotros fuéramos; como dicen sin Dios, ni ley. Yo creo que la ley se creó desde varias perspectivas, tristemente esto también influye en las relaciones de poder y todas estas cuestiones obviamente también viene a niveles de cuestionarte “quien lo prohíbe y de donde vienen esas prohibiciones”. Yo te podría decir que algunas prohibiciones son valederas y otras no, por ejemplo, yo te diría, en el tema de la liberación de la marihuana no sé que tan bueno sea en cuanto al manejo de los jóvenes porque claro este dinero ya no sería para el contrabando, sino para el Estado, pero para el beneficio social, yo no veo un beneficio ahí. Sí antes lo hacía a escondidas ahora voy a la tiendita y la compro ahí entonces con esto de la liberación solo surgiría un beneficio económico para el Estado. Por eso digo, las prohibiciones son necesarias, pero depende de cómo nosotros lo percibamos como sociedad y quienes son los que lo prohíben, ahí realmente es un círculo para reflexionar sobre esto de que si las prohibiciones son buenas o no en temas de consumo.

Entrevistador: Cerramos esta sección y pasamos a lo que viene siendo, reducción de daños.

¿Qué es para ti la reducción de daños asociado al tema del consumo de las drogas?

No estoy muy al tanto de lo que significa la reducción de daños, pero de lo poco que he podido escuchar está asociado, como la palabra mismo lo dice, es como tratar de que el impacto que tenga el consumo de drogas en un individuo sea menor cada vez entonces puede ser que esto sea a raíz de los tratamientos y la intervención que se haga con el individuo. A nivel social igual, de regular está cuestión que hablábamos, incluso, de cuales son estas drogas que se están expendiendo y ver la forma de como se maneja porque, incluso, no sé si has escuchado que en EEUU está corriendo una droga bastante curiosa que está matando chicos, o sea ni bien topas, se me fue el nombre, pero es algo como la metanfetamina que es mucho más fuerte, que incluso acercarte a esta droga ya te mata. La reducción de daños va incluida en esto en la regulación, creo yo, en el hecho del poder estatal que controla que se está expandiendo por prevenir en este caso como muertes.

¿Cuál crees tú que es el rol que desempeña la reducción de daños dentro de los servicios que oferta el Ministerio de Salud?

Que te puedo decir, desde mi perspectiva no se trabaja en esta área, si hablamos desde el aspecto del Estado porque el MSP es una entidad que regula por este, entonces te podría decir que yo no veo el trabajo o la intervención en la reducción del daño del consumo de drogas y si es que se lo hace es muy limitado, eso implica que el impacto sea muy bajo. La ayuda la podemos ver en los famosos ambulatorios intensivos, quizá eso puede ser un tema en la reducción de daños porque si tú ves ahí, se hace un trabajo integral con todos y los resultados que yo he podido ver en compañeros o compañeras que trabajan ahí y en grupos, obviamente, en chicos que han salido de ahí, mejoran increíblemente en todos los aspectos. Pero, tú sabes que tristemente, la reducción del gasto a quien impacta, a estas áreas, incluso, hubo el rumor de que iban a quitar los ambulatorios entonces fíjate cuando se trata de austeridad afecta estas áreas que son super necesarias para reducir estos daños. Realmente te puedo decir que a nivel estatal no se hace nada en estos temas, los intereses se desvían a otras áreas. Tu y yo que somos operativos, somos los que nos interesamos por esto y podríamos hacer un cambio, quienes trabajan en la reducción de daños somos nosotros, los operativos, de nosotros depende esto. Yo te puedo decir como individuo como profesional, yo hago reducción de daños porque quiero ver a mi paciente salir, pero de ahí a nivel estatal la preocupación por estos temas es mínima.

¿Cómo se hace la reducción de daños?

Yo creería que la idea está ahí, hay ideas muy buenas, si tú lees los textos de prevención de los embarazos adolescentes y prevención del consumo tú dices “qué maravilla”, o sea es una idea super buena que tú dices “que pena que no se dé”, está solamente en los escritos. Entonces este tema de los ambulatorios debería haber no solo dos, sino cada hospital grande debería tener un ambulatorio, ahí realmente reduciríamos los daños, pero tú sabes que esto implicaría más profesionales capacitados en el consumo de drogas, ese es otro punto. Si tú me pones a mí porque no hay gente que atienda los ambulatorios, yo no sé qué hacer porque yo no estoy capacitada para eso porque queramos o no cada profesional tiene sus limitaciones en algún aspecto, no nos podemos hacer lo sabelotodos porque no es así. Yo creo que, para el tema de la reducción de daños, si debe haber gente que este capacitada sobre todo en el tema de la intervención para que realmente se pueda ayudar. El trabajo que hacen los compañeros en los ambulatorios realmente es muy importante, pero no es muy valorado y por eso no se impulsa más en este tema. Eso te digo, cada hospital debería tener un ambulatorio, pero no solo en la gran ciudad, sino también en las otras ciudades donde también hay un consumo muy elevado. La prevención y la intervención también creo que está dentro de la reducción de riesgos, si prevengo, obviamente, no tengo consumo y se reducen los riesgos. En la intervención, desde mi perspectiva, si el Ministerio le diera más presupuesto a esto de los ambulatorios podría hacer grandes cosas. Lo que debería hacer es fortalecer los ambulatorios y crear otros bajo un análisis para ver en el lugar que sean más útiles y que tenga un alcance a la mayor parte de la sociedad para realmente hacer reducción de daños.

¿Cuál crees que es la relación entre reducción de daños y tratamientos? ¿están relacionadas de alguna manera o no?

Yo creo que, obviamente si lo conceptualizamos, es distinto, pero claro que se lo puede relacionar yo creo que, al ser tratamiento estoy haciendo intervención no solo en el individuo, sino también a nivel familiar y social, obviamente tendré esa posibilidad de reducir daños. En el tratamiento, obviamente, si se lo cumple con éxito creo que, a nivel general si se podría gestar una reducción de daños, incluso, a nivel macro, a nivel social. Un chico que haya salido de drogas ya es un riesgo menos para la sociedad entonces es así, si de cada 10 chicos que ingresan 5 salen del consumo, ya es un nivel muy elevado para reducir el riesgo social porque tú sabes que de lo micro también se ayuda a lo macro, es una realidad inevitable y viceversa.

Comentario final: Más que comentario, felicitarte amigo porque es un tema súper importante que creo que, obviamente se trabaja bastante, pero se hace muy poco eso creo yo. O sea, entonces tu como compañero psicólogo que bien que hayas trabajado en este tema y que realmente puedas provechar espacios como el Ministerio de Salud para poder realmente hacer algo más por prevención sobre todo y ya también como te conviertes en un experto en este tema, obviamente intervenir entonces yo creo y confío en que tú vas a hacer un gran trabajo en este aspecto. Ese creo que es nuestro deber con la sociedad, que el hecho que aprendamos no sea solo para nosotros, sino también para dar a la sociedad porque el Estado no cumple con lo que debería entonces, como te decía, es un tema ya muy individual, realmente ya se convierte en un tema muy de nosotros, muy apartado de lo que el Estado no da y claro si tú haces el bienestar, quien sale es el Ministerio de Salud tristemente, entonces no es así, pero debería ser cada uno. Yo creo que, el hecho de abordar la prevención y el tema de consumo me parece muy bueno.

Participante 6

Entrevistador: Te agradezco mucho por haber aceptado participar en esta entrevista, tú has sido informado previamente de los objetivos y el contexto de la investigación y, también de las garantías de anonimato y confidencialidad que manejará la investigación a través de un documento que te fue socializado. De todas maneras, me gustaría ratificar contigo, ¿estás de acuerdo con que hagamos la entrevista y se grabe la conversación?

Participante 6: Sí perfecto, sí estoy de acuerdo.

Entrevistador: Muy bien, gracias. Vamos a empezar con unos datos de identificación. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el Ministerio de Salud Pública?

P6: Soy psicólogo clínico de formación, dentro del ejercicio ya tengo 11 años y, dentro de la institución del MSP ya voy a 7 años.

Entrevistador: ¿Aparte del MSP en dónde ha sido tu experiencia laboral?

P6: Trabajo en consultoría privada, tengo mi consultorio particular y soy docente hace 6 años atrás en instituciones que prestan servicios de conducción, en este caso escuelas de conducción, entonces he venido desarrollando el papel de instructor de teoría de docente, capacitador y, en algún momento, fui subdirector y director de escuela. Por el momento estoy realizando la docencia en las asignaturas de relaciones humanas y psicológicas aplicadas para la conducción.

Entrevistador: Actualmente, ¿en dónde trabajas?

P6: Estoy trabajando, en el sector privado, en la escuela técnica de conducción Escut y estoy dando mis servicios en el centro de salud de Conocoto que pertenece al distrito 08.

Entrevistador: ¿Tienes algún otro título aparte del de psicólogo clínico?

P6: Tengo dos diplomados en terapia de pareja y otro en psicosexología.

Entrevistador: ¿En dónde te graduaste del pregrado?

P6: En la Universidad Central del Ecuador

Entrevistador: ¿Cuántos años tienes?

P6: Tengo 38 años de edad.

Esta pequeña introducción nos permite pasar directamente a algunos saberes relacionados en torno a las drogas. Básicamente vamos a tener 5 apartados.

¿Para ti, qué son las drogas?

Bueno, milenariamente las drogas se han constituido como un proceso sociocultural, la historia dice que prácticamente nuestros ancestros utilizaban estos medios de medicinas ancestrales a través de todo lo que la Pachamama generaba, con el afán de tener un poco esa conexión espiritual o esa cosmovisión que ellos manejaban para poder entablar una relación afín a lo divino y en ese trance tener relación con los seres del más allá. Ahora con todo un proceso mercantilista y de industrialización, se transformó para sacar provecho y prácticamente se las considera como un problema de salud pública. Entonces obviamente, las drogas vienen a ser lo

que ocasiona problemas en la salud y viene a fragmentar lo que es la sociedad. Científicamente, son sustancias que dañan la parte cerebral y todo el mecanismo fisiológico del cuerpo.

¿Qué drogas existen?

De las que yo he identificado, las más comunes como son; la cocaína, la marihuana, la H, los hongos, alucinógenos, las pastillas, el LSD entre ellas.

¿Qué efectos producen las drogas?

Una alteración del sistema nervioso y, por ende, las consecuencias que acarrea son, por ejemplo, la alteración del estado de ánimo, afectación psicomotriz, alteraciones de pensamiento, alteraciones conductuales, estados emocionales un poco exacerbados. Eso genera el hecho del consumo y abuso de las sustancias psicotrópicas.

¿Cuáles son los principales riesgos que tú asocias con el consumo de estas drogas?

De acuerdo a la experiencia lo que yo he identificado en mis pacientes, es que a largo plazo sufren una afección en la parte cognitiva, o sea hay pérdida de memoria, letargo del pensamiento, hay dificultades en cuanto al proceso cognitivo, dificultades con el tema del raciocinio, problemas neurológicos, incluso, también están asociados a problemas psiquiátricos. Sin embargo, pérdida de la memoria es lo que más he visto yo.

¿Cómo entiendes tú la imagen del consumidor, es decir, quiénes consumen drogas?

Antes se consideraba que eran solamente una población minimizada que carecen de recursos, como los pobres, pero ahora se entiende que es toda persona que mantenga un contacto directo con las sustancias entonces hemos visto gente que tiene dinero que también hace uso de estas sustancias. Entonces toda la población en general que puede estar en contacto directo con las sustancias tiene el riesgo, pueden ser; niños, adultos, adolescentes, personas pobres, personas que tienen alguna capacidad adquisitiva en cuanto a dinero, que se han preparado, académicos, es decir, todos están expuestos.

Entrevistador: Pasamos al siguiente apartado. Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos personales.

¿Cuáles son las drogas más comunes en tu entorno social, familiar o laboral?

A nivel familiar, creo que no tengo ningún familiar que consuma drogas, pero sí podría decir que tengo familiares que tienen problemas con el consumo de alcohol, se podría considerar que son bebedores sociales y el cigarrillo, pero de ahí no he tenido familiares que hayan caído en drogas. Dentro de mi círculo social igual, creo que la mayoría de amistades consumen el alcohol y el cigarrillo, mas no, sustancias psicotrópicas.

¿Has tenido tú alguna experiencia directa o indirecta con alguna de estas drogas, el alcohol o el cigarrillo?

No, ninguna yo nunca he fumado, el alcohol sí, se podría decir que más que bebedor social es más esporádico, al año unas dos o tres veces, pero de ahí no es frecuente el consumo habitual del alcohol. Será por el hecho de que soy deportista, me gusta hacer actividad entonces eso me viene a perjudicar un poco en la salud.

¿Cómo describirías tú la experiencia con el uso del alcohol?

Bueno creo que una de las experiencias un poco desgarradoras, se podría decir terminado la adolescencia e inicios de la adultez, un poco por la cuestión de tener muy amplio el tiempo y un poco ya las cuestiones sociales como; la presión social, el inicio de clases en la universidad entonces mucho se frecuentaba el consumo de alcohol entonces más es por la presión social, creo yo, y eso ha repercutido un poco en la selectividad de los grupos de amistades. He considerado que hay amigos que si valen la pena y amigos que realmente no se les debería

considerar. Derroche de dinero a lo mejor, mal invertido y mal uso del tiempo entonces creo que eso he sacado como la mejor conclusión de aquella época.

¿Cuál crees que sea el primer aspecto que se debe tomar en cuenta para consumir drogas?

Primero creo que una adecuada información y formación, ya que, al tener una adecuada formación e información, se vendría un poco a fortalecer la toma de decisiones, tendríamos una población más prevenida menos riesgo en cuanto a la contaminación y contagio de las drogas como tal. Hemos visto que la población juvenil, han sido el grupo presa fácil para poder anclarles al consumo, entonces consideraría eso.

Entrevistador: Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos en profesionales de la salud.

¿Cuál crees tú que son las drogas más consumidas por nosotros, es decir, por los profesionales de la salud?

Lo que yo he visto es el consumo de tabaco, hay muchos compañeros de trabajo donde yo laboro, usan y son dependientes del uso y consumo del tabaco primero, y después de alcohol que van asociados. En reuniones sociales, la mayoría de los compañeros o compañeras las utilizan. He conocido a dos compañeros que tenían problemas con las drogas, ya no están, pues están en otra institución. Entonces sí, sí he visto dentro de mi círculo laboral este consumo que ha afectado a mis compañeros.

¿Cuáles crees tú que serían las motivaciones para que los profesionales de la salud consuman estas drogas?

Uno de los atenuantes que ocasiona este descontrol o esta falta desmesurada de uso de sustancias es el estilo de vida, entre ellos está; el estrés, la monotonía que hace que tengamos esa relación directa y esa relación de dependencia. Yo tengo una compañera que es enfermera y ella pasa por nuestro servicio a las dos o tres de la tarde para ir a fumar en la terraza, en los espacios libres, entonces está asociado a después del almuerzo, el frío, el estrés, la monotonía, entonces en ese caso vendría a estar asociado a la rutina, la monotonía, el estrés, la carga laboral posiblemente y la falta de buenos hábitos. Entonces eso también hace que caigamos o seamos propensos del consumo.

¿Cuáles son los momentos y los espacios donde los profesionales de la salud hacemos uso de estas drogas?

Yo considero que es antes o después de la jornada porque dentro de una casa de salud es imposible hacerlo porque está prohibido y también sancionado, pero antes de ingresar y después si lo hacen, en el almuerzo también porque veo compañeros que se trasladan a los restaurantes o lo que sea y en ese transcurso es donde aprovechan. Entonces considero que es fuera de la institución o en lugares abiertos donde se puede realmente, en este caso, fumar, lo que más he visto yo.

¿Cómo crees tú que ve la sociedad el consumo de drogas en profesionales de la salud?

Primero, creo que sería contradictorio el hecho de que nosotros promovamos la salud, pero a la vez que nosotros mismos no cuidemos nuestra salud y aparte se ha naturalizado el hecho de que cualquier persona tenga problemas. Yo he visto deportistas, que hacen deporte, pero fuman entonces es algo contradictorio. Se promueve la salud, por un lado, el deporte o algo saludable, pero después de realizar la actividad fuman o ingieren bebidas alcohólicas

Entrevistador: Ahora, vamos a hablar sobre la prevención del consumo de drogas.

¿Qué es para ti la prevención primaria del consumo de drogas?

Estaría relacionado con todas las actividades que estén ligadas al estilo de vida saludable, en este caso el hecho de realizar actividad física, de tener una alimentación saludable, el hecho de tener buenos hábitos, realizar actividades de ocio o de recreación. Si yo apuntaría a eso, a

actividades que generen un buen desarrollo y sean de fácil acceso, incluso, mucho servirá la motivación. Yo soy muy autocrítico, dentro de mi geografía serán unas 10 cuadras en las que hay cuatro canchas de fútbol donde yo decía “que impotencia que las canchas estén descuidadas, que no tengan un buen mantenimiento, una buena iluminación, que no se haga una buena estructuración” y en el mismo sector hay mucha gente alcohólica, mucha gente que tiene esos problemas de adicción entonces mira como es tan contradictorio tantas cosas, que pudiendo arreglar los espacios, se podría prevenir a través del ejercicio y de actividades físicas. Parques que deberían ser rediseñados como en otros países donde se da mucha prioridad y mucha inversión, se les rescata muchísimo la salud en cuanto a la parte del deporte. Entonces todo está relacionado, yo como profesional al practicar deporte y ser un amante de este, recomiendo mucho a mis pacientes el ejercicio y el deporte. Esto me ha ayudado a mí muchísimo, en el plano de la salud y también en la cuestión emocional.

¿Cuál crees tú que es papel que desempeña la prevención primaria dentro de los servicios del Ministerio de Salud Pública?

Uno de los papeles fundamentales es erradicar todo tipo de consumo también sería ofertar los servicios con los que el Ministerio cuenta, como son los ambulatorios intensivos, la unidad de permanencia y recuperación llamado también CETAD, la adherencia al tratamiento de los profesionales porque está ligado también al estilo de vida, sobre todo al desarrollo de vida de las personas que están dentro del consumo. Hay otras personas que están quebrantadas, que tienen muchas crisis, incluso, han tenido problemas de base que no han sido solucionados. Nosotros como profesionales lo que hacemos es brindarles el servicio integral de salud y poder recuperarles también, lamentablemente no se recupera al 100%, pero por los menos a ese mínimo porcentaje que podemos ayudarles, rescatarles o brindarles un adecuado servicio, pues son ellos los beneficiados.

¿Cuál es la importancia que se le da a la prevención dentro de los servicios del MSP?

Te comento que ha habido algunos nudos críticos por el hecho de falta de espacios físicos, deficientes estructuras, a lo mejor no contar con todo lo necesario para el servicio a personas que tienen problemas de consumo, amerita tener todo un programa, toda una infraestructura adecuada, los profesionales del caso para poder tratar también y a veces, centralizar o realizar todas esas unidades o que se repliquen la mayoría de las unidades. Es complicado, es complejo entonces hemos visto que las unidades que tienen en todo el equipo complementario son mínimas en nuestro sector y más aún, imagínate haciendo una investigación macro en todo el Ecuador y en todas las provincias, es complicadísimo el tema, pero es la falta de recursos económicos porque políticas públicas ya las hay, pero es la falta económica de recursos y el talento humano que también necesitamos.

¿Cómo se hace prevención?

Una con el ejemplo, dos cumpliendo las políticas públicas que hay, tres efectivizando los recursos, el hecho de que podamos tener todo lo necesario en un solo lugar y que existan más lugares de recuperación porque no los hay. Ahora la empresa privada es la que se lleva los créditos y ahí también ya es a modo crítico porque hay empresas o instituciones donde te dan un buen servicio, pero hay otras instituciones que no cuentan con los servicios que necesitan tener.

¿Cuáles crees que son las alternativas si la prevención falla?

Uno sería la parte de educación, tiene mucho que ver que el Ministerio de Educación tenga una notable participación, que sea protagónico en la formación desde muy temprana edad, no está de más, pero también es un problema de salud pública, se podría decir. El hecho de que a los chicos se les eduque a tan corta edad, que nos den el espacio para nosotros también poder llegar con temas de actividades en cuanto a la prevención de drogas y lo mismo es la educación

vial, no tenemos un buen sistema, tenemos a lo mejor leyes, pero falta educar a nuestra población. Si se inicia con niños de seis años, llegarán a graduarse a los 16 años, pero ya con otra mentalidad, serán ciudadanos más participativos. Igual la participación de los padres en talleres específicos para prevenir aquello. A lo mejor cambiar ciertas políticas que necesitamos cambiar, en cuanto a la regularización de algunos temas que son neurálgicos o importantes en el tema legal o penal.

¿Prevención y tratamiento son distintos o son lo mismo?

Si, de hecho, son diferentes porque el uno trata de prevenir que se suceda una enfermedad y la otra en cambio es curar, es tratar que la enfermedad no siga apareciendo, pero están relacionadas entonces sí, tiene mucho que ver con la parte de la dinámica profesional y evidentemente esto ha hecho que las necesidades tengan un nivel social. Siguen apareciendo más profesionales en el tema, que sigan existiendo más lugares que presten servicios para poder ayudar como un punto de contingencia justamente con el grupo que tiene problemas en las adicciones.

¿Cuál crees tú que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención de drogas?

Si es complejo también porque el hecho de tener un sistema legal que te prohíba, hace que la persona no respete la ley y, por otra parte, trate de consumirlo por la ilegalidad y eso ha sido la raíz de la problemática social entonces muchas de las sustancias prohibidas se consumen. A diferencia de las que aparentemente son legales, yo estoy en desacuerdo en este tema, yo no comparto el hecho de que se legalice el hecho del consumo, pero sí tiene mucha relación y conflictividad a nivel social también es por eso que ahora se están analizando los marcos para poder regularizar mejor, sobre todo la legalidad.

¿Qué es para ti la reducción de daños asociado al tema del consumo de las drogas, te es familiar el término?

Honestamente no he leído mucho acerca del tema, pero de lo que puedo interpretar, es el hecho de que trate de buscar ciertos recursos, estudiar y analizar, como representantes de gobierno, para un poco poder reducir, pero a la larga yo considero que no creo que se reduzca y eso es un problema arraigado y aferrado netamente al ADN social y quitar eso de raíz con una ley o con ciertos análisis es complicado. Ahora deberíamos enfocarnos netamente en la población infantil, tratar de buscar todos esos recursos para potencializar y mejorar los estilos de vida, como te dije, porque son redes que van conectadas con la misma realidad. Si no tenemos recursos, si no tenemos una sociedad en condiciones equiparadas, si no tenemos a lo mejor el acceso a una buena educación o a un buen sistema de salud. Todo este proceso, toda esta cadena que vendríamos realizando cae, entonces tendríamos unos 15 o 20 años más luchando con este tema del consumo y no ha mejorado para nada. Entonces por un lado, estaríamos los que defendemos esto de la legalidad y, por otro lado, estarían otros tratando a las personas que han caído en el tema de las adicciones.

¿Tú crees que dentro del MSP se hace reducción de daños?

Considero que sí, porque al ser una entidad pública, al tener esa representatividad del gobierno, del Estado, lo que se buscan por medio de nuestros superiores es tratar de mermar cualquier impacto, cualquier problema que genere daño sobre todo en la salud y eso amerita que otras instituciones que están también aledañas, se inserten también, por así decirlo, en los programas pueden ser redes de apoyo a nivel gubernamental o estatal con el afán de ayudarnos como la secretaria de drogas. Ministerio de deporte, ministerio de educación que también son hilos conductores de todos estos programas, pero nos falta bastantísimo para poder realizar programas que generen la magnitud y el impacto, sobre todo para el cambio de la sociedad.

¿Cómo se debería hacer reducción de daños asociado al tema de las drogas?

Consideraría, que reducción de daños, el hecho de ponerles el ejemplo como institución de salud poder ayudar la condición de vida, es decir, el estado pleno de salud. Si a lo mejor alguien está dañando, tratar de brindar todo nuestro contingente en tema integral de salud para poderles salvar o poderles recuperar. En el tema legal buscar las mejores leyes, estructurar algunas cuestiones del sistema legal para poder también sancionar a las personas que están en el plano superior, donde también son los proveedores los que original este caos social entonces considero que la mejor forma es analizar las cuestiones de reducción de daños.

¿Reducción de daños y tratamiento son distintas? ¿se los puede relacionar?

Si, la reducción de daños está inmersa en la recuperación de salud, considero que si está relacionado con el tema de la recuperación.

Entrevistador: Bueno con eso hemos concluido el cuestionario que teníamos preparado. Ahorita me restaría, abrir un espacio más, tal vez para alguna idea que tú desees completar o alguna respuesta que te gustaría detallar o profundizar o, simplemente, abrir un espacio para un comentario final tuyo.

Comentario final: El hecho de que todas las instituciones que son representantes del Estado, tengan la oportunidad de poder generar o desarrollar espacios donde las futuras generaciones y las generaciones que están cursando, tengan esos espacios para generar cambios, que nosotros como profesionales tengamos todo ese compromiso leal, mas no por la institución que representamos, sino por el hecho de tener esa ética, esa convicción y sobre todo ese valor profesional, que uno debe tener, porque hay un plus que manejas, el que te hace diferente para brindar una adecuada atención a nuestros pacientitos o hacia nuestros usuarios. El deporte es de los mejores pretextos o justificaciones para poder tener una adecuada salud, que viene con los hábitos alimenticios y todo lo que es vivir. Que tengamos mayor compromiso para ayudar a las personas que han sido afectadas.

Participante 7

Entrevistador: Te agradezco mucho por haber aceptado participar en esta entrevista, previamente ya ha sido socializado el acuerdo de confidencialidad entonces solo para que quede constancia en la grabación, ¿das tu aprobación para que se grabe la conversación?

Participante 7: Sí es correcto, le doy la autorización para que la pueda grabar.

Entrevistador: Muchas gracias. Vamos a iniciar con unos datos de identificación. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el Ministerio de Salud Pública?

P7: Yo trabajo 7 años en el MSP en las unidades de salud de atención primaria, en el centro de salud de Conocoto, en la parroquia de Amaguaña también y también fui un año psicóloga calificadora de discapacidad.

Entrevistador: Actualmente, ¿en dónde trabaja?

P7: Actualmente, me encuentro trabajando en el centro de salud de la parroquia de Amaguaña, como psicóloga clínica.

Entrevistador: Usted es psicóloga clínica, ¿esa es su formación?

P7: Si, mi formación es psicóloga clínica de la Universidad Central del Ecuador y yo he hecho algunas especializaciones o diplomados aquí mismo en el país de terapias de pareja, psicoterapias individuales, intervenciones en crisis y tengo un máster en psicopedagogía porque esta es una rama que me gusta mucho hacer a mí y también ejerzo en la parte privada.

Entrevistador: ¿Su experiencia solo ha sido en el sector público o también en el sector privado?

P7: Bueno, yo podría decir que tengo experiencia en ambos espacios porque he estado en el sistema de educación un año, posterior a eso... (inaudible).

Esta pequeña introducción nos permite pasar directamente a algunos saberes relacionados en torno a las drogas.

¿Qué son para usted las drogas?

Las drogas son sustancias químicas o toda sustancia que tiene este potencial de alterar el sistema nervioso central. Con ello, lo que el sistema nervioso central abarca como; la conducta, las emociones o pensamientos entonces toda sustancia que altera ese sistema nervioso.

¿Cuál es la clasificación de drogas con la que usted trabaja?

Bueno, dependiendo, nosotros en la parte de salud pública trabajamos con el tema de como estas drogas afectan al sistema nervioso entonces drogas de tipo depresor, de tipo que causan alteración alucinógena o puede haber también en torno a como estas alteran el sistema nervioso, pero obviamente también en primera instancia, tomamos en cuenta las drogas que son legales y aquellas que no son legales por un tema de que siempre estamos orientando a la población. Entonces dependiendo que como estemos interviniendo, vamos compartiendo con la población los tipos de drogas desde la parte que pueden ser legales o ilegales o los tipos que pueden ser clasificadas según su afectación en el sistema nervioso.

Dentro de las drogas principales que existen, ¿cuáles mencionaría usted?

En nuestra comunidad donde trabajamos, tenemos bastante incidencia en el consumo de alcohol, el abuso y la dependencia del alcohol en la comunidad de Amaguaña, por ejemplo, entonces trabajamos bastante con este tema del alcohol y la droga de la marihuana, como una droga que me genera una alteración y está siendo utilizada por los jóvenes, principalmente desde los 10 u 11 años. A partir de esto, también hemos tenido dentro de lo que son las atenciones a personas que acuden por el consumo de tranquilizantes, pastillas para calmar la ansiedad o hipnóticos como pastillas para dormir. Estas son básicamente como las drogas que más hemos visto, drogas depresoras del sistema nervioso central y drogas estimulantes del sistema nervioso central que son las que más se ha visto en las consultas y, en este caso, en la comunidad de Amaguaña que es donde yo laboro.

¿Qué efectos producen las drogas?

Bueno, en general, hemos dicho que afecta al sistema nervioso, por ejemplo, una droga depresora como lo es el alcohol, es una sustancia que tiene en común la capacidad de entorpecer el funcionamiento del cerebro entonces hablamos que esta persona que consume el alcohol tiene desinhibición inicial, donde progresivamente si llega a una etapa de intoxicación, podría llegar incluso hasta un coma. Hemos tenido personas con intoxicación, adormecimiento cerebral, pero en general el alcohol deprime este sistema nervioso y puede generar también consecuencias a mediano y largo plazo. Tenemos pacientes que obviamente bajo los efectos del alcohol también tienen conductas agresivas en la familia, o incluso, conductas tan desinhibidas en las que toman decisiones inadecuadas; cómo manejar tomados y ponerse en peligro. También tenemos grupos de sustancias como son los estimulantes que aceleran el funcionamiento habitual del cerebro y provocan un estado de activación y dificulta, por ejemplo, dormir, se pone la persona más hiperactiva durante el consumo y esto hace que muchas personas al usar estas drogas también generen trastornos obviamente de conducta y trastornos del estado de ánimo.

¿Cuáles son los principales riesgos que usted asocia con el consumo de estas drogas?

Hay algunos riesgos, yo creo que, se podría mirar desde diferentes aristas el tema de salud porque afecta a la salud tanto a corto, mediano y largo plazo dependiendo de la frecuencia y la intensidad del consumo y también tenemos estos efectos psicosociales, donde entra el tema familiar, donde hemos visto que el alcohol está muy asociado a situaciones de violencia intrafamiliar. En nuestra comunidad, por ejemplo, es muy común encontrar familias enteras que consumen alcohol como una forma de vincularse emocionalmente, es decir, ellos en la parroquia beben cierta cantidad de alcohol y es normal en esa familia. Esto ya conlleva una

normalización de la conducta y muchas familias estos aprendizajes de consumo van, de alguna manera, traspasando a la siguiente generación. Esto conlleva a que tenga muchas afecciones como la de conducta y emocionales entonces están asociadas, no decimos que esta es directamente la razón, pero si está asociado a temas de situaciones familiares, temas de violencia, alteración conductual y alteración emocional. Obviamente si esta persona tiene todas estas situaciones también es muy probable que tenga o que haya tenido en algún momento alguna detención o alguna conducta contra la ley que es, por ejemplo, poner en peligro su vida, manejar tomado, poniendo en peligro la vida de otras personas.

¿Cómo entiendes tú la imagen del consumidor, es decir, quiénes consumen drogas?

Bueno realmente es una situación, yo creería, más bien que la imagen que se tiene del consumidor, es una imagen estigmatizada porque estamos a veces metiendo en un mismo saco las características de una persona que no tiene un perfil definido, creería yo, sino más bien depende de muchos factores que le han rodeado y que le han llevado al consumo de cualquiera de estas sustancias. Pero, si podríamos hablar más bien de características de las personas que tiene más factores de riesgo para consumir, serían aquellas que han tenido más antecedentes de consumo en su familia, personas que ya han tenido un consumo inicial, pero que se han mantenido enganchados debido al tema social por querer agradar en el tema social o personas que definitivamente han encontrado en la sustancia una relación afectiva que no encuentra en su relaciones comunes como en su familia, amigos o su círculo. También el tema de encontrar seguridad en la sustancia o ciertas características personales que no tengo y que trato de buscar a través de esa desinhibición o estimulación que me causa cierta droga. Yo hablaría, más bien, de factores de riesgo mas no un perfil o estas personas consumen porque cuando estamos poniendo ese perfil, estamos estigmatizando a la persona. Hemos escuchado en la comunidad “ah, el que se droga es delincuente o el que se droga es malo, es una persona mala” y obviamente desde ahí viene el estigma entonces no creería que hay como un perfil, sino factores de riesgo como los que ya mencioné.

Entrevistador: Pasamos al siguiente apartado. Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos personales.

¿Cuáles son las drogas más comunes en su entorno social, familiar o laboral?

Haber yo creo que también tiene que ver con ciclos de vida, no sé si en algún momento de pronto no voy a negar a mi alrededor, o incluso, yo misma he podido consumir una droga como es el alcohol y en un momento dado donde la tuve cerca como es en la universidad, estoy hablando hace unos 10 o 12 años, pero actualmente no, con conocimiento de todo lo que ocasiona, es muy esporádico ese consumo. A mi alrededor lo que más he podido observar es que puede haber consumo de alcohol. Drogas en sí, no, tal vez el tabaco y hasta cierto punto lo que nos llega a contar como sustancias estimulantes como el café, pero esto no esta previsto que sea una droga como tal, pero si estimula el sistema nervioso. Entonces a mi alrededor tal vez el alcohol, el cigarrillo y el café.

¿Ha tenido alguna experiencia directa o indirecta con alguna de estas drogas?

Solamente con el alcohol, en algún momento de mi vida, tal vez hace algunos años, como te digo, cuando estudiaba o se daba esta situación en reuniones sociales. De ahí el tema del alcohol como acompañante en una celebración para brindar, pero el alcohol en una situación más específica de consumo, no, más bien de este tipo social.

¿Cómo describiría la experiencia con el uso del alcohol?

Siempre ha sido el tema de que es acompañante de celebración, nunca ha sido mucho de mi gusto beber, sin embargo, siempre ha sido acompañante de celebraciones. De pronto tal vez cuando se ha consumido más, es en esta época universitaria donde había mayor influencia. Creo que ahí también eso nos conlleva a pensar en lo que después nosotros observamos en

nuestros pacientes, es que también hay una motivación con respecto a lo que estás viviendo en ese momento. Yo recuerdo, en la época que le comento, había bastante motivación en torno a lo social, sigamos al grupo, vayamos con los compañeros; pero podría decir que es una parte de mi forma de ser, de que evito el exceso. Si ya observaba que había un exceso, yo me retiraba, yo era de esas personas obviamente si había personas que se quedaban, pero yo no. Esa era como la experiencia en esa época, pero actualmente no, lo evito totalmente, más bien diría hace algunos años atrás, ni siquiera es social por mi condición de salud, yo tengo la presión alta, entonces eso hace que evite este consumo por todo lo que conlleva el riesgo a mi salud.

¿Cuál cree usted que sea el primer aspecto que se debe tomar en cuenta para consumir drogas?

Yo creo que, se debe tomar en cuenta el costo-beneficio, yo creo que en el hacer de uno en cuestión profesional, uno va aprendiendo muchas cosas tanto si está escrito en un libro o cuando lo observas a tu alrededor, y después ya lo puedes corroborar con personas que han tenido usos, abusos y dependencias. Yo creo que cada persona podemos mirar el costo-beneficio, a lo que me refiero es a cuánto la droga en ese momento me va a dar y después cuánto me va a quitar. Quitar, en qué sentido, yo les suelo decir a mis pacientes “la factura no se la pasa ahora la droga, posiblemente se la va a pasar después” porque los efectos a mediano y largo plazo, dependiendo de la frecuencia de consumo, aumentan entonces en mi caso, por ejemplo, yo estoy prehipertensa, entonces obviamente no solo he dejado o me da miedo beber, que de hecho no lo he hecho mucho, ni siquiera lo puedo probar porque me da miedo, pero miedo de la factura que me puede pasar el consumo de eso y de muchas otras cosas más que debo privarme por mi condición de salud; sin embargo, tanto en los jóvenes y en los adultos conlleva también una serie de factores protectores. O sea, mirar cuánto tengo yo para decir “no” a esa situación que me puede estar haciendo mucho daño. Hay personas que tal vez no cuentan con esos factores protectores entonces no los toman en cuenta al momento de consumir alguna droga. Pero sería este costo-beneficio de si realmente esto me puede afectar y a qué nivel, dependiendo obviamente de los problemas que tenga y obviamente de los efectos de las drogas.

Entrevistador: Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos en profesionales de la salud.

¿Cuál cree usted que son las drogas más consumidas por nosotros, es decir, por los profesionales de la salud?

Yo creería que muy posiblemente, pueda ser el tema de las pastillas tal vez y depende también, yo creo que del contexto y la profesión. Bueno, aquí yo me acuerdo de algunas cuestiones que me ha tocado vivir, como lo es atender a profesionales de la salud como pacientes donde yo he tenido pacientitos doctores, médicos y enfermeras que en su contexto hospitalario, ellos abusan del tema de consumo de pastillas para dormir porque tienen horarios muy problemáticos, porque hacen turnos o el tema de pastillas para calmarse porque, por ejemplo, en el último año y medio de pandemia tuvieron crisis de angustias y se automedican porque les da temor o vergüenza ir a un psiquiatra o psicólogo. Yo creería que va por el tema de las pastillas y mezclar esto con el alcohol y, también en este espacio podría mencionar, que yo he tenido pacientitos, personales de la salud, que han querido incluso quitarse la vida con barbitúricos o con cierta medicación que ellos conocen que podría ser letal y que ya saben que podían usar. Sobre todo, pacientes que han estado con una afectación emocional muy grave, entonces hay muchos pacientes doctores que mencionan “no, es que nosotros ya sabemos con que podríamos hacernos daño”, entonces resulta como bastante peligroso el tema del uso de la medicación porque tienen puerta abierta a estos medicamentos en los hospitales. Entonces yo creería que podrían ser esto de las pastillas, el alcohol y en situaciones más problemáticas con cuadros emocionales fuertes, el tema de estos barbitúricos o sin receta médica los psicoestimulantes.

¿Cuáles cree usted que serían las motivaciones para que los profesionales de la salud consuman estas drogas?

Bueno yo creo que existe un antes y un después, la pandemia ha marcado o algunas situaciones, pero bueno, en general antes de esta pandemia, la mayoría de los profesionales de la salud consumen drogas por el tema de estrés. Hay bastantes cuestiones de ansiedad derivadas de un estrés crónico, entonces primero pacientes o aquellos compañeros que mencionan que consumen por desestresarse, antes de la pandemia había ese fin de semana donde estoy estresado y consumo para desestresarme, supuestamente un consumo social. Consideraría yo que esto es muy común, sin embargo, digo que hay un antes y un después porque de lo que yo he podido observar, después de esta pandemia y de este proceso largo en donde el personal de salud ya no solo ha estado bajo estrés crónico, sino también bajo situaciones traumatizantes, como es tener que ver morir gente frente a ti, e incluso estar en primera línea en comunidad, mirando situaciones de riesgo psicosocial y social muy alto. Mucho del personal de salud se está automedicando por los cuadros que ha presentado de ansiedad, de depresión, de crisis de pánico en donde muchos compañeros no han podido afrontar que su salud mental se ha afectado. Yo creo que eso es un poco difícil, incluso, en nosotros que trabajamos en salud mental también. Hablo por mi propia experiencia, yo he tenido que acudir a mi terapeuta para poder atender a mis otros pacientes, también por mi salud mental y por mantener mi estabilidad, pero para ciertos compañeros que han caído en crisis ha sido muy difícil afrontarlas y antes que ir al psicólogo han decidido automedicarse y ahí es donde entra este tema de los sedantes y la automedicación de ansiolíticos. Y esto, como no lo estás haciendo bajo la supervisión de un profesional neutral que vea tu cuadro, se te sale de las manos y de ahí recién busco ayuda. Esto es lo que yo he podido observar tanto a nivel público como a nivel privado, que hay esta cuestión de la automedicación en personal de la salud.

¿Cuáles son los momentos y los espacios donde los profesionales de la salud hacemos uso de estas drogas?

De lo que yo he podido observar considero que existe en el tema de salud primaria, es decir, en donde no trabajamos con emergencias ni situaciones tan fuertes, no estamos tan frecuentemente viendo situaciones más traumáticas como cercanas a la muerte, en este primer nivel considero que está el tema del consumo de alcohol, pero en el caso de consumo de esta automedicación, me ha pasado observarla más en médicos y enfermeras que trabajan en segundo y tercer nivel porque ya desarrollaron cuadros específicos, necesidades de atención psiquiátrica, e incluso esto de los intentos autolíticos y suicidios que se han escuchado son de médicos que trabajan en hospitales, donde hay un consumo mayor de estos ansiolíticos, pastillas o sedantes. Eso es lo que yo puedo decir, que en este año no solo he atendido a pacientes de la comunidad, sino también a profesionales, incluso afuera porque yo trabajo afuera, a algunos compañeros de hospitales y especialistas que han necesitado acudir al psicólogo.

¿Cómo cree usted que ve la sociedad el consumo de drogas en profesionales de la salud?

Bueno, yo creo que estamos en una sociedad que ha vivido muchos cambios y eso ha hecho que con ello cambie la imagen del profesional de salud y, obviamente, el personal de salud que antes de esta pandemia era visto como el salvador, el héroe. Eso te dota consciente o inconscientemente de unas características, incluso, divinas como muy perfectas y cuando la sociedad mira que este “héroe” es un humano existe un señalamiento, y yo creo que hay una decepción, entonces es mal visto en mucha gente. Creo que es más mal visto en un profesional de la salud que ha sido mitificado y visto como un héroe, cuando en realidad somos seres humanos y esa imagen de humano frente a otro humano nos quita totalmente este significado de salvación, que no es real, solo que se lo vendió así, entonces la sociedad puede llegar a ser muy dura con el personal de salud que tiene un problema mental, por consiguiente, en este caso

que puede ser un consumo de alcohol o de alguna droga. Esto es lo que hace que muchos profesionales de la salud, no cuenten lo que están pasando o viviendo y queda como última instancia el decir “sí, soy humano y esto me está pasando o afectando”, entonces es bastante duro tanto como para el personal de salud aceptarlo, como para la sociedad mirarlo, es más, ni siquiera se lo ve porque se cree que es el héroe que no sufre y que va a seguir de pie sin romperse.

Entrevistador: Ahora, vamos a hablar sobre la prevención del consumo de drogas.

¿Qué es para usted la prevención primaria del consumo de drogas?

Una prevención primaria está dada en todas las actividades, estrategias o métodos que nosotros hacemos para, de alguna manera, eliminar factores que hagan causar riesgos de consumo en una comunidad. Entonces hablamos de prevención primaria cuando actuamos antes de que este consumo se dé o antes más bien de que la enfermedad, el abuso o la dependencia aparezca. En atención primaria de la salud, la prevención primaria es una de nuestras banderas porque en nuestra comunidad lo que hacemos es prevenir, es constantemente dirigirnos a evitar que aparezca la enfermedad mediante el control de estos factores de riesgo en nuestra comunidad.

¿Cuál crees usted que es papel que desempeña la prevención primaria dentro de los servicios del Ministerio de Salud Pública?

En el caso de nuestro contexto de atención primaria, como digo, es nuestra bandera porque es nuestro rol fundamental prevenir y controlar estos factores que hacen que se pueda poner es riesgo a niños, adolescentes, adultos y a todas las poblaciones de riesgo, mujeres embarazadas, adultos, adultos mayores o personas con discapacidad, que llegue a afectar su salud el consumo de alguna sustancia. En nuestro contexto de atención primaria de salud, esa es nuestra bandera, pero en otros contextos si está inmersa la prevención, pero existen otro tipo de prevenciones; prevención secundaria, que va dirigida a retrasar el progreso de una enfermedad que tiene la persona, y una prevención terciaria que es aquella que se lleva a cabo para prevenir o reducir las complicaciones de lo que ya esa persona padece, que lo haría un CETAD. Entonces sí, la prevención es algo muy importante, pero en atención primaria es nuestra bandera, nosotros prevenimos, es nuestro papel fundamental dentro de la atención primaria, nosotros prevenimos en la comunidad.

¿Cómo se hace prevención, cuáles son las acciones concretas?

Algunas medidas preventivas que realiza el MSP. Existen en diferentes contextos muchas acciones, por ejemplo, la vacunación. En el caso del consumo de drogas, la reducción de factores de riesgo, hablamos de campañas promotoras de hábitos, el contar la verdad sobre las drogas a los grupos que los necesitan como son los jóvenes y adolescentes, promover esta prevención en diferentes actividades integrales con grupos cautivos como lo son un club de adolescentes, un club de mujeres embarazadas, un club de adultos mayores o crónicos. Entonces son todas aquellas actividades que van direccionadas a hacer que estos factores de riesgo se reduzcan, es ubicar en la comunidad un punto rojo de riesgo e intervenir con la charla preventiva, con la actividad social comunitaria, con la visita domiciliaria y obviamente con el acompañamiento de los técnicos promotores de la salud. Este tipo de actividades son las que conllevan a prevenir, capacitar a los actores de la comunidad como lo son los GAD municipales, los profesores de los colegios, los psicólogos de esos colegios para que conozcan sobre el tema y pueden también prevenir dentro de la comunidad.

¿Qué pasa cuando la prevención falla?

Yo consideraría que la prevención no falla, la prevención está hecha para controlar factores de riesgo. Más que hablar de un fallo en la prevención, hablamos de la necesidad de introducir estrategias en los diferentes contextos, para que estos nuevos factores de riesgo –porque siempre está cambiando, la comunidad, la sociedad siempre cambia– para que estos nuevos

factores de riesgo que no se vieron en primera instancia, en esa prevención primaria o que ya estamos en una prevención secundaria porque ya hay una enfermedad, entonces ya podemos trabajarla. Es generar una oportuna intervención de las problemáticas que estamos mirando. Entonces hay que saber que la prevención cuando es primaria es antes de que suceda el problema de salud, pero cuando es secundaria no hablamos de que la primaria ha fallado, sino de que ya encontramos a una persona con un progreso o un inicio de enfermedad o consumo, que consiste en detectar y diagnosticar y todavía ahí estamos haciendo prevención secundaria. Entonces no hablamos de que la prevención falle, sino de que constantemente, dependiendo de la problemática que abordemos, estamos haciendo una prevención diferente, constantemente el servidor de salud está previniendo. Supongamos que no, que ya tienes una persona que no solo inició el consumo, sino que ya tiene una dependencia, un trastorno de consumo de alcohol o de droga, tampoco podemos decir que ya ha fallado la prevención primaria o secundaria. Decimos que ya con esa persona, que tiene esa situación, vamos hacer prevención terciaria porque tenemos que prevenir complicaciones y secuelas de esa enfermedad entonces constantemente, estamos previniendo. La prevención no falla, lo que estamos haciendo constantemente los servidores de salud es mirar el enfoque a través del cual estamos previniendo, y con el caso que tienes adelante. Un ejemplo de ello, es la rehabilitación en comunidad terapéutica que puede recibir una persona que tiene ya dependencia, incluso, en esa rehabilitación estamos previniendo que obviamente esta situación se complique.

¿Cuál cree usted que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención de drogas?

Esa es una buena pregunta porque trae muchas polémicas. Esto del prohibicionismo, y en nuestro país en muchos temas como este, no estamos muy preocupados del efecto que tienen ciertas formas de ver las cosas. Creería yo, incluso, que muchos trabajamos desde una óptica desde hace muchos años, porque el tema prohibicionismo provoca mirar a las drogas solo desde un paradigma legal, como de un paradigma que todo es ilegal y contra la ley, entonces por eso se debe prohibir y dejamos de ver factores muy importantes como son los efectos psicosociales que tiene la droga más allá de ser algo prohibido como tal. Si es que este fuera solo un problema moral o ético, hace mucho tiempo prohibiendo las drogas este problema no crecería simplemente. La historia creo que ha comprobado que prohibir más bien genera lo contrario; que exista en la sociedad mayor estigmatización del tema y no nos deja observar verdaderamente la problemática, en donde el consumo del alcohol y de drogas, que no basta con prohibirlo, en donde la persona y su familia se sienta excluido, porque es tratado como un delincuente y no como una persona que tiene un problema de conducta y emocional. Creo que el prohibicionismo es una visión bastante atrasada, en donde dejamos de ver aspectos psicosociales y donde la persona puede ser tratada como una simple persona infractora y no como una persona que muy verdaderamente tiene un problema de salud. Como define la OMS a la salud, que no solo es una falta de afección física, sino también que se sienta bien psicológicamente, socialmente aceptado, incluso, espiritualmente. Ahí es cuando vemos al prohibicionismo como una visión muy segada que no está viendo al ser humano como un ser biosocial.

Entrevistador: Vamos a cerrar la entrevista, hablando de la reducción de daños asociado al consumo de drogas.

¿Qué es para usted la reducción de daños asociado al tema del consumo de las drogas, está familiarizada con el término?

La reducción de daños si se puede decir conceptual, teóricamente y también en la práctica para quienes la aplicamos con nuestros pacientes en salud, es nuestra línea de trabajo sobre todo en el Ministerio. Hemos querido vender de alguna manera, por decirlo así, contarle a la comunidad que la reducción de daños es lo que óptimamente queremos para que la persona

vaya logrando disminuir el consumo progresivamente y no quitándole de manera abrupta, porque no funciona y eso provoca que estas personas, recaigan con mayor facilidad. El tema de reducción de daños se define como un conjunto de programas, estrategias y planes que van destinadas a disminuir y minimizar las consecuencias adversas que trae el consumo del alcohol y las drogas que le ocasiona a ese individuo y a su familia mucho daño, entonces en esta reducción de daños ingresa el explicarles a las personas, en el contexto que trabajamos de salud, que nuestro afán no es tratarle como una persona que está infringiendo la ley o que está muy enferma, sino que es un ser humano que siente, que tiene una familia y que vive en sociedad, que puede redirigir sus decisiones y rumbo, reduciendo el consumo paulatinamente para intervenir y reducir los daños que no solo le ocasionan a él, sino también a su entorno. También es un tema de conjunto de políticas, de programas que va orientado a los sistemas, a adoptar la reducción de daños en un sistema. De un sistema hablo de encontrar dentro de las vulnerabilidades de la sociedad que me toca analizar cómo puede impulsar eso a nivel de políticas, pero dentro de la parte terapéutica, lo que ya dije hace un momento, ir reduciendo paulatinamente para reducir los efectos de este consumo e ir manejando esto con el individuo y la familia.

¿Cuál cree usted que es el rol de la reducción de daños dentro del MSP?

En este caso, el rol de la reducción de daños es poder hacer una política de enganche, poder captar al paciente, el poder darle la opción integral de mirarse como un ser humano que toma decisiones, que no le doy haciendo ni diciendo las cosas, sino que él puede tomar la decisión de realizar un cambio respecto a lo que está viviendo en su salud y empieza reduciendo poco a poco, porque es un ser humano que siente, que piensa y que toma decisiones. Es como el rol de enlace, le llamamos, de captar al paciente y de darle una opción integral para la problemática del consumo que tiene.

¿Cómo se hace reducción de daños asociado al tema de las drogas?

Los programas de reducción de daños, en este caso, dije al inicio que conceptualmente y teóricamente suena muy bien, pero también dije que en la práctica tal vez pocos la podemos aplicar porque si conlleva el formarnos para poder brindar un adecuado programa de reducción de daños. En el caso del MSP existen algunas limitaciones como lo son el tema tiempo, también existe el tema de los turnos espaciados o la cantidad de personas que se atienden para decir que aplicamos una reducción de daños adecuada; sin embargo, este sí inicia captando al paciente y explicándole cómo funciona el decidir empezar a reducir el consumo y cómo esto implica no solo a su persona sino a la red que lo rodea. Esto empieza con psicoeducación bastante clara, un enganche a un paciente que puede estar, como lo llamamos, en precontemplación y contemplación de un cambio, que son básicamente los pasos de cambio. Estos pasos de cambio, en lo personal, me han servido mucho para la reducción de daños. Es explicarles a los pacientes el modelo de Prochaska, para que puedan entender cómo ellos pueden ir caminando alrededor del cambio. Esto en las primeras cinco sesiones, que sí se logra enganchar a un paciente en el sistema público, y que aprenda y confíe en que la persona le está dando una información clara y precisa, ayuda a motivar bastante en un inicio. Luego ya conlleva a analizar el caso y en los centros de salud, que nosotros atendemos en atención primaria, si el consumo del paciente va más allá de seis meses, obviamente ese paciente va a pasar a un ambulatorio intensivo y allá aplicarán una reducción de daños ya enfocada a la psicoterapia individual y familiar, e incluso, si esa persona ya tuviera un consumo de más de un año ya iría a un internamiento. Pero, en el caso de nuestro papel en atención primaria, sí conlleva el enganche del paciente, el poder hacer psicoeducación clara y empezar a trabajar sobre los pasos de cambio y muchos a engancharse con el siguiente paso, que si es un ambulatorio intensivo puedan ir y, por lo general, suelen ser ahí cuando se cortan los procesos, porque aplicar una reducción de daños es bastante complicado en salud pública, debido a este

tipo de limitaciones que tenemos los profesionales de salud y también el programa en sí, que necesita esa estructuración.

Entrevistador: ¿Se refiere a que sean tratamiento basados en la abstinencia, esa sería la limitante?

P7: Sí, porque muchos compañeros de pronto no entendieron que la reducción de daños es primero enganchar al paciente en enlace para después poderlos valorar y para poderlo remitir a los siguientes pasos, como puede ser un ambulatorio o internamiento. Venderle al paciente en las primeras sesiones, de alguna manera, decirle que no solo dejar de consumir es reducción de daños, pero hacer reducción de daños a través de un proceso donde se le explica las etapas de cambio y él se ubica en qué etapa de cambio está, eso a veces conlleva cuatro o cinco sesiones, y eso a veces se establece como una limitante de tiempo y ahí es cuando se corta el proceso de enganche en la atención primaria. Entonces ha habido muchos casos, hablo desde lo personal, en donde enganché al paciente, lo ubiqué en una etapa de cambio y cuando le tocó ir al ambulatorio intensivo ya no regresó, ya no alcanzó o recayó. Ahí decimos que el paciente se quedó iniciado porque la labor en los centros de atención primaria no es hacer la terapia, no vamos a poder hacerlo ni si quiera por la cantidad de turnos que nos dan. Es por ello que cuando ya hacemos el enganche, muchas veces el paciente ya no asiste al ambulatorio o internamiento donde fue remitido porque se cortó esa motivación.

¿Reducción de daños y tratamiento son distintas? ¿Se los puede relacionar?

Para mí es parte de un todo. Para el tema de intervenir en un caso de consumo tiene que ser integral e interdisciplinario, y solo con el hecho de que te topes con un psicólogo que te habla de reducción de daños, y luego con un médico, que te habla de abstinencia, se cortó el proceso, por ejemplo. No digo que los médicos hagan eso, pero hablo de si se diera de esa manera porque sí hay muchos compañeros que entienden la reducción de daños. A esto se le ve como algo separado, pero yo considero que es algo continuo, si yo le hago enlace y hablo de reducción de daños, le ubico en un proceso de cambio, se motiva el paciente y quiere hacer la reducción de daños, empieza a hacerla y le va bien, pero luego va a un tema de tratamiento tanto a nivel medicamentoso, a nivel psiquiátrico o en medicina general y ya van a otros compañeros psicólogos para un ambulatorio intensivo y ya no hablamos en la misma línea, se confundió el paciente y prefiere un grupo de autoayuda y después recae. Yo consideraría que es un continuo, pero lastimosamente solo se queda en lo conceptual y no se hace en la práctica por el sistema.

Entrevistador: Si nosotros pensamos en el tratamiento y en este enganche que hace la reducción de daños y entendiendo como en un continuo la prevención, la reducción y el tratamiento, ¿usted considera que el fin último del tratamiento debe ser que el paciente deje de consumir?

P7: No considero que sea un fin último, sino que es el resultado de un trabajo, pero yo creo que no debe tener un fin porque debe seguir en un continuo, si ese paciente recibe atención en un CETAD del Ministerio y logró dejar consumir, y regresa a la comunidad, mi labor como psicólogo en atención primaria es hacer seguimiento a ese paciente. Pero el modelo de la reducción de daños dice que la recaída es parte del proceso y eso nadie lo menciona, entonces es un poco complicado. Recaer no es que el tratamiento ha fallado, sino que hay que mirar lo que pasó esta vez y volver a trabajar sobre eso. Por eso dicen que es un poco frustrante trabajar con drogas, porque es un proceso que parece nunca acabar porque estás trabajando muchos factores, entonces el fin último no es que deje de consumir. El fin último es el crecimiento personal de ese ser humano, si ese paciente regresó a la comunidad, debe tener el seguimiento necesario para saber que él se sigue sintiendo bien consigo mismo. No existe el hecho de un fin, porque si no estuviésemos aceptando que, si el paciente no aprovecho el tratamiento y recae, falló todo. El fin último es un ser humano integral que pueda vivir y se autocontrole en la sociedad que pueda ser funcional. Sin embargo, si es bastante complejo hablar de un fin

último en este tema.

Entrevistador: Bueno, con eso hemos concluido el cuestionario, ahorita me restaría, abrir un espacio más tal vez para alguna idea que usted desee completar o alguna respuesta que le gustaría detallar o profundizar o un comentario final.

Comentario final: Mi comentario final es que esto jamás termina, o sea que este tema jamás dejará de ser estudiado porque somos seres humanos y los seres humanos siempre cambian igual que la sociedad, pero no sé cómo un ideal tal vez, que la salud pública en algún momento pueda establecer un flujograma adecuado para la persona que consume y que tiene muchas dificultades. Que se logre en algún momento de verdad, interconectar atención primaria, secundaria y terciaria de salud, poder rehabilitar de verdad este problema de salud en nuestro país, sociedad y, sobre todo, en nuestras comunidades.

Participante 8

Entrevistador: Te agradezco mucho por haber aceptado participar en esta entrevista, ya se ha sido socializado el acuerdo de confidencialidad entonces solo para que quede constancia en la grabación, ¿estás de acuerdo con que se grabe esta conversación?

Participante 8: Si, si estoy de acuerdo.

Entrevistador: Muchas gracias. Vamos a iniciar con unos datos de identificación. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el Ministerio de Salud Pública?

P8: En el Ministerio ya estoy trabajando 5 años aproximadamente.

Entrevistador: ¿Cuál es tu experiencia laboral total?

P8: Ya tengo más de 20 años de experiencia.

Entrevistador: ¿En dónde te graduaste?

P8: En la Universidad Central del Ecuador.

Entrevistador: ¿Cuántos años tienes?

P8: Tengo 44 años.

Esta pequeña introducción nos permite pasar directamente a algunos saberes relacionados en torno a las drogas.

¿Para ti, qué son las drogas?

Una droga es una sustancia que, introducida al organismo, afecta a nuestro sistema nervioso central, eso es lo que yo siempre he manejado como concepto.

¿Qué drogas existen?

Hay tres clasificaciones en general, hay las alucinógenas, las depresivas y las estimuladoras.

¿Qué efectos producen las drogas?

En las alucinógenas, como la marihuana, producen sensaciones diversas dentro del organismo como el movimiento de objetos, movimientos del cuerpo en sí mismo y tiene diferentes efectos, por ejemplo, hay una necesidad por la comida, también hay una necesidad de tomar bastante agua, entonces eso en las alucinógenas. En las estimulantes, como dice el nombre, estimula el sistema nervioso, la persona como que está más alerta a las situaciones que pasan a su alrededor, aquí puede estar el polvo o la cocaína, entonces es un estimulante que hace eso, inclusive, la persona que consume también se vuelve paranoica, sienten que los están siguiendo o espiando. En las depresivas, la que más podemos encontrar es el alcohol entonces las etapas del alcohol que hay un momento donde la persona se deprime. El sistema nervioso se altera con el consumo de cualquier droga.

¿Cuáles son los principales riesgos que asociados con el consumo de estas drogas?

Bueno, en sí, en la parte psicológica, es la adicción a la droga, entonces muchos chicos, por experiencia porque yo he trabajado en comunidades, los chicos se vuelven adictos entonces

cambian totalmente su estilo de vida, una normalidad que digamos. La adicción se presenta cuando cambia o se comporta de manera diferente a la habitual. Entonces estamos viendo que hay una adicción, para mí ese es el mayor riesgo que tiene el consumo, dependiendo también claro de los factores sociales, económicos y familiares que tiene la persona. Una persona que está atravesando por una desestabilidad emocional es más propensa a que le afecte más. De ahí las otras afecciones es también lo físico, como las conocemos, afecciones dentro del aparato respiratorio, digestivo, en el cuerpo, incluso, en la piel mismo.

¿Cómo entiendes tú la imagen del consumidor, es decir, quiénes consumen drogas?

Creo que todos, porque toda la gente en su vida ha consumido, porque si clasificamos igual las drogas lícitas y las ilícitas, el tabaco y el alcohol es una droga lícita, pero teniendo en cuenta el concepto de droga, que es una sustancia que se introduce al cuerpo y altera nuestro sistema nervioso entonces yo pienso que todos. No habría una diferenciación bien clara, quienes sí y quienes no entonces para mí la diferencia sí la hace la adicción, que eso sí es muy diferente.

Entrevistador: Pasamos al siguiente apartado. Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos personales.

¿Cuáles son las drogas más comunes en tu entorno social, familiar o laboral?

Bueno está el alcohol, el cigarrillo, la marihuana y el polvo, esos serían las más comunes que se podría encontrar. También las pastillas, la farmacología está siendo más común en estos días y a la final es una droga, entonces a la persona le está causando los mismos efectos y cuando ya no consumen también se ponen mal. Con el medicamento se puede decir que la persona encuentra un efecto placebo y se siente bien. Estos serían los más comunes, en la calle también se ve lo que es el cemento de contacto porque es de fácil acceso y por su bajos costo. Bueno, yo también pienso que deberíamos hacer una jerarquización por los niveles económicos, quien consume cemento de contacto, por ejemplo, quien consume marihuana, quien consume polvo y vamos más arriba como el éxtasis, entonces deberíamos hacer una jerarquización. Pero en mi entorno lo más comunes son el cigarrillo, la marihuana y el alcohol.

¿Has tenido tú alguna experiencia directa o indirecta con alguna de estas drogas?

Sí, sí he tenido.

¿Cómo describirías tú la experiencia con el uso del alcohol?

Bueno, al principio como todo chico que quiere experimentar nuevos placeres o nuevos estilos de vida por presiones de grupo también, pero no, yo cuando estaba en el período de adolescencia no hubo ninguna adicción o algo que afecte al diario desenvolvimiento mío, como en mis estudios, sino más bien, fue como por algo más recreativo porque, bueno, en mi casa desde siempre hubo esos mitos y los valores que a uno le inculcaron entonces no paso más allá. No fue con tanta frecuencia tampoco y ahorita a mi edad ya no. Lo que sí, ahora el cigarrillo y el alcohol, se podría decir, pero antes en la adolescencia si se ha consumido otras sustancias; como la marihuana o el polvo.

¿Cuál crees que sea el primer aspecto que se debe tomar en cuenta para consumir drogas?

Yo creo que se debería considerar mucho el cuidado de uno, el amor propio que uno tiene porque, como digo, hay personas que lo toman como experimental o recreativo, pero también hay un proceso de adicción y hay que cuidarse mucho de eso. Lo otro es también la familia y por experiencia propia, que he trabajado en comunidades terapéuticas igual, las familias se destruyen entonces es muy complicado y por eso no desearía a nadie que experimente una adicción porque se pierde la familia, se pierde lo material y lo que es más en uno el proyecto de vida, se queda a un lado un proyecto de vida de la persona que ya se envuelve en ese mundo que ya está en un proceso de adicción. Entonces yo creo que el amor propio, el bienestar de

uno, eso sería lo principal que se podría decir. Más que todo, uno siempre tiene que tener proyectos y esos proyectos con una persona adicta se destruye. Yo creo que lo principal es uno porque se tiene que cuidar tanto físico, psicológico y espiritual y cuando uno es adicto, se olvida de todo y su vida ya va centrada al consumo de las drogas, se olvida completamente de su vida y de los demás también.

Entrevistador: Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos en profesionales de la salud.

¿Cuál crees tú que son las drogas más consumidas por nosotros, es decir, por los profesionales de la salud?

Por experiencia propia si vamos a las lícitas, el alcohol y el tabaco, eso creo yo que es en su inmensa mayoría. Si vamos un poquito más allá marihuana y también polvo, sería en menor cantidad, pero si hay en profesionales de la salud este tipo de consumo también.

¿Cuáles crees tú que serían las motivaciones para que los profesionales de la salud consuman estas drogas?

Bueno yo creo que, de pronto, es la presión de trabajo en los profesionales de la salud, la presión del trabajo es muy fuerte, entonces es un escape a esta presión; de pronto reunirse con compañeros mismo y consumir o ingerir alcohol u otras sustancias. Lo otro es problemas individuales también, como inestabilidades emocionales, que en ese momento esté el profesional pasando, sea individual, familiar o de pareja. Entonces yo asocio siempre el consumo de alcohol con la inestabilidad emocional o carencias afectivas que en ese momento la persona esté pasando.

¿Cuándo consumen estas drogas los profesionales de la salud?

Generalmente, si asociamos este mundo de las drogas siempre hay un tiempo, esto sería en su mayoría los fines de semanas y los viernes. Los viernes es cuando más hay esta problemática, cuando hablamos de un profesional de la salud, sería un viernes porque sábado y domingo ya es muy complicado para encontrarse o lo podrían hacer, pero con familiares y amigos de su entorno. Pero si hablamos entre compañeros, sería el viernes.

¿En qué espacios los profesionales de la salud hacen uso de estas drogas?

Ahorita por la cuestión de la pandemia es en casa, anteriormente fuera de esto, en algún bar, en algún sitio abierto o en un restaurante, inclusive, puede ser dentro de los centros de salud, puede ser también. Y en la mayoría igual a la salida, pero si hay casos de profesionales de la salud del tabaco que, si es frecuente, inclusive, al ingresar a los centros de salud, a la salida o entre esos tiempos y con colonia se puede tapar dichos olores que emana. Entonces ahora eso también hay, dentro de los centros de salud también diría que se puede dar.

¿Cómo crees tú que ve la sociedad el consumo de drogas en profesionales de la salud?

A los profesionales de la salud mal, porque ellos tienen otra imagen porque como es un profesional de la salud estamos hablando de médicos, psicólogos, odontólogos, ginecólogos, obstetricias y demás entonces lo ven mal y hablamos de la sociedad que lo ven mal porque ellos piensan que son el ejemplo y sobre todo cuando van al médico, les dice no alcohol, no drogas y demás entonces con el psicólogo igual, el psicólogo siempre hace un proceso de prevención. Entonces si lo ven fumando o tomando, la sociedad siempre lo va a ver mal. A mí en lo personal creo que me pasó una vez que estaba de terapia con unos chicos y justo esos chicos entraron a un bar donde yo estaba y me vieron ahí entonces si es como que se llevaron una sorpresa. Creo que la sociedad siempre lo va a ver mal porque los profesionales de la salud se consideran que siempre deben dar el ejemplo y el buen vivir a la sociedad.

Entrevistador: Ahora, vamos a hablar sobre la prevención del consumo de drogas.

¿Qué es para ti la prevención primaria del consumo de drogas?

Yo siempre he creído que la mejor prevención, es la educación entonces simplemente es la

educación que debe tener la persona, no solo en el consumo de drogas sino también en todo. Si uno se educa a la persona, si la persona sabe entonces la persona previene inclusive hasta personas que ya están en un consumo, si tú les hablas de síndrome de tolerancia o de *craving* o del hijo pródigo entre otros, entonces ellos no saben, si tú les informas, tú les dices, tú les cuentas, ellos sí toman conciencia o si no sería una conciencia consciente que deberían tomar porque si saben que les hace mal, pero no son conscientes para disminuir la problemática o buscarle soluciones. Entonces para mí, sí es la prevención por todos los medios, a mí en lo personal, me ha gustado lo que es el arte entonces yo trato de hacer prevención mediante el arte, he hecho títeres, sociodramas a base de canciones, a base de juegos también, entonces si todo eso es una forma de prevención, esa en sí, sería la primaria y la general, pero no solo se hace prevención antes de que consuman, yo también creo que se debería hacer una prevención a todo el proceso adictivo que hay, hasta un adicto, un adicto compulsivo, un usador, un abusador y un experimentador entonces se debe hacer en todos porque ellos no saben. A veces cuando van a las comunidades terapéuticas, ellos recién entienden que les pasó entonces ahí también estás haciendo una forma de prevención, inclusive, una forma de prevención sería hacerles conocer el tipo de drogas que hay y que pueden ocasionar también. A veces muchos no saben, desmitificar también de pronto que la marihuana es algo natural y demás porque también sí hay que desmitificar. Eso sería para mí la prevención primaria, educar, y en nuestra sociedad sería de diferente manera porque ya muchas veces de lo mismo se aburren de que les digan “no a las drogas, te vas a quedar sin familia, las drogas son malas” entonces más bien es como que les estamos poniendo como miedos y no les estamos previniendo de verdad. La prevención primaria es educar mucho a la gente.

¿Cuál crees tú que es papel que desempeña la prevención primaria dentro de los servicios del Ministerio de Salud Pública?

Dentro del MSP, como te digo, es la educación, pero ahí yo quiero hacer hincapié o para que se den cuenta también. Mira, lo que hacen es que tomen conciencia de lo que es, por ejemplo, te dicen “fumar es malo” yo leo, entró en un centro de salud y me ponen fumar es malo, entró al médico o al psicólogo y también me dicen que “fumar es malo”, veo en las paredes del centro de salud lo mismo y en todo lado. Hay la conciencia de la persona, pero la persona debe tener la conciencia de ser consciente entonces yo creo mucho en la conciencia consciente entonces yo tengo la conciencia de que fumar es malo, pero lo sigo haciendo entonces lo hago porque no estoy siendo consciente de la realidad. Yo creo que por ahí debería ir la forma de prevención, que la persona sea consciente entonces a eso hay que llegar porque la conciencia la tenemos todos, todos sabemos que fumar es malo, todos sabemos que robar es malo, todo sabemos que matar es malo, que violar es malo y demás, pero la persona no es consciente entonces si le hacemos a la persona consciente disminuirá su consumo porque de la noche a la mañana el adicto no puede dejar, al menos que tenga un internamiento cerrado. Yo creo que el MSP si ha hecho campañas de prevención, pero no llega a la parte consciente del adolescente, el joven o adulto, una conciencia colectiva de que está mal si hay, pero de pronto no se ha llegado a un consciente. Ahí nos deben funcionar las dos cosas.

¿Cómo se hace prevención?

Lo concreto, mira a veces tapamos muchos términos que las personas deberían saber entonces tapamos muchos términos, yo creo que a la gente se la debería educar con los términos adecuados que es, por ejemplo, cuando dicen que es droga, te dicen “es la muerte, es malo, es algo de lo que no puedes salir” y demás entonces, si tú le preguntas a alguien te va a decir eso entonces la mejor forma sería educarles como es. Porque si tú le dices a alguien que es droga, es lo mortal, es el diablo y entonces no te dicen en sí que es una droga. Se debería utilizar los términos adecuados en eso, mira del síndrome de tolerancia nadie habla, es cuando tu cuerpo se acostumbra a la sustancia entonces necesitas más y más y más, por ejemplo, el *craving* sería el

deseo constante de consumir entonces de eso se habla muy poco. Tú cuando le hablas de eso a los pacientes, ellos dicen “ah, mira esto es lo que me pasaba, yo tenía síndrome de tolerancia” entonces si se debería ir directo a las personas. Eso es lo que se hace en las terapias comunitarias, tú vas con un chico que ya este crecido de una comunidad terapéutica y es como un mini terapeuta porque él sabe todo eso entonces ahí le estamos haciendo una forma de prevención. La otra sería tomar otros estilos diferentes, como el arte porque a través de esto puedes llegar mucho a los adolescentes, espacios para prevenir también como emprendimientos, espacios culturales, espacios musicales, espacios deportivos entonces todo eso es una forma de prevención porque muchas veces se queda en un afiche y no se hace más. Se pega un afiche en un centro de salud y la gente ni siquiera los ve entonces debería haber estos espacios como la mejor manera de hacer prevención.

¿Cuáles crees que son las alternativas si la prevención falla?

La prevención siempre va a fallar porque estamos con personas, con seres humanos previniendo entonces la prevención lógicamente va a fallar. En este caso, si es que la prevención falla de alguna manera debemos buscar otras alternativas preventivas en ese momento también. De pronto la charla, la educación no me funcionó entonces, de pronto en mi experiencia, los chicos más los escuchan a los terapeutas vivenciales, que han pasado por procesos de rehabilitación y demás o historias de las personas. En lo personal, cuando iba a dar charlas, yo llevaba a chicos donde trabajaba anteriormente y ellos hablaban de su historia de vida y demás. Todos los chicos eran calladitos y atentos, en cambio, a un profesional no lo escuchan o hacen caso omiso entonces si alguien va a hablar diferente, se presentaría como otra alternativa. Si esto fallara, ya entraría entonces la reducción de riesgos entonces si la persona ya con todas estas alternativas y nada, ahí si deberíamos enfocarnos en la reducción de daños para que la persona tenga un estilo diferente, pero que no haga daño a los demás.

¿Prevención y tratamiento son distintos o son lo mismo?

Yo creo que van de mano los dos porque mientras tú haces tratamiento estás previniendo también. Es que lo que pasa, es que nosotros solo enfocamos a la prevención como que es cuando todavía no hay la afectación o no hay el problema, a veces nos enfocamos solo en eso, pero no es así. Nosotros también podemos prevenir a personas que sean adictas, educándoles entonces a veces se confunde esto, por ejemplo, cuando vamos a una comunidad a seguirle el tratamiento también se previene. Es una forma de prevención que se le hace a la persona entonces yo simplemente no creo que la prevención es antes de, sino siempre en todo el proceso, por ejemplo, si vamos al proceso adictivo del usador, abusador, experimentador y compulsivo en todos estos cuatro procesos puedes hacer una forma de prevención. Yo creo que, si va relacionado un tratamiento preventivo también.

¿Cuál crees tú que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención del consumo de drogas?

El prohibicionismo está mal, yo creo que lo prohibido atrae, siempre cuando te prohíben el ser humano psicológicamente es como “porque me prohíben” entonces como esto es prohibido, yo lo busco en vez de alejarme, yo lo busco. Por eso digo, simplemente la prevención la hemos hecho desde el miedo y no desde la educación. Siempre nos han prevenido dese el miedo, por eso ahora hasta los cigarrillos te vienen con fotos entonces lo que nos están haciendo es metiéndonos miedo. Lo que podríamos hacer, es poner una frase preventiva o un concepto de droga o podríamos poner un concepto del cigarrillo mismo o los elementos que tiene, sería muy diferente hasta me pondría a leer, pero cuando me ponen esas imágenes me compro, me guardo y no veo por el miedo. Entonces sí, el prohibicionismo creo que no se lo debería hacer porque actualmente estamos viendo que los adolescentes son muy desafiantes en sus comportamientos entonces si les prohibimos, estamos haciendo que vayan a consumir, entonces más bien, les estamos estimulando entonces deberíamos hacerlo de una manera

diferente con la educación. Yo creo que esto de lo prohibido si atrae mucho, no solo en las drogas sino también en otras actividades que hagan las personas.

¿Qué es para ti la reducción de daños asociado al tema del consumo de las drogas, te es familiar el término?

Para mí la reducción de daños es darle un nuevo estilo de vida al consumidor, tanto en lo psicológico como en lo físico, entonces es darle un nuevo estilo de vida para que esta persona inclusive hasta se cuide y cuide a su familia. Esa persona ya no puede salir de ahí, estamos hablando de eso entonces sí sería que esta persona se cuide, que busque otros espacios, que vaya a terapia, que se comparte de diferente manera con su familia entonces ahí estamos haciendo una reducción de riesgos en todos los aspectos. Como en otros países, igual hay centros diarios que se llaman, que tienen igual habitaciones con jeringuillas o con otros materiales para el consumo entonces la persona ahí va y consume y pasa todas sus etapas del consumo ahí y está vigilado por otras personas. Eso reduce los riesgos también, a tener que hacerlo en la calle debajo de un puente con la misma jeringuilla, con los mismos guantes, con las mismas agujetas entonces si va a reducir porque si la persona ya no lo desea entonces podemos trabajarla con la persona mismo, con la tolerancia o sobre el manejo de su droga también de forma aseada, de forma limpia en los lugares también. Yo si he tenido casos donde se han reducido, por ejemplo, había un chico que consumía en su casa y cuando consumía en su casa le violentaba a su mujer entonces él entendió, con tratamiento y prevención. Se manifestó que lo haga en otro espacio y cuando ya haya pasado el proceso de consumo regrese a su casa entonces igual para la familia se redujo porque él en un momento entendió y lo hacía afuera en espacios abiertos y al momento de regresar ya no había la persona violenta. Si creo que, se debería trabajar y educar a las personas también y la persona que ya no puede, hacer una reducción de daños y dentro de esta reducción de daños, hay espacios importantes como lo es la comunidad terapéutica porque la persona va allá y de pronto no termina su proceso o hay una recaída, pero es interesante ya cuando salen porque aprendieron mucho y de pronto siguen consumiendo, pero ya no le hacen a la medida que lo hacían anteriormente. Entonces redujeron sus daños, siguen consumiendo, pero ya no lo hacen a la medida entonces de pronto ya son conscientes de lo que hacían anteriormente y esto se logra, educándolos. Había un chico que consumía y se cortaba, él salió del proceso terapéutico, decayó, pero ya no se corta entonces eso es como que se hizo un logro. También habían chicos que consumían y robaban, ahora ya no roban entonces si hay como hacer reducción de daños. La reducción de daños no solo sería individual, sino también familiar, social, e inclusive, económico también porque a un adicto si le afecta su poder económico porque todo lo que consigue suele ser solo para su consumo entonces sí se puede hacer una reducción de daños.

¿Cuál es el rol que ocupa la reducción de daños en los servicios que oferta el MSP?

Bueno, el Ministerio de Salud en lo que más se ha enfocado, ha sido en la prevención en su totalidad entonces en sí como reducción de daños, creo que no hay. Se podría decir que los servicios ambulatorios, podrían hacer una especie de reducción de daños con la educación y también con los grupos terapéuticos, pero en sí, sería muy bueno que hubiese especialistas en ese sentido porque ya los tomamos de otra manera, simplemente ya no queremos la prevención porque hay personas que ya son adictas y no pueden dejar. Sería muy importante, como tú dices, tener un centro especializado para eso, ganaríamos mucho porque nosotros queremos que no consuman, que no hagan esto, pero en la realidad no es así. La mayoría de personas que salen de comunidades terapéuticas, han recaído entonces si sería interesante, lo que tú dices, que hubiera ya otra visión, pero sería muy controversial si se haría esto aquí porque dirían que estamos solapando a los consumidores, por ejemplo, pero si sería buscar otros espacios para la reducción de daños. Yo que sepa en el país no hay estos centros, en otros países sí, pero aquí lo que se trata es de prevenir y del no consumo solamente.

¿Cómo se debería hacer reducción de daños asociado al tema de las drogas?

Uno la educación, otro sería ya en forma de tratamiento y concordar o hacer una especie de contrato con el paciente, si el paciente se violenta mucho que deberíamos hacer, que consuma en otros lugares y que los accesorios para el consumo sean higiénicos entonces todo esto. Igual en reducción de daños se haría con la familia también porque la familia también dice “que no quiero que consuma, que no quiero que consuma” entonces obviamente en ese momento esa persona no va a dejar de consumir entonces ahí entraría muy importante la familia y también la comprensión de lo que le está pasando a la persona. Y más que todo, lo mejor en la reducción de daños más que individual serían en grupo, grupos de ayuda. Creo mucho en los grupos porque el grupo presiona mucho y ayuda a los otros entonces desde ahí se enfocaría a la reducción de daños porque las vivencias de las otras personas enriquecen mucho. La educación sería una, en lo individual hacer un contrato con el paciente sobre lo que le está pasando, con la familia sería otro elemento importante para que puedan comprender la problemática y educarles en lo que le va a pasar al paciente y lo último serían los grupos, formar grupos en los diferentes centros.

¿Reducción de daños y tratamiento son distintas? ¿se los puede relacionar?

Yo pienso que en el tratamiento igual entra a jugar el papel de la reducción de daños porque estamos educando al paciente, lo estamos tratando con algunas alternativas terapéuticas, pero claro, si está muy involucrado el tratamiento con la reducción de daños porque el tratamiento está hecho para disminuir conductas o comportamientos entonces si va relacionado igual. Sería muy interesante profundizar y estudiar más sobre el tema de la reducción de daños para poder hacer, inclusive, un mejor tratamiento. No será muy fácil, pero si sería bueno que se siga estudiando sobre esto, incluso, que haya una pedagogía en esto de la reducción. Entonces si sería bueno trabajar en el Ministerio desde otros puntos de vista también, no solo la prevención, sino en este caso sería la reducción de daños.

Entrevistador: Bueno con eso hemos concluido el cuestionario que teníamos preparado. Ahorita me restaría, abrir un espacio más tal vez para alguna idea que tú desees completar o alguna respuesta que te gustaría detallar o profundizar o, simplemente, abrir un espacio para un comentario final tuyo.

Comentario final: Decirles que la mejor prevención, es la educación y dentro de la educación, por ejemplo, en este año y el anterior hicimos caravanas artísticas, presentándonos en diferentes lugares justamente fue por la prevención de consumo y demás. Yo creo mucho en eso porque estaba viendo los apuntes de los chicos y por la caravana han pasado más de 40 chicos, unos se han ido, otros se han mantenido ahí, entonces digo “40 chicos es bastante” y hasta ahora seguimos con los chicos trabajando y practicando. Entonces yo digo; si hiciéramos más eventos culturales, deportivos o académicos ahí sería muy enriquecedor porque en la última vez que estuvimos en el festival musical, estuvieron más de 100 chicos. Entonces esos 100 chicos a que se están dedicando entonces si es una buena manera de prevenir. Y lo otro que sería muy bueno, es hacer una revista psicológica entonces eso también sería muy bueno porque se puede topar temas de diferentes maneras, para que llegue a la mayoría igual de los profesionales y pacientes entonces sí sería bueno debatir estos temas, sería muy enriquecedor.

Participante 9

Entrevistador: Muchas gracias por aceptar esta entrevista, ya ha sido socializado el consentimiento informado donde detallamos los objetivos, el contexto y las garantías de confidencialidad y anonimato, solo para que quede constancia en la grabación, ¿estás de acuerdo con que se grabe esta conversación?

Participante 9: Claro.

Entrevistador: Muchas gracias. Vamos a iniciar con unos datos de identificación. ¿Cuánto

tiempo llevas trabajando en el Ministerio de Salud Pública?

P9: Aproximadamente 6 años y un poquito más.

Entrevistador: ¿Cuál es tu experiencia laboral total?

P9: Aproximadamente 8 años.

Entrevistador: ¿Cuál es tu formación?

P9: Psicóloga clínica.

Entrevistador: ¿En dónde te graduaste?

P9: En la Universidad Central del Ecuador.

Entrevistador: ¿Cuántos años tienes?

P9: 34.

Tenemos básicamente 5 secciones, esta pequeña introducción nos permite pasar a la primera sección, que se refiere a algunos saberes relacionados en torno a las drogas.

Para ti ¿qué son las drogas?

Las drogas son sustancias psicotrópicas que pueden causar alteraciones en todos los ámbitos de la persona entonces si hablamos netamente de lo que son drogas, sería más bien esto. Pueden impactar en la salud integral de un sujeto que pueda consumir estas y hablamos, obviamente, de un impacto integral en la persona, si es que comienza a adentrarse en este fenómeno o problemática de las drogas y causa un deterioro significativo en la persona, si ya hablamos, por ejemplo, de consumos problemáticos. Como yo siempre suelo decir, las drogas son como una escalerita en cuanto a su uso, vamos con el uso experimental posteriormente nocivo hasta llegar al problemático y, ahí sí, ya impacta de manera muy importante en la vida de la persona.

¿Qué drogas existen?

Las drogas lícitas y las drogas ilícitas, por así decirlo, es la clasificación que nosotros conocemos. Obviamente dentro de las lícitas y socialmente aceptadas se podría hablar del alcohol y el tabaco y en las ilícitas tenemos algunas o las más conocidas, se podría decir marihuana, cocaína, opioides, como la famosa H, los LSD, las metanfetaminas, eso básicamente de lo que recuerdo.

¿Cuáles son los principales riesgos que asocias con el consumo de estas drogas?

Yo considero que hay un riesgo psicosocial importante en la persona, psicosocial y también económico, porque si impacta obviamente, como yo siempre suelo decir, impacta a la comunidad. Cuando una persona se involucra en el consumo de drogas, obviamente, primero impacta al individuo, impacta a su familia, impacta a la comunidad, a la sociedad, incluso, al país porque la persona va afectándose y de lo que de pronto es una persona económicamente activa, se vuelve inactiva obviamente por todas las limitaciones que causa el haberse involucrado en esta situación de las drogas.

¿Cómo entiendes tú la imagen del consumidor, es decir, quiénes consumen drogas?

Pues lastimosamente esta situación de las drogas no respeta nada, no hay condición social, no hay edad, no hay género, no hay sexo, de mi experiencia yo he conocido personas que han tenido de pronto muchos recursos y lastimosamente han terminado consumiendo, y también han terminado consumiendo personas que tiene escasos recursos, igual hombre y mujeres. Lastimosamente también, en alguna ocasión, tuvimos el caso de un niño de 9 años entonces lastimosamente no se respeta nada en cuestión de drogas. Yo considero que cualquier persona podría consumir y lastimosamente desde esas edades porque justamente cuando fue este *boom* de las drogas, no me acuerdo en que año específicamente, creo que fue en el año 2016 o 2017, venían bastantes niños de la costa con problemas de consumo, entre esos fue un niño de 9 años, como te comento. Que igual había tenido una historia familiar muy muy compleja y pues había iniciado el consumo a esa edad.

Entrevistador: Pasamos al siguiente apartado. Ahora vamos a hablar un poco acerca de los

usos personales.

¿Cuáles son las drogas más comunes en tu entorno social, familiar o laboral?

Yo creo que el alcohol, ese sí, hasta yo he consumido. De ahí sí he tenido amigos y amigas que consumen tabaco y nada más.

¿Has tenido tú alguna experiencia directa o indirecta con alguna de estas drogas?

Sí, con el alcohol y también en alguna ocasión con el cigarrillo, también experimente.

¿Cómo describirías tú la experiencia con el uso del alcohol?

Con el cigarrillo fue una muy mala experiencia, con el alcohol, pues, o sea fresco.

¿Cuál crees que sea el primer aspecto que se debe tomar en cuenta para consumir drogas?

Yo creo, verás, que de cierta manera, yo considero que es muy importante la madurez, pese a que no todos alcanzamos esto, no todos sabemos lo que significa, pero sí sería importante consumir con madurez, por así decirlo. En el sentido de que la sustancia no se apodere de mí, por así decirlo, sino más bien yo disfrutar del momento y hasta ahí nada más. Entonces yo sí considero que debería ser como que con conciencia y si, de pronto, yo veo que ya estoy abusando, porque uno se da cuenta que de cierta manera está abusando, no porque uno lo hace consciente, sino ya porque tu entorno te dice “mira, estás consumiendo demasiado, ya te está afectando en tu salud o etc.”, pues ahí de pronto hacer como un análisis de conciencia y decir “bueno, pues sí”, tal vez será momento de pedir ayuda para tratar de consumir menos porque esto suele ocurrir. Mira, yo te voy a contar una experiencia personal, yo cuando era un poquito más joven, por así decirlo, yo sí sabía consumir cada fin de semana con mis amigas, nos sabíamos ir a consumir alcohol y ahí dale, dale y dale y ya pues, de cierta manera como te digo, ya mi entorno, mi familia, me sabía decir “pero, mira no está bien que estés haciendo esto”, entonces ahí yo comencé a decir “no pues, sí es verdad”, entonces con mi amiga ya íbamos haciendo otro tipo de actividades, ya no era solo irnos a tomar, sino también irnos al cine, ya irnos a un parque o alguna situación más, pero sí creo que hubo una época de mi vida en donde yo sí consumía licor de forma frecuente, imagínate cada ocho días. Si es que iba a un ambulatorio intensivo ya me decían “uso nocivo de alcohol y quédese en tratamiento” entonces yo sí considero eso también, si hay que tener como esta madurez y también como esta conciencia de que, si alguien más te dice y no está bien, tú también abras un poquito tu mente, analices la situación y veas que en efecto no está bien, eso consideraría yo.

Entrevistador: Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos en profesionales de la salud.

¿Cuál crees tú que son las drogas más consumidas por nosotros, es decir, por los profesionales de la salud?

Ahí sí no sé, yo creería que el alcohol también y el cigarrillo. Verás en alguna ocasión tuve dos pacientitos que eran profesionales de la salud y que habían estado abusando de las benzodiazepinas entonces no sé si por ahí también, una investigación tal vez con respecto a eso, pero no lo tuve más. De ahí de lo que más es, lastimosamente, es más el acercamiento con el alcohol y el tabaco, mira, por ejemplo, varios pacientitos adolescentes que iban al ambulatorio, el primer acercamiento que tuvieron fue con el alcohol y el tabaco, no fue directamente con la marihuana, fue alcohol y tabaco posteriormente la marihuana y lastimosamente se quedaron enganchados a esa sustancia y continuaron consumiendo, pero de ahí las puertas de entrada: alcohol y tabaco, yo consideraría esas de pronto para todos. Y si me hablas de lo que mayormente consumimos, yo diría que alcohol, de manera social.

¿Cuáles crees tú que serían las motivaciones para que los profesionales de la salud consuman estas drogas?

Chuta es que, así en general, no sabría decirte. Yo creo, o sea según lo que yo pienso, como te

digo, de pronto mismo este aspecto como tu decías el recreativo, de pronto tal vez en una fiesta, de pronto tal vez con los compañeros de trabajo, pero yo sí digo moderadamente.

¿Cuándo y dónde consumen estas drogas los profesionales de la salud?

Yo considero que de pronto, a nivel personal, ponte en una fiesta, en reunión de amigos en alguna situación social y obviamente cuando estamos reunidos porque sí ha habido como esos espacios, es igual. Ponte yo recuerdo en alguna cena de navidad, igual en compromisos sociales, en alguna reunión por algún cumpleaños, eso básicamente.

¿Cómo crees tú que ve la sociedad el consumo de drogas en profesionales de la salud?

Yo creo que de pronto, no sé, lo verían mal. O sea, yo pienso que los pacientes lo verían mal, como que “chuta, este doctorcito” y habrá de pronto personas que lo vean bien como que “chévere, ese doctorcito”. Yo sí considero que hay criterios y criterios no siempre está asentado en uno solo, sino que hay más criterios. Otros de pronto dirán como que “no me importa, ni me va ni me viene, me es indiferente” entonces yo considero eso.

Entrevistador: Ahora, vamos a hablar sobre la prevención del consumo de drogas.

¿Qué es para ti la prevención primaria del consumo de drogas?

Yo considero que es informar a los usuarios y no solamente a los usuarios, sino también ponte a su familia, sí es bueno informarles sobre el consumo moderado de alcohol o cuales consecuencias puede haber si ya se toma en exceso. Entonces yo consideraría que es eso, más informar a los usuarios sobre. Y verás algo que sí me parece súper importante y como que, de acotar aquí, es sobre todo la problemática que se da. Mira, verás, yo he tenido muchísimas familias con las que he trabajado, en los cuales el padre ya tiene consumo problemático de alcohol y obviamente hay violencia, de cualquier tipo, no solamente podemos hablar de violencia física sino también psicológica, incluso, de sexual y entonces mira, a mí me parecería tan importante trabajar en cuanto a prevención con los hijos de esas personas porque lastimosamente comienzan a generar, yo digo como toda esta red de factores de riesgo, que hacen que en ocasiones, no todos, pero sí algunos de ellos comiencen también a generar esta problemática. Entonces, sí sería bueno trabajar a nivel de familias que de pronto estén pasando por alguna de estas situaciones, para prevenir que los hijos también consuman y, como te digo, a nivel general, en darles información a los usuarios. Porque como yo les decía, mira, verás una vez nosotros hicimos como una especie de experimento, por así decirlo, en la sala de espera de Guamaní. Entonces nosotros justamente lo hacíamos por prevención de las drogas, entonces nosotros les decíamos a unos pacientitos “si su esposo consume alcohol” es como que las señoras decían “bueno”, decían “si su esposo consume tabaco” como que las señoras así, o sea normal, pero le decimos “si su esposo consume cocaína” y ahí si decían “ahhh” y en su expresión facial nomás notabas como se asustaban y decían “no, pero cómo”. Igual a otros pacientitos les decíamos “si su esposo consume marihuana” igual, como te digo, normalizando lo otro. Yo consideraría que es importante sensibilizar a las personas e informar que muchas veces la puerta de entrada para el consumo de otras drogas, es algo que está social y legalmente aceptado, que es el consumo de alcohol, por eso digo que es importantísimo, en cuestión de prevención, informar, pero no solamente quedarnos en informar y ya, sino más bien, yo consideraría en trabajar en estrategias con los adolescentes, con los padres, o sea con la comunidad en general para que todos estén atentos y si es que de pronto algún vecino mío está pasando por alguna situación, informar que puede buscar ayuda tal vez a su familia, a sus hijos si es que el paciente ya no quiere entrar en razón porque a veces pasa eso. Yo consideraría que hasta eso es importante, construir una red de apoyo para poder también informar a estos pacientitos y que ellos a su vez, acudan a alguna instancia donde le puedan ayudar, no necesariamente pueden ir de primero al MSP, sino también a otras entidades para de ahí poder derivar al MSP o trabajar ahí mismo. Porque usted sabe que en situaciones de adicción se encargan de brindar una atención integral a personas que tienen este tipo de situaciones o que

están pasando por este tipo de situaciones.

¿Cuál crees tú que es papel que desempeña la prevención primaria dentro de los servicios del Ministerio de Salud Pública?

Es importantísima, yo consideraría que es más como dicen, el primer nivel se caracteriza por trabajar más en prevención que morbilidad entonces es importantísimo porque así podemos hacer que se genere un ahorro al Estado. Mira, si hablamos de consumos problemáticos, por ejemplo, si nosotros detectamos la problemática, inmediatamente trabajar con los pacientitos para que no se convierte de pronto en algún consumo problemático porque eso va a conllevar a una mayor inversión del Estado, por ejemplo, atención en psiquiatría, medicación psiquiátrica, atención con terapia ocupacional, tratamiento en terapia ocupacional, atención en medicina, en psicología y todo lo que conlleva. En cambio, si abordamos la problemática antes de que se genere alguna consecuencia mayor, podríamos reducir incluso los costos para el Estado, los costos emocionales para esa familia y obviamente los costos en cuanto a salud integral para ese individuo o gente que podría desencadenar esa enfermedad, eso es lo que yo pienso. Como yo digo, en el ambulatorio yo creo que sueño, porque cuando yo iba a los colegios a dar charlas de prevención, claro yo iba les indicaba que son las drogas, que efectos pueden causar y yo siempre les decía a los estudiantes “verán que la adicción, no es para asustarnos, sino más bien tiene nombre y apellido, se llama trastorno de comportamiento debido al consumo, por esto, por aquello, por lo otro etc.” entonces yo les hacía como concienciar a los estudiantes, que sí es que algún pacientito comienza a generar problemáticas no solamente se afecta él, sino se afecta su familia y también el Estado. Yo les decía que esto es como una red y les explicaba “si usted se inmiscuye en drogas, su mamá podría desencadenar depresión y esa depresión le lleva a tratamiento psiquiátrico y médico, de pronto hasta residencial” y ahí habría un desgaste tanto para el individuo, la familia y también para el Estado. Entonces yo les iba haciendo ver, así como la realidad de la problemática, entonces ahí como que los chicos se quedaban así “guau” y no desde el punto punitivo, así como que “mira, esto es lo peor que te puede pasar” sino desde la realidad porque eso es lo que ocurría. Por ejemplo, cuando iban usuarios con consumos problemáticos, iban las madres, los padres y muchas veces identificábamos ya en las sesiones de terapia familiar, por ejemplo, algún miembro de la familia ya con trastornos de ansiedad o depresión entonces eso consideraría yo.

¿Cómo se hace prevención?

Yo consideraría, como te digo, informar, pero hacer un sostenimiento en esa familia realmente ir a trabajar en comunidad que es bien importante, como yo les decía a mis pacientitos, “muchas veces es importante ver hasta como usted tiende su cama”, pero no porque la psicóloga quiera ser fijona, sino porque realmente hay que trabajar desde el principio con los pacientitos que tienen esta problemática y con sus familias. Yo creo que en general con pacientitos que tienen alguna problemática, hay que trabajar desde algo tan simple, pero que se convierte en algo complejo entonces, yo te digo, informar, hacer un seguimiento adecuado, trabajar en red con las instituciones incluso y con la familia y, también sería buenísimo que el Estado nos apoye. Mira, yo recién tuve la oportunidad de participar en las jornadas académicas que organizó la Universidad Central con el MSP y alguna otra institución más, estaba super interesante y ahí justamente Martha Oliva, creo que era, era una profesional chilena, explicaba como ellos manejan desde la CITAC, creo que era algo así, como ellos manejan esto de la reinserción integral. Ellos hablaban así y yo en el chat veía que algunos compañeros, no sé de dónde, ponían “esto es una utopía” y a mí me daba ganar de poner, en el ambulatorio de Guamaní hacíamos eso, claro parece un sueño, pero sí se puede hacer claro que implica muchas cosas que sí te desgastan como profesional. Yo considero que sí se podría hacer, pero si lo analizamos tampoco sería factible porque sería el desgaste para el profesional.

¿Cuáles crees que son las alternativas si la prevención falla?

Ahí ya sería el acompañamiento en rehabilitación y dar el tratamiento. Yo consideraría también que ya se podría trabajar desde el enfoque de reducción de daños y riesgos, mira justamente lo que decía, una ponente hacía mucho énfasis en que un usuario muchas veces no quiere salir de la problemática y ella decía que está bien, entonces explicaba todo sobre reducción de riesgos y daños en otros países. Yo consideraría que eso sería una buena opción para reducir las consecuencias en otros aspectos cuando un pacientito ya no quiera salir de la problemática porque, aunque pongamos mucho énfasis y nos desgastemos, si ha habido pacientitos que no quieren salir de la problemática. Yo que he hecho, he optado por trabajar desde reducción de riesgos y daños en los pacientes en los que su objetivo no es la abstinencia. El tema de reducción de riesgos y daños, acá en el país por el tema moral, es complicado, pero si se puede trabajar sobre ello poco a poco.

¿Prevención y tratamiento son distintos o son lo mismo?

Yo considero que, una se articula con la otra, todo es como en cadena, en esta vida yo considero que, todo es en cadena y va ligado una cosa a otra. Entonces si hacemos prevención también estamos, de cierta manera, dando tratamiento preventivo entonces lo que sí no implica mucho tiempo, mucho gasto ni mucho desgaste, tanto para el paciente como para el profesional y para la familia. Ya cuando hablamos de tratamiento, es cuando ya se ha instalado una morbilidad y tenemos que trabajar en eso, pero cuando hacemos prevención también estamos haciendo un tipo de tratamiento.

¿Cuál crees tú que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención del consumo de drogas?

Suelen decir que lo prohibido es lo más apetecible entonces yo considero, que sí se debería como normar. Te voy a contar una experiencia personal, antes de yo entrar a la universidad, trabajaba en una tienda de consumo masivo entonces, me parece que siempre hubo como esta ley, y yo solía decir “a los niños no les den”, sin embargo, mira lo que me pasó, vino un jovencito y me dice “véndame una botella de whisky” entonces yo le dije “la cédula” y me dice “no, es que me olvide”, le digo “lo siento mucho sin cédula no le puedo vender porque usted es menor de edad” y obviamente se fue super molesto. En la esquina estaba un señor ya adulto igual comprando entonces ahí le vi que conservaron y el señor se me acerca y me dice “deme una de whisky” y yo me quedo así, como que hago porque yo no le vendí la botella al niño porque sabía que era menor de edad, sin embargo, viene este señor y me pide la botella que yo sabía que era para el niño. Al inicio no le quise vender, sin embargo, ya de mala gana me toco hacerlo porque él estaba en su derecho de comprar y sí, en efecto, salió de la tienda y le entregó la botella. Por eso digo, por más que existan prohibiciones y leyes lastimosamente, de cualquier modo, van a poder acceder, por eso mas bien, desde el prohibir no, sino desde el educar. Desde que momento sería razonable consumir y en qué momento. No sé si estoy bien, pero yo entiendo que, en Estados Unidos, hay una edad aproximada para ingerir café, de lo que yo he podido leer algo. No hay regla, no hay prohibición, sin embargo, es algo que manejan de forma interna entonces yo consideraría que aquí también podríamos hacer esto, trabajando obviamente desde la información. No es necesario te prohíbo, sino es lo que yo sé que debo hacer a tal edad.

¿Qué es para ti la reducción de daños asociado al tema del consumo de las drogas, te es familiar el término?

Yo considero que la reducción de daños es una serie de estrategias que podrían ayudar muchísimo para personas que ya han tenido varios intentos en clínicas de rehabilitación, o sea en varios tratamientos de rehabilitación y pese a todo no han podido dejar de consumir. No porque no han podido como tal, sino no han querido dejar de consumir entonces yo consideraría que ahí podríamos entrar con esta estrategia para educarles a los usuarios, irles educando para que ellos también vayan viendo que pueden consumir, pero hasta cierto límite o

que pueden hacerlo dentro de situaciones controladas. Obviamente, como yo siempre digo, esto va de la mano desde políticas del Estado porque me supongo que debe haber una política pública para que puedan entregar todo lo que necesitan porque en otros países, hay estos espacios donde les dan como el Kit para que puedan inyectarse y así han hecho que se reduzca bastante esta situación del VIH o alguna infección de transmisión entonces es como importante esta situación.

¿Cuál es el rol que ocupa la reducción de daños en los servicios que oferta el MSP?

De lo que yo he sabido, no hay en el MSP de lo que yo he sabido es que si llegamos hasta el CETAD, que son tratamientos residenciales de seis meses o más dependiendo del adolescentes en donde lo que se quiere conseguir, desde mi punto de vista, es la abstinencia. Pero, como yo digo, estamos invirtiendo tal vez en pacientitos que no quieren entonces ahí mas bien, nosotros deberíamos implementar la estrategia de reducción de riesgos. Yo tenía un paciente que no quería dejar de consumir entonces yo aplique reducción de daños y riesgos a mi realidad porque él era muy violento entonces lo que hicimos fue trabajar en esta situación y mira, de cierta manera, él trabajo bastante y su violencia se erradicó. Después su consumo, incluso, ya no fue frecuente, ya no agredía, sin embargo, es complejo porque la familia no acepta esta situación completamente, a mí me tocó trabajar durísimo con esta familia para que pueda aceptar esa realidad porque ellos vinieron con el objetivo de que deje de consumir. Entonces si me costó bastante que vayan aceptando esta realidad, yo les explicaba en qué consistía y, como te digo, fue difícil, pero se logró. Y lo mejor de todo es que el paciente aprendió que si podía controlar el consumo porque eso es lo que debe aprender el paciente, a controlar el consumo y, de cierta manera, él aprendió a controlar el consumo porque ya no lo hacía todos los días, él estaba haciendo reducción de riesgos y daños. Pero claro, si vemos esto desde otras expectativas como la abstinencia no es alentador, pero de pronto de 1000 pacientes que vemos cinco, a lo mucho, se rehabilitan para llegar a la abstinencia real. Es así que tenemos pacientes que si llegan a la abstinencia y tiene una vida “normal”, se podría decir y otros que no han dejado de consumir, pero que ya lo hacen de una manera más consciente, se podría decir, pero se llega a eso con el compromiso del paciente. Te podría decir que he tenido evoluciones exitosas y evoluciones exitosas dentro de la reducción de riesgos y daños, como te digo, si lo vemos desde la abstinencia vamos a decir “pero que evolución es esa” pero sí es una evolución muy importante para ellos.

¿Cómo se debería hacer reducción de daños asociado al tema de las drogas?

Aquí en el Ecuador yo pienso, como decían en las ponencias, primero creando una política pública porque si no hay algo concreto que sostenga, como se puede implementar, entonces es algo bien complicado. Mira, yo pienso que, en todas partes si no está escrito no existe, así de sencillo entonces hacer primero estas políticas, pero para participar en esto deberían haber más operativos que administrativos, no porque este desmereciendo nada, sino que no es lo mismo estar en una parte administrativa que en un lugar que realmente hay tanta necesidad. Yo consideraría eso, que primero debe haber una política pública en la cual basarnos porque yo pienso que a raíz de esto, se dan las directrices para poder construir. Lastimosamente en el MSP ni si quiera creo que hablan mucho de reducción de riesgos, sino que más se habla de la abstinencia. Yo considero que debe hacer un apolítica pública bien firme, bien sustentada, bien concreta para que de ahí se pueda implementar en el MSP.

¿Reducción de daños y tratamiento son distintas? ¿se los puede relacionar?

Como te decía, yo pienso que todo va de la mano, absolutamente todo entonces, por ejemplo, si viene empujado por su familia, lo que va a buscar es dejar de consumir, pero esto es súper complicado porque es de a poco que va descubriendo como dejar de consumir. Pero hay pacientitos que no quieren dejar de consumir y que engañan a las familias, incluso, a la psicóloga diciendo que quiere dejar de consumir, cuando su objetivo no es ese. Entonces yo

considero que todo va de la mano y si el paciente de pronto se da cuenta que no es abstinencia, sino reducción de riesgos y daños, inmediatamente dejó de lado la rehabilitación para alcanzar la abstinencia y comienzo a trabajar reducción de riesgos y daños con el paciente. Eso se debería implementar porque, por ejemplo, si tú le preguntas a un psicólogo que no está tan ligado al consumo de drogas ni siquiera sabrá que es reducción de riesgo y daños, me atrevería a decirlo. Yo consideraría que se debe trabajar en sensibilizar sobre este tema a la familia y obviamente a los pacientes, yo considero que trabajar en temas de drogas es bien, bien complicado porque hay quienes manipulan algunas situaciones a su antojo y quienes realmente son conscientes de lo que está ocurriendo. Entonces yo consideraría que reducción de riesgos y daños si se debería aplicar, pero ya realmente si yo como profesional evalúo y veo que realmente el paciente no avanza, ahí podría estar aplicando, pero si veo que mi paciente si quiera llegar a la abstinencia, trabajar desde ahí y seguir apoyándolo.

Entrevistador: Bueno con eso hemos concluido el cuestionario que teníamos preparado. Ahorita me restaría, abrir un espacio más tal vez para alguna idea que tú desees completar o alguna respuesta que te gustaría detallar o profundizar o, simplemente, abrir un espacio para un comentario final tuyo.

Comentario final: Yo solo digo que, si tú estás haciendo esta investigación, si se trabaje en políticas públicas porque si nos hace muchísima falta. Mira, como te digo en la jornada científica, me di cuenta de muchas cosas, que compañeros hablan que es una utopía hacer ambulatorios intensivos, de que es una utopía que el paciente se pueda sostener solo en ambulatorios tipo A, que los residenciales no están bien y tantas cosas, yo tenía ganas de que me aperturen el micrófono y poder decir “ si se puede” porque no es mentira ni mágico, lo que dicen desde otros países y lo he podido hacer aquí en nuestra realidad en Guamaní es más donde se supone que es una zona muy peligrosa. Yo como les digo muchas veces a unos pacientitos que viene por consumo digo “no se preocupen porque ya cuando haya como nuevamente juntarnos, yo voy a solicitar que vengan mis pacientitos que, si lograron salir” porque mira, nosotros tenemos pacientes que apuntaron a la abstinencia y hasta ahora se encuentran en abstinencia, pero también tenemos pacientes que no y lastimosamente siguen consumiendo, pero ya lo hacen de forma, por así decirlo, un poquito más consciente. Como te decía, ese señor que ya no es violento, que ya le da a su esposa cierta parte de su salario y etc. entonces yo considero que mas bien se escriba algo que tenga mucho argumento para que desde ahí se pueda salir porque tú sabes, sobre todo en el MSP, que si no hay una directriz clara estamos un poquito perdidos, considero yo. Porque si ni desde arriba están claros que se puede decir de los operativos entonces, como te digo, de pronto hay ciertas cosas que nosotros ajustamos a nuestra realidad, pero porque, de cierta manera, nosotros vemos de pronto esto que tengo escrito, me puede servir de esta manera. Como te digo, según como yo lo entienda, yo lo aplico y sobre todo como a mí me surta efecto. Entonces más bien ayúdenos a escribir mucho.

Participante 10

Entrevistador: Muchas gracias por aceptar la invitación a esta entrevista, solo para ratificar tu compromiso, que se socializó en el consentimiento firmado, me gustaría preguntar ¿estás de acuerdo con que se grabe esta conversación?

Participante 10: Sí, sí estoy de acuerdo.

Entrevistador: Muchas gracias. Vamos a iniciar con unos datos de identificación. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el Ministerio de Salud Pública?

P10: Ya voy para los 16 años.

Entrevistador: ¿Cuál es tu experiencia laboral total?

P10: 17 años.

Entrevistador: ¿Cuál es tu formación?

P10: Psicóloga clínica.

Entrevistador: ¿En dónde te graduaste?

P10: En la Universidad Central del Ecuador.

Entrevistador: ¿Cuántos años tienes?

P10: 42.

Tenemos básicamente 5 secciones, esta pequeña introducción nos permite pasar a la primera sección, que se refiere a algunos saberes relacionados en torno a las drogas.

¿Para ti, qué son las drogas?

Las drogas son sustancias, que pueden ser lícitas o que también son ilícitas, y que producen una alteración del estado físico y emocional en las personas, producen algunos cambios en donde me parece que principalmente lo que se pierde es la capacidad de tomar decisiones de una manera clara y racional.

¿Qué drogas existen?

Por ejemplo, las drogas sintéticas, el alcohol, las alucinógenas, las inyectables, las que se colocan vía intravenosa y también las solventes.

¿Qué efectos producen estas drogas?

Depende de la droga, porque entiendo que el alcohol lo que hace es una especie de desinhibición en la persona, la persona que ya empieza a alcoholizarse, que ya empieza a aumentar el consumo o la cantidad de alcohol, empieza a desinhibirse, a conversar un poco más, a socializar, incluso, a reírse; aparentemente empieza a hacer más fácilmente amigos y amigas. En el caso de las otras drogas, por ejemplo, las alucinógenas pueden producir alucinaciones con respecto a lo que se está mirando, se está escuchando, se está sintiendo y produce creo que, principalmente una sensación de placer o una sensación agradable, por ejemplo, la marihuana una sensación de relajación de desinhibición también. En el caso del cemento de contacto, por ejemplo, los solventes como que se aleja de las emociones negativas como la tristeza, la angustia y la preocupación porque entra en otro mundo, en otra manera de ver el mundo o de percibirlo.

¿Cuáles son los principales riesgos que asocias con el consumo de estas drogas?

Dentro de todo esto el tema de, por ejemplo, una posible intoxicación o una sobredosis que podría llevar a la persona a la muerte. Si es que no es una droga que puede llevarle a una sobredosis necesariamente, por ejemplo, si hablas del alcohol, puede llevar a problemáticas si la persona ya tiene una conducta agresiva previamente y a esto se suma el alcohol, esto puede producir alguna situación de violencia en contra de su familia, en contra de sí mismo, aumenta el riesgo de intento de suicidio, o incluso, el suicidio mismo. Aumenta el riesgo de accidentes de tránsito, claro si esto ya está dentro de una dependencia o un uso crónico también, la pérdida del empleo, por ejemplo, la pérdida de la familia, eso creo que principalmente.

¿Cómo entiendes tú la imagen del consumidor, es decir, quiénes consumen drogas?

De lo que yo he podido atender, observar, pues la gran mayoría son los hombres. Un porcentaje alto son hombres, de ahí hay un porcentaje alto también de personas jóvenes, por ejemplo, depende yo creo de la edad también, en la adolescencia empieza el consumo por curiosidad o el consumo también por copiar a sus padres. Entonces el consumo más frecuente que yo encontraba y he podido observar es el tema del consumo de marihuana, por ejemplo, ya cuando van avanzando en edad y comenzaron a consumir muy pequeñitos ya se avanzaron y se engancharon en el consumo, pueden avanzar a otras drogas que son las drogas duras como, por ejemplo, la base de cocaína o hacen la mezcla. Pero yo he visto en adultos, que sé yo tipo 40 o 50 años en adultos mayores que son mas bien, alcohol entonces creería que por esas edades más o menos son quienes consumen mayormente este tipo de sustancias.

Entrevistador: Pasamos al siguiente apartado. Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos personales.

¿Cuáles son las drogas más comunes en tu entorno social, familiar o laboral?

Principalmente, el alcohol y el cigarrillo.

¿Has tenido tú alguna experiencia directa o indirecta con alguna de estas drogas?

Yo si he consumido alcohol, creo que así muy pocas veces y en muy poca cantidad, pero si he consumido alcohol, típicamente en una fiesta, en una reunión familiar, en una reunión social. Tengo amigos que, si consumen marihuana, a pesar de que ya son grandes, me refiero a mi edad, tienen 40 años más o menos y tienen ya sus familias entonces yo los he visto consumir a veces en reuniones sociales, ya se apartan entonces yo sé lo que van a hacer. Eso me incomoda un poco, pero si lo he visto.

¿Cómo describirías tú la experiencia con el uso del alcohol?

Si hablamos en tiempo, o sea hace rato, por edad es diferente las experiencias. Yo la primera vez que consumí alcohol, fue a los 18 años entonces sí fue como una cuestión experimental y yo siempre digo que tengo cabeza de pollo para el alcohol. Yo tomo poquitito y ya me emborracho, incluso, con vinito no más o con cervecita, yo me emborracho entonces yo igual. Yo me acuerdo que mis amigas tomaban, que sé yo, cinco tacos y yo apenas iba en la mitad del primero y ya estaba un poco mareada entonces yo siempre tomaba un poco menos que los demás. La condición que yo siempre tenía, era de no emborracharme mucho porque tengo que cuidar a los demás o a las demás que, por lo general, siempre salía con mis amigas que eran como siete. Entonces en la adolescencia sí había consumido alcohol, no recuerdo alguna vez haber bebido hasta no acordarme de nada, mas bien cómo te digo, siempre tuve esta sensación de “tengo que cuidar” porque tenía amigas que si tomaban hasta perderse entonces yo siempre estaba pendiente de con quien estaban, a donde se van, si se cae, si se durmieron, quien está al lado y ni sé que entonces mas bien, era por esa condición que yo como que siempre veía hasta donde y, aparte como sabía que me emborrachaba muy rápido decía “no, no hasta aquí no más” pero, por ejemplo, si consumía un poquito más tal vez, era como más tolerante a la cantidad poca que yo tomaba. Cuando fui creciendo, tipo universidad, si me invitaban por ahí “vamos a tomar esto, por aquí, por allá”, yo tomaba muy poco siempre, siempre ha sido así, como muy poquito, y ya mas bien ahora en mi adultez y luego de ser mamá pues, ya casi nada realmente. Igual cuando yo voy a alguna reunión social o familiar, yo no consumo casi nada de alcohol porque tengo, como que bien metido en mi cabeza como una autoregla, de yo no quiero que mis hijos, me van así entonces yo no me paso. Más bien, yo voy a reuniones sociales donde veo que las personas se emborrachan, yo no, porque yo siempre estoy vigilando, siempre estoy cuidando entonces actualmente ya casi nada realmente, ya tengo completamente claro. Mi gusto es como muy sensible al alcohol entonces no me gusta mucho entonces casi no consumo nada, realmente muy poquito.

¿Cuál crees que sea el primer aspecto que se debe tomar en cuenta para consumir drogas?

Creo que el no mezclar las drogas, por ejemplo, si hablamos de alcohol no mezclar los licores porque creo que eso no es una buena recomendación realmente, incluso, por las consecuencias que vienen después. Creo que también para tomar, hay que saber con quién se lo hace, yo creería que sí hay que saber con quién se lo hace porque, por último, si uno se pasa mucho de los tragos si sabes con quien estás, sabes que los demás te van a cuidar o estar contigo, no te van a dejar ni nada y, en todo caso, pasas la parte de alcoholizarte y el chuchaqui, pero a la final sabes que estuviste con personas que te pudieron cuidar, creería yo, o incluso, que tú también puedas cuidar al grupo con el que estás.

Entrevistador: Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos en profesionales de la salud.

¿Cuál crees tú que son las drogas más consumidas por nosotros, es decir, por los profesionales de la salud?

Yo creo que el alcohol, por lo que he podido ver en menos grado, pero si igual el cigarrillo también de lo que yo he observado.

¿Cuáles crees tú que serían las motivaciones para que los profesionales de la salud consuman estas drogas?

Relajarse, socializar, tener como un momento de reírse porque es como que, de pronto dentro de copas encuentras más cosas para reírte y algo así entonces creo que tiene que ver con el hecho de socializar. Sin un traguito es como hasta decimos “no hay cariño” entonces creo que es como esa manera de decir “me quieres, te quiero, brinda” entonces creo que es como esto del compañerismo, esta hermandad porque nosotros dentro del trabajo somos una especie de familia también. Y, en nuestro caso, la gran diferencia con la familia de sangre es que estamos todo el tiempo estresados, por una u otra cosa, y son realmente pocos los momentos en donde podemos socializar, si es que no es en algún momentito de almuerzo o apenas timbramos en la mañana o en la salida. Entonces estos espacios que nos permiten como compartir alcohol o un cigarrillo, son estos momentos que, con tus panas, tus compañeros, cuentas cosas que el día a día no lo haces.

¿Cuándo y dónde consumen estas drogas los profesionales de la salud?

Yo creo que bares principalmente, lugares donde puedes comer y también consumir alcohol y, como ya al ser profesional de la salud, ya tienes de alguna manera un cierto estatus entonces ya te vas a lugares donde puedes pagar, lugares más agradables, más chéveres entonces creo que bares, donde puedes ver el fútbol, también ves a alguien que canta, no sé alguna cuestión.

¿Cómo crees tú que ve la sociedad el consumo de drogas en profesionales de la salud?

Yo creo que el tema de consumo de sustancias y drogas está bastante aceptado porque obviamente el alcohol es una droga, pero está legalizada al igual que el cigarrillo entonces es un poco como que, bueno somos una sociedad que socializamos a través de un traguito más o menos entonces tal vez, si a algún servidor o servidora de la salud nos ven pegándonos marihuana o base de cocaína, va a llamar mucho más la atención porque es otro tipo de sustancias, pero si nos ven igual consumiendo un vasito de alcohol, da la impresión de que no es está mal porque el doctorcito o la licenciadita también tiene derecho. Eso más o menos porque tenemos esta idea de que es parte del afecto, de que es parte de la vida, de que es parte de lo que nos identifica como ecuatorianos, como de la misma sociedad incluso como que se nos permite, pero claro, dependiendo de la sustancia.

Entrevistador: Ahora, vamos a hablar sobre la prevención del consumo de drogas.

¿Qué es para ti la prevención primaria del consumo de drogas?

Yo creo que, principalmente, prevención es retardar el inicio de un consumo, es lo que debemos propender de hecho porque tenemos conocido que quien empieza mucho más temprano el consumo de drogas es más fácil que se enganche y que no salga de ese consumo entonces creo que, la prevención es eso. Ayudar, aportar, afianzar el hecho que la persona no se enganche y que empiece lo más tarde que pueda en el consumo de sustancias.

¿Cuál crees tú que es papel que desempeña la prevención primaria dentro de los servicios del Ministerio de Salud Pública?

La verdad creo que, la prevención del consumo de sustancias es muy parecida a la prevención en todos los otros ámbitos que nosotros atendemos como salud, que lamentablemente a nivel de país, el nivel preventivo es bajísimo. El nivel preventivo para todas las patologías es realmente mínimo entonces creo que en el tema del alcohol y otras drogas no es diferente, creo que es la misma situación. La mayoría de personas que llegan con nosotros a la consulta, llegan cuando ya tienen un daño renal, un daño hepático, si hablamos de la parte médica. Ya si hablamos, en nuestro caso, de la parte emocional ya llega cuando está en problemas con la

pareja, cuando ya se han separado y cuando los hijos ya están grandes o cuando el esposo le golpeo a la esposa, lo hijos se levantaron y ahí le traen a terapia. Vienen cuando el chico, el joven ya tiene 20 años y comenzó a los 13 o 14, lamentablemente este proceso preventivo a nivel de salud integral, no está instaurado en nuestro medio y lamentablemente eso se ve evidenciado en todas las patologías y, en el tema de consumo de sustancias creo que no es la excepción.

¿Cómo se hace prevención?

Principalmente los trabajos creo yo, como Ministerio de Salud Pública, que nosotros hacemos con la comunidad, lo que nosotros explicamos a la comunidad, los trabajos que hacemos en cuanto explicar a las personas, a las familias, a los barrios, a los espacios educativos escuelas y colegios, con respecto al tema de los daños que puede producir el alcohol. Creo que estos son los espacios y también las consultas, donde les explicamos “mire, el consumir exceso de alcohol le hace daño” y todo esto. Creo que de pronto, a pesar de que hay muchas normativas y muchos proyectos dentro del Ministerio, no todos los cumplimos necesariamente, como deberíamos hacerlo, creo yo que no necesariamente cumplimos así. Creo que la parte preventiva, como nosotros la hacemos, es un tanto repetitiva, es desde la charla, la explicación que a veces ya no llega tanto, ya no llena mucho, de pronto unos si la escuchan, pero ya no nos hacen mucho caso que se diga, a pesar de que nosotros somos autoridad sanitaria entonces si tenemos espacios preventivos, pero no sé hasta qué punto surge el efecto que se supone que debemos alcanzar. No sé si realmente, por ejemplo, existen investigaciones de que todo el trabajo preventivo que nosotros hacemos está surtiendo un efecto, o sea hasta qué punto podemos mirar porque es como que solo estamos lanzando al aire y sabemos que estamos haciendo un montón de actividades, pero yo creería que lo más importante sería, de las 20 actividades que hacemos de las 100 actividades que hacemos, cuál fue el producto de eso, a cuantos adolescentes ayudo para que disminuyan el consumo, a cuantas personas se apoyó para que no entraran en consumo, es difícil y complicado determinar esto, pero creo que ahí se podría mirar. Creo yo que, sería importante revisar si es que realmente estamos cumpliendo el objetivo para el que fueron creadas o desarrolladas.

¿Cuáles crees que son las alternativas si la prevención falla?

Yo creería que las alternativas a la prevención sería el trabajo mancomunado, el trabajo conjunto porque también, así como a veces a la salud se la mira como una cuestión separada entonces se mira a la persona como una persona solamente en lo físico o en lo emocional, o sea en diferentes aspectos y como que la segmentamos y en el tema preventivo hacemos la misma cuestión. Entonces yo siento que salud hacemos lo que nos corresponde a nosotros y trabajamos desde nuestros temas, educación hace lo que le corresponde y trabaja con sus temas. Cada uno de nosotros tenemos guías y normas súper bien estructuradas, super bien hechas por gente muy preparada. El MIES, de la misma manera, tiene sus estructuras bien hechas donde cada uno trabajamos desde nuestros espacios, creo yo que no hay un real trabajo integral que nos permita ahí si prevenir porque, por ejemplo, el MIES trabaja desde los más chiquititos entonces lo ideal sería que empecemos a trabajar desde ahí, no ni siquiera en la adolescencia sino en la infancia y de ahí ya de alguna manera con las familias y esto, pero yo creo que no trabajamos mancomunadamente, creería yo que realmente una respuesta sería que todos nos unamos y pongamos los planes que tenemos, unirlos para poder hacer un trabajo uniforme, por ejemplo, el Ministerio del deporte que sería excelente acá, todo lo que tiene que ver con las artes también porque se ha demostrado en otros países, por ejemplo, cuando los chicos, las chicas, los niños y las niñas están expuesto a situaciones, por ejemplo, donde se le oferta mucho más el deporte o el arte tiene menos riesgo de entrar en consumos porque el arte y el deporte desencadena emociones de pasión, emociones placenteras, de alguna manera, parecidas a las que te produce la droga entonces creería yo que esa sería como una posibilidad,

pero como nosotros dependemos de gente que está más arriba entonces es un poquito difícil. Yo creo que no es imposible, pero creo que si se torna un poco difícil.

¿Prevención y tratamiento son distintos o son lo mismo?

Creo, por ejemplo, que si es que vamos a tratamiento estamos hablando con una persona que ya estuvo en consumo y creo que la prevención si es que nosotros las relacionamos, como tú me planteas, claro obviamente sería en trabajar en procesos o programas que permitan prevenir una recaída, permitan prevenir un posible empeoramiento del consumo de sustancia, como de hecho dentro del Ministerio mismo, el planteamiento principal es el de reducir el daño entonces creo que eso también es un forma de prevenir entonces, el tema no es que deje de consumir, sino vaya consumiendo poco o elija la sustancia que va a consumir no mezcle tanto, por ejemplo, las sustancias o el licor, sepa con quien también está tomando entonces creería que ahí también ya está la prevención. Estas haciendo el tratamiento para reducir el consumo, pero de paso también estás haciendo una situación preventiva que no siempre se tiene muy claro porque las personas que van a tratamiento piensan son aquellas que no pueden dejar de consumir, pero cuando escuchan el tema de que no es que dejen de consumir, es más bien, que vayamos haciendo un plan para que usted pueda ir de poquito disminuyendo, que por lo menos tenga menos afectación entonces creo que ahí también entra la prevención.

¿Cuál crees tú que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención del consumo de drogas?

Creo que, el tema de la prohibición misma, o sea la prohibición por la prohibición creo que no funciona en ningún tema, no solamente en el tema de las drogas, sino en cualquier tema si no está acompañado del porque te prohíbo y sobre todo también el tema de haber te prohíbo esto pero que te doy como opción y eso es algo que yo siempre digo, si quitamos un droga tengo que darle algo tan fuerte que realmente permita sostenerle mientras no consuma droga entonces, por eso digo, prohibición por prohibición. Por eso digo que todo va de la mano, sí, tenemos planes preventivos super bonitos en el papel, pero tan flojos ya en la práctica, difícilmente podemos asumir una prohibición si no es fuerte lo que estamos planteando. Entonces creo que realmente y no sé si siquiera sería como prohibición, sino que tal vez, el tema de que haber te explico que puede pasar con esto y no desde el susto tampoco ni desde el miedo. Yo te explico para que puedas decidir y puedas elegir y sino listo, si te prohíbo tal cosa, te prohíbo que consumas marihuana tantos gramos o que tengas tantos gramos de cocaína o que como niña o niño no puedas consumir alcohol o esté prohibido el tema de la solución, por ejemplo, que también es relativo porque se supone que esto es prohibido, pero si un guagua o adolescente va a la ferretería y pide una solución pues le venden, no es problema entonces, creo que es una cuestión de mas bien saber acompañar esto y saber dar opciones, pero eso es algo que no tenemos. Me prohíbes, pero que me das a cambio, no consumas en la esquina porque si te encuentro en la esquina tomando te llevo preso, si te encuentro con tal cantidad entonces te llevo preso por tanto tiempo entonces listo “te puedo llevar preso, pero te pongo esta opción”, o sea tienes la opción de aprender esto, ven a tocar un instrumento si te gusta o ven a este tipo de deporte o este tipo de actividad que de pronto, te puede interesar, o sea tener opciones. Entonces prohibir, prohibir, por ejemplo, si estamos hablando de adolescentes o personas muy jóvenes, más bien es la etapa donde la prohibición es más interesante. Si me prohíbes entonces más ganas tengo de hacerlo porque está prohibido entonces realmente creo que la prohibición bajo esas condiciones de prohibir por prohibir, no están bien no son adecuadas.

¿Qué es para ti la reducción de daños asociado al tema del consumo de las drogas, te es familiar el término?

La reducción de daños justamente es el tema de que, si la persona está consumiendo absolutamente todos los días, por ejemplo marihuana, eso ya empieza a observarse un deterioro en ciertos aspectos de su vida como, por ejemplo, en la familia, empieza a aislarse, empieza a

ponerse muy enojado, se vuelve muy irritable, se aísla en su dormitorio, está todo el tiempo en el celular, por ejemplo. Y si pasa a otra sustancia porque la cantidad de marihuana ya no le está haciendo efecto entonces pasa a otra sustancia para tener el mismo efecto. Entonces la reducción de daños justamente es el tema de que no llegue a esta sustancia más fuerte, vamos a ir a ver cuántas veces al día consume si la hace dos veces, vamos a reducir para que lo haga solo una vez o tal vez la cantidad o si lo hacía los siete días de la semana, tratamos de un día no hacerlo y reducir en espacio, si es en alcohol de la misma manera. También igual reduciendo la cantidad tal vez y, como decía antes, no mezclar los licores, no tener alcohol en la casa. La idea es que no llegue la persona a aumentar la dependencia y que los órganos internos no se afecten tanto como si siguiera consumiendo todo el tiempo. Yo pienso que, si es buena opción porque ya hemos visto a lo largo de los años que cortar un buen día el consumo, no está funcionando porque la recaída puede ser mucho peor que el inicio del consumo.

¿Cuál es el rol que ocupa la reducción de daños en los servicios que oferta el MSP?

Claro, depende de en qué grado de consumo lleve la persona, si es que es un consumo que claro se puede trabajar, entiendo que dentro de, por ejemplo, los servicios ambulatorios intensivos que nosotros tenemos, trabajan justamente en este proceso de reducción de daños entonces creo que sí es efectivo el proceso que realizan los compañeros. A parte también como trabajan con la familia, al entender la familia lo que está pasando, al entender la familia como tienen que aportar, como tienen que apoyar a esta persona con consumo, pues ayuda bastante para que el consumo reduzca. Entonces yo creo que, sí se trabaja con el tema de reducción de daños y también se dan alternativas como trabajar con terapias grupales, con terapias individuales también trabajar haciendo otro tipo de actividades, por ejemplo, trabajando con terapia ocupacional. Permite también que se pueda hacer otras actividades, que se den cuenta para que otras actividades son buenos o buenas, que otras actividades pueden hacer en vez de consumir.

¿Reducción de daños y tratamiento son distintas? ¿Se los puede relacionar?

Yo creo que la reducción de daños es parte del tratamiento, o sea está dentro del tratamiento de hecho, entiendo yo.

Entrevistador: Bueno con eso hemos concluido el cuestionario que teníamos preparado. Ahorita me restaría, abrir un espacio más tal vez para alguna idea que tú desees completar o alguna respuesta que te gustaría detallar o profundizar o, simplemente, abrir un espacio para un comentario final tuyo.

Comentario final: Creo que principalmente, como te decía hace rato, creo que una de las falencias que nosotros tenemos a nivel de salud pública, sobre todo, creo que el tema de, bueno a nivel de todos espacio o servicios públicos, sobre todo, creo que es esta posibilidad de dar opciones, como te decía. Porque yo creo que, como decimos “bueno, vamos a trabajar en esto para que vaya disminuyendo el consumo y esto”, pero que otra opción le doy porque la otra opción que le damos tiene que ser igual de fuerte o más fuerte que el consumo de alcohol, pero nosotros estas opciones no necesariamente las tenemos, o sea no trabajamos en base a eso, creería yo. Yo siento que estas opciones no las tenemos fortalecidas realmente entonces creo que es eso, sobre todo, que opciones tenemos y como podemos fortalecernos para que estas opciones puedan darse y podamos decir “bueno listo, deja de hacer tal cosa y puedes hacer esto”. Yo creería que esto es bastante complicado, yo creería que es un trabajo de ir haciendo un trabajo integral, un trabajo de sentarse entre carteras de servicios y decir “veamos que opciones tenemos”. Pero, a veces tal vez, desde las carteras del Estado queremos como un poquito, quien hace más, pero un poco es en como estamos usando todo lo que tenemos entonces, yo creería que principalmente son las opciones, incluso, por el tema educativo mismo. O sea, te voy a quitar la sustancia, pero te ofrezco un espacio educativo tal vez un poco más atractivo, se me ocurre. Porque con los chicos que yo trabajo en todos estos años en el

Ministerio no he encontrado algún chico que me diga “a mí me encanta ir al colegio” entonces sí creo que eso es fundamental porque si voy al colegio y no veo nada que me llame la atención entonces por ahí sería de abrir estos espacios.

Participante 11

Entrevistador: Muchas gracias por aceptar esta entrevista, únicamente para dejar constancia de lo expuesto en el consentimiento informado, ¿está usted de acuerdo con que se grabe esta conversación?

Participante 11: Sí, claro.

Entrevistador: Muchas gracias. Vamos a iniciar con unos datos de identificación. ¿Cuánto tiempo lleva usted laborando en el MSP?

P11: 13 años, más o menos desde el 2008.

Entrevistador: ¿Cuál es su experiencia laboral total?

P11: 15 años.

Entrevistador: ¿Cuál es su formación?

P11: Psicólogo clínico.

Entrevistador: ¿En dónde te graduaste?

P11: En la Universidad Central del Ecuador.

Entrevistador: ¿Cuántos años tiene?

P11: 53 años.

Tenemos básicamente 5 secciones, esta pequeña introducción nos permite pasar a la primera sección, que se refiere a algunos saberes relacionados en torno a las drogas.

¿Qué son para usted las drogas?

Partiendo de los términos dados por la Organización Mundial de la Salud, es una sustancia tóxica que, introducida en el cuerpo, provoca alteraciones en la percepción, en el comportamiento, en los afectos y en algunas otras áreas, puede llegar a la dependencia puesto que hay una base neurológica, culturales, genéticas entonces puede llevar a una dependencia dependiendo de los factores de riesgo o protección que tenga la persona. Puede alterar, de esta manera, sus esferas de vida.

¿Qué drogas existen?

Hay farmacológicas, hay drogas alucinógenas, hay estimulantes, hay depresivas dentro de la típica clasificación porque hay múltiples calificaciones, pero a la que más me apego es la más clásica, la más comprensible; alucinógenas, depresivas, estimulantes y farmacológicas también.

¿Qué efectos producen las drogas?

Dependiendo del tipo de droga, como habíamos dicho, alucinógenas digamos; éxtasis, marihuana o cannabis, como la conocen, estimulantes; cocaína, heroína, depresoras; alcohol y así podrían clasificarse los efectos psicoactivos de las sustancias.

¿Cuáles son los principales riesgos que usted asocia con el consumo de estas drogas?

Riesgos psicosociales para la propia vida del ser humano, del que consume, es un caos su vida, deteriora su vida familiar, laboral, interpersonal y para la sociedad mucho más. Estamos viendo una época donde vemos los resultados, las últimas noticias, la situación consecuente del consumo en las cárceles, en las calles la delincuencia, por supuesto que no todos son así, pero las consecuencias son claras. Los riesgos psicosociales a todo nivel para la persona, para la sociedad y para la familia, para el ámbito laboral, para el Estado. Un daño enorme, un daño terrible que puede sumir a un país aún más en la pobreza porque los gastos económicos psicosociales son enormes, las pérdidas tanto humanas como materiales, tantas cosas.

¿Cómo entiendes tú la imagen del consumidor, es decir, quiénes consumen drogas?

Todo el mundo puede consumir drogas, al menos hoy en día, palabras más palabras menos, pero está legalizada como lo quieran llamar después de ciertas disposiciones políticas que hubo del consumo del cannabis, de pronto, alcohol y tabaco. Todo el mundo que quiera consumir, en todo nivel, la droga no discrimina edad, sexo, raza ni nada por el estilo, cualquier persona puede consumir.

Entrevistador: Pasamos al siguiente apartado. Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos personales.

¿Cuáles son las drogas más comunes en su entorno social, familiar o laboral?

Típico alcohol y tabaco, las drogas más consumidas y entre las más dañinas que existen.

¿Ha tenido alguna experiencia directa o indirecta con alguna de estas drogas?

Si, alcohol y tabaco principalmente, por ahí he experimentado marihuana base también, por ahí también una pastilla, en mis años de juventud he tenido cercanas experiencias.

¿Cómo describiría la experiencia con el uso del alcohol?

Inicial por curiosidad, por presión social de los pares, más fue curiosidad. También el entorno familiar-cultural influyó mucho, el alcohol en los inicios. En la familia alcohol padres, hermanos antes era, no sé si era machismo, los mismos padres inculcaban al consumo de alcohol o tabaco. Era sinónimo de machismo, de pronto, “si mi hijo ya cumplió 18, ya tiene que beber, tenga mijo su vaso de cerveza”.

¿Cuál cree usted que sea el primer aspecto que se debe tomar en cuenta para consumir drogas?

La prevención, prevención que no existe o es mínima. Al menos desde que tengo uso de razón nunca ha habido un tema de prevención en consumo de drogas, se lo ha topado brevemente, pero no se ha hecho gran cosa, más ha habido promoción del consumo de drogas en medios de comunicación, avalancha de noticias y de novelas insinuando con prototipos espectaculares de consumidores y traficantes, más ha habido eso que prevención. No hay, no existe creo yo aquí.

Entrevistador: Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos en profesionales de la salud.

¿Cuál cree usted que son las drogas más consumidas por nosotros, es decir, por los profesionales de la salud?

La más común alcohol y tabaco, típico en reuniones, una cultura alcohólica. En el trabajo, en el cumpleaños del compañero reunión con alcohol, se gradúa el compañero alcohol, llega el jefe, de pronto a las reuniones alcohol y tabaco lo más típico porque hay de todo en el ámbito de salud porque son muy vulnerables al consumo, el estrés en sí, creo que también es un factor que ayuda en eso.

¿Cuáles cree usted que serían las motivaciones para que los profesionales de la salud consuman estas drogas?

El ámbito laboral, en nuestro medio de salud pública al menos, el estrés laboral. El ambiente laboral es súper tenso porque cada quien ve por su lado sus políticas, los jefes llegan con sus políticas, otros vienen con otras políticas, la presión misma del usuario, la tensión. Hoy más que nunca el estrés se ve, al menos en salud mental, hay más presión por tener mayor número de pacientes y no hay calidad, como dice el MAIS, que se debe a la calidad, por el contrario, se acorta los tiempos de consulta y esa tensión de que tengo que tener una matriz llena de pacientes, no hay una manera de dar esa calidad de atención y es muy presionante entonces la sanciones por no llenar las matrices, más hace uno matrices que terapias. Entonces la tensión laboral en el ámbito público no se toma en cuenta mucho eso, pese a que hay principios y hay normas a las que regirse en la salud como es la calidad y la calidez, principios básicos de la atención, piden eso, pero nos dan trabajos que no nos permiten. Hacemos el esfuerzo necesario, pero ahí está.

¿Cuáles son los momentos y los espacios donde los profesionales de la salud hacemos uso de estas drogas?

He visto que, dentro del ámbito laboral, mucho más por supuesto a la salida. Viernes, con sus partidos de fútbol, pero dentro de las horas laborales si se da cuenta que se dan una escapada, más el tabaco por supuesto, el alcohol no mucho dentro del ámbito laboral. El licor si es saliendo, apenas saliendo del trabajo están ya pendientes de sus reuniones y ahí ya se da el consumo.

¿Cómo cree usted que ve la sociedad el consumo de drogas en profesionales de la salud?

Como que el consumo de alcohol y tabaco no hay una crítica social de la sociedad, hemos normalizado, si se ve a alguien fumando cigarrillos no pasa nada, si se lo ve tomando por ahí no pasa nada, está normalizado. Uno de los grandes errores porque el alcohol y el tabaco es uno de los problemas de salud pública que conlleva a enfermedades drásticas, letales, no se toma en cuenta esto por eso es que digo, no hay prevención, no se concientiza digamos esta problemática como tiene que ser entonces no pasa nada con el consumo de alcohol y tabaco.

Entrevistador: Ahora, vamos a hablar sobre la prevención del consumo de drogas.

¿Qué es para usted la prevención del consumo de drogas?

La prevención son esas pautas que se tienen que tomar para prevenir que suceda o aparezca una problemática psicosocial, como es el consumo de drogas. Son esas pautas, esos programas que debe haber sobre prevención, proyectos de pronto. Evitar que aparezca un mal psicosocial, en este caso de drogas, evitar que se llegue al consumo.

¿Cuál cree usted que es papel que desempeña la prevención primaria dentro de los servicios del Ministerio de Salud Pública?

Es que como digo, no hay, la prevención se da en primer nivel de atención, centros de salud. El MAIS habla de 70% extramural, para prevenir, para funciones de prevención y esas funciones no las hay y, las ocupan más para la atención. Visita domiciliaria es una atención fuera del hospital en casa, es una atención no es una prevención, no se trabaja en prevención. O sea, el papel de la prevención a lo mejor la topan superficialmente con un videoforo en una escuela, no se llega a más, hasta ahí. No hay esa función de llegar como al 70 o al 50% en áreas suburbanas de trabajo extramural para prevención pura, porque yo trabajé en primer nivel, entonces salía al trabajo extramural, pero a hacer una atención y ocupaba más tiempo. Por un paciente que iba a atender, me demoraba medio día, lo que yo hubiese atendido ocho o cinco en la mañana, digamos. Entonces el rol como que todavía no se lo ha tomado aún de una manera efectiva, como tiene que ser el rol de la prevención al menos en el ámbito público, peor en el privado.

¿Cómo se hace prevención, cuáles son las acciones concretas?

Llegar al mayor número de personas, evitar, como digo, que llegue al consumo y si ya hay, evitar que llegue a la dependencia del consumo. De esa manera, armar proyectos, como decía, programas encaminados interinstitucionalmente. He visto por ahí que se reúnen, pero no es a la problemática en sí, sino a dar una charla sobre drogas, pero no a la charla preventiva, con los padres de familia, con los profesores. Habrá por ahí alguien que si lo haga, pero no la he visto a fondo, no hay las facilidades, no hay los presupuestos porque si vamos, uno tiene que gastar del propio bolsillo. La institución pública lastimosamente es así, no hay el presupuesto, como puedo hacer si nos manda con el mismo dinero que nosotros tenemos que gastar. De todas maneras, son los nudos críticos que existen dentro de la prevención.

¿Qué pasa cuando la prevención falla?

Cuando la prevención ha fallado y falla, ahí están las consecuencias, qué alternativas, reunir salud mental. Es hora de que el Ministerio y la red pública de salud y, de pronto, la red privada,

se unan en una gran convención para resolver estos temas. Saber que estrategias podemos dar porque, la salud mental que abarca todas las áreas de psicología, medicina, todo es salud mental pues entonces reunir para crear estrategias, a ver que hacemos, intervenir en políticas públicas, solicitar o proponer planes y algún otro proyecto y presentar, no sé al congreso o al ministro como sea el circuito estratégico jerárquico para llegar allá, pero se debería hacer eso.

¿Para usted hay alguna relación entre prevención y tratamiento, es posible relacionarlas de alguna manera?

Van relacionados, la prevención también se hace en un tratamiento porque si tengo una persona que inicia un consumo, mi prevención es secundaria, evitar que llegue a la dependencia entonces va de la mano. Además, que una psicoeducación es una forma de terapia entonces si psicoeduco a personas, incluso, que no inician un consumo, pienso que es algo terapéutico también, evitar dentro de la prevención por supuesto. Si se lo hace como una forma protocolo que asista a psicología, como el programa de ESAMyN, llega la mujer embarazada no obligatoriamente, pero sí una obligación moral, atraerse por el proceso de atención psicológica por lo menos dos, tres veces y ahí se identifica muchas cosas y, ahí se hace terapia también. Se previene y se hace terapia a la vez, pero claro por motivos estratégicos está dividida la promoción, prevención y el tratamiento.

¿Cuál cree usted que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención de drogas?

La prohibición, dependiendo como se lo tome, porque el adolescente se debe guiar y orientar porque si se le deja a la voluntad de las políticas, que son muy liberales y que está bien que consuma tantos gramos si lo desea, y el adolescente no está para esperar eso. El adolescente está bajo presión y sobre un riesgo eminente, hoy más que nunca. Si le decimos si quiere consuma o sino no, ellos lo que van a hacer es consumir porque los padres están ahí. Entonces si se debe regular las normas para niños, niñas y adolescentes, dar esa tutela a los padres, la obligación de educar sin llegar al maltrato por supuesto, el código de la niñez, no sé cómo lo intérprete, pero cualquier cosa es maltrato y no se le debe prohibir, no, la prohibición en niños, adolescentes y adultos no sé si antes este tema puesto así, como prohibición y estábamos mejor. O sea, solamente falta regresar a ver la historia, desde que se liberó todo fue un caos, debe ser, pero regulada esa prohibición. Yo voy por ese camino porque cuando se dio la libertad de que consuman no más, en cualquier sociedad que haya dado la libertad de consumo, hay aumento de consumidores, o sea fácil, así no más.

Entrevistador: Vamos a cerrar la entrevista, hablando de la reducción de daños asociado al consumo de drogas.

¿Qué es para usted la reducción de daños asociado al tema del consumo de las drogas, está familiarizado con el término?

La reducción de daños, es amplio el término porque va desde la terminología de terapia, del consumo, del consumidor hasta el factor económico. O sea, siempre hay la persona que consume, se le dice no evitar que consuma, pero si evitar que haga daño, por ejemplo. La reducción de daños depende si es al consumo o dependiendo de la droga hay éxito en la reducción de daños porque si ya está en dependencia, decirle que no consuma mucha cocaína sino menos en una jornada complicado, no hay como, no hay manera. Claro que hay con la metadona que les dan para opiáceos, se ha visto un éxito dicen, pero es cambiar una droga por otra, a la final ya hay tolerancia y va a llegar a lo mismo. No sé en que sentido se haga reducción de daños o se pueda hacer, pero justamente los planes irían en ese sentido, de crear que otras alternativas crear para que consuman menos. Es una forma de reducir daños que el Estado provea de trabajo porque esa es una de las causas fundamentales para el consumidor, no tiene trabajo entonces, claro que no es una justificación, hay personas que no trabajan y son muy decentes, no consumen, pero el ámbito de la personalidad es individual tantas

personalidades existen como personas en el mundo entonces se da la problemática. Entonces reducción de daños sería estudiar más a fondo el tema para saber que puedo reducir, que daños puedo reducir en una persona.

¿Cuál cree usted que es el rol de la reducción de daños dentro del MSP?

Ni se ha topado el tema de la reducción de daños ni del consumo, peor para tratar el tema de reducción de daños. No hay programas, no hay ese impulso de trabajar en la problemática, cuando nos hemos reunido para hablar de esa problemática en salud mental, por ejemplo. Que yo sepa no, hace algún rato que yo me acuerde hace seis años, se hablaba dentro de charlas, pero para promocionar las normas que se crearon, la tabla de consumo que no es una legalización sino es, bueno tantas cosas que hacía, palabras más palabras menos, se legalizó el consumo y punto. Porque que dice la ley, hasta 10 gramos de marihuana, hasta un gramo de cocaína y no es penalizado, se dio paso al microtráfico, no más les favoreció a ellos. En el MSP reducción de daños, que yo sepa, no se toca al menos yo que estoy en primero, que he pasado, no hay. No se ha hablado ni siquiera del tema.

¿Cómo se hace reducción de daños asociado al tema de las drogas?

Eso digo, no entiendo aún la manera del tema de reducción de daños en el consumo. A lo mejor en sociedad evitar, creando plazas de trabajo, centros para personas con problemas de consumo de drogas, pero en el Ecuador no hay. En Ecuador hay, a ver el CETAD, que se entiende que es para 40 personas y el número de consumidores rebasan este número, no hay para adolescentes, bueno en Otavalo creo que hay uno, para mujeres no hay aquí. Pumamaqui para adolescentes embarazadas se acabó, pero nos hemos visto en el embrollo de insertar a mujeres adultas consumidoras con graves problemas de embarazo en la parte de VIH, hemos querido insertar y no hay respuesta, ¿dónde las ponemos? Como voy a reducir, si no hay ese respaldo logístico de donde ubico a las personas para si quiera intentar tratar de reducir daños porque la persona, trabajar en reducción de daños por ahí algo se podría hacer, si es que hay esa alternativa, pero ya depende de la persona que este en el proceso de tratamiento, pero hasta ahí no más.

¿Reducción de daños y tratamiento son distintas? ¿se los puede relacionar?

Al menos con alcohol y tabaco se podría, drogas legales y suaves, digamos por así decirlo. Tantos tabacos, una cajetilla, fume la mitad y bueno reducir su adicción por lo menos que no consuma mucho, pero una persona en dependencia de cocaína decirle esto, no hay tal porque se debe trabajar en su aspecto general de vida, familiar, laboral, educativa y comunitaria, pero si no hay las condiciones que tenga para lograr que él se libere de este consumo o disminuya ¿qué puedo hacer?, decirle “vaya a la casa” pero si no hace nada en la casa en el ocio, entra en ansiedad y va a consumir. No lo veo aún, haciendo el esfuerzo, por supuesto, individualmente terapéuticamente se podría intentar, pero se ha tenido éxito en alcohol y en tabaco en otras drogas no, en cannabis de pronto también, pero ya cocainómanos no, tendríamos que tener condiciones para que la persona empiece a trabajar en reducción de daños, pero si no las hay, no hay mucho éxito. Se intenta, pero hasta ahí llega todo.

Entrevistador: Bueno, con eso hemos concluido el cuestionario, ahorita me restaría, abrir un espacio más tal vez para alguna idea que usted desee completar o alguna respuesta que le gustaría detallar o profundizar o podríamos cerrar aquí.

P11: Si, no hay problema, cerrarlo.

Participante 12

Entrevistador: 6 de octubre de 2021 son las 16:45, muchísimas gracias por aceptar esta entrevista, solo para ratificar el compromiso que habíamos adquirido a través del consentimiento informado, me gustaría preguntarte, ¿estás de acuerdo con que se grabe esta conversación?

Participante 12: Si, no hay problema.

Entrevistador: Ok, muchas gracias. Cuéntame, ¿cuánto tiempo llevas trabajando en el Ministerio de Salud Pública?

P12: Aproximadamente, estoy trabajando como 6 años.

Entrevistador: ¿Cuál es tu experiencia laboral total?

P12: En consumo estoy como unos 9 años, más o menos, que he estado trabajando en problemas de consumo de drogas.

Entrevistador: ¿Cuál es tu formación académica?

P12: Psicólogo clínico.

Entrevistador: ¿En dónde te graduaste?

P12: En la Universidad Central del Ecuador, más o menos por el 2008, me gradué.

Entrevistador: ¿Cuántos años tienes?

P12: 46 años.

Esta pequeña introducción nos permite pasar directamente a algunos saberes relacionados en torno a las drogas.

¿Para ti, qué son las drogas?

Son sustancias químicas que, alteran el desenvolvimiento de la persona, lo mismo que provocan daños y es fácil que la persona cada vez entre en un estado donde no puede vivir sin ellas precisamente porque hay una alteración química en su cerebro.

¿Qué drogas existen?

A ver las clasificaría como dentro de las más suaves, iría la marihuana porque es por donde normalmente todas las personas pasan o inician con un consumo de alcohol y progresivamente con el consumo de lo que es marihuana y, posteriormente, yo diría van a la más fuerte. Cada vez yo digo, como la persona ya no siente ese placer con la que es, yo diría más suave, pues van utilizando lo que es más fuerte, llegando a la cocaína y lo último que es los alucinógenos, incluso, los inhalantes también. Entonces yo veo desde esta clasificación como ir desde lo más suave hacia algo que te produce una satisfacción o el individuo va queriendo buscar más satisfacción entonces yo diría que va hacia la más dura.

¿Qué efectos producen las drogas?

A ver, yo diría cambios en toda su conducta y comportamiento, el hecho de que se vuelven irritables por no consumir y los cambios a nivel familiar que se producen mal genios. Todo el tiempo están peleando o están buscando pelea entre ellos, obviamente para salir a consumir entonces lo cambios van, como digo, depende igual del tipo de consumo. Al inicio son cambios radicalmente leves, pero después sus conductas y comportamientos también van cambiando notablemente. Entonces cuando el paciente viene a ambulatorio, por ejemplo, asiste totalmente descontrolado, con problemas de conducta, con problemas de comportamiento ya callejizados entonces ese es otro tipo de pacientes que tenemos en ambulatorio.

¿Cuáles son los principales riesgos asociados al consumo de estas drogas?

Los riesgos principalmente irían en todos los ámbitos, pero yo diría, los más dañinos serían el hecho de destrucción de la familia porque eso es lo que termina. Como digo, al inicio del consumo no hay ningún problema tal vez o es lo que ellos sienten, pero conforme va avanzando el consumo lastimosamente los años a nivel familiar, yo digo, sobre todo, está más afectada, incluso, que el mismo paciente. La más afectada es la familia precisamente por estos cambios conductuales que hay en ellos, que se llevan las cosas o el mismo hecho de que comienzan a robar entonces esos cambios son los que más afectan a la familia. Ningún familiar quiere verle, en este caso a mi hijo o esposo, en este tipo de problemas y como yo les digo a los pacientes, es eso precisamente. Los problemas que tienen los familiares vienen con problemas de presión material entonces les afecta, si tienen hijos a los hijos, si tienen esposo a los esposos. Entonces yo digo ya depende del círculo social en el que el paciente esté, pero de que

son cambios muy fuertes, sí.

¿Cómo entiendes tú la imagen del consumidor, es decir, quiénes consumen drogas?

Yo diría que todos consumimos drogas porque recordemos que droga no es solo el hecho de que consumas una sustancia química, estamos hablando desde el mismo hecho, como en algún momento cuando uno lee Walter Riso que compara el amor con una droga, entonces yo diría todos somos adictos a algún tipo de droga. Puede ser alcohol, puede ser incluso tu misma pareja, pero es en sí lo que te produce el ansia de estar con una persona o consumir una sustancia que vaya llenando esos vacíos que tú tiene, entonces para mí, serían todos, sea con alimentación o con cualquier tipo de sustancia que a ti te guste.

Entrevistador: Ahora, vamos a hablar un poco acerca de los usos personales.

¿Cuáles son las drogas más comunes en tu entorno social, familiar o laboral?

En mi entorno lo que más yo veo es alcohol y el problema es eso, que está tan naturalizado que si tú tomas, en mi casa si tengo bastantes familiares que toman bastante, pero no lo ven como un problema, lo ven más bien como algo normal. Toman cada semana, por ejemplo, y nadie protesta, pero por ahí si es que alguien ya consumió marihuana ya es como que “chuta, que pasó porque estás consumiendo eso”, a pesar de que tal vez consume cada mes. Entonces en mi familia más el alcohol.

¿Has tenido tú alguna experiencia directa o indirecta con alguna de estas drogas?

Con el alcohol en alguna etapa de mi vida, a mis 17 años, como que sí o en la universidad si hubo consumo de alcohol.

¿Cómo describirías tú la experiencia con el alcohol y el tabaco?

Tengo una experiencia, en mi caso, yo diría buena porque tomaba con mis amigos de la universidad, por ejemplo. Sí, con ellos era cada viernes, salía de clases y lo hacía en tipo recreativo, ahora ya sé que no es recreativo, pero si lo hacía de esa manera, supuestamente salías el viernes y listo te tomabas tus traguitos e ibas a la casa. Con el alcohol si he tenido y precisamente ya cuando lo vi como problema, es como que ya dejé de hacerlo entonces por eso ahora muy poco. Tomo una vez al año así, precisamente porque ya lo veo como un problema.

¿Cuál crees que sea el primer aspecto que se debe tomar en cuenta para consumir drogas?

Yo diría que el aspecto más importante, sería el hecho de no sé, de que te sientas bien en tu casa, en tu ambiente. O sea, el hecho de que te sientas entendido y comprendido, en algún momento como te decía, creo que uno accede a las drogas precisamente por eso porque buscas algo que te llene esos vacíos. Entonces cuando uno comienza lastimosamente uno de queda enganchado a ese tipo de sustancias, precisamente porque te atrae bienestar o te hace olvidar de los problemas y eso es el principal riesgo, diría yo. Porque uno en vez de solucionar las cosas, lo que hace es envolverse en algo que te haga olvidar y como te digo “alejarte” supuestamente te alejas o te olvidas, pero no nos damos cuenta realmente de la dimensión del problema.

Entrevistador: Ahora vamos a hablar un poco acerca de los usos en profesionales de la salud.

¿Cuál crees tú que son las drogas más consumidas por nosotros, es decir, por los profesionales de la salud?

A ver lo que yo he visto, es más o menos alcohol, creo que el alcohol por el mismo hecho de estar normalizado, el que menos es “una cervecita o algo”. Así como problemas, problemas de consumo, no lo he visto mucho en el ámbito de salud como problema. O sea, a mi alrededor no he tenido personas que consuman, por ejemplo, cocaína o marihuana. Alcohol igual, creo que de vez en cuando si toman, como bebedores sociales lo hacen algunos y por ahí, uno que otro que he visto que tiene problemas de alcohol, pero he visto que son muy pocos.

¿Cuáles crees tú que serían las motivaciones para que los profesionales de la salud consuman estas drogas?

A ver, el mismo hecho he visto yo de bueno, diría yo, que han tenido problemas de alcohol anteriormente en su adolescencia. Con las personas con las que realmente he conversado y es como que lo ven al alcohol así de una manera como que “no hay problema, yo tomaba desde pequeño y lo sigo haciendo”, eso he visto más.

Entrevistador: ¿Cómo una especie de hábito que se trae?

P12: Si, como un hábito que se trae desde la adolescencia y se queda ahí, instaurado, incluso, así como tú ves en el hogar, como quien dice “Así me conociste, yo tomaba” entonces no hay ese cambio.

¿Cuándo y dónde consumen estas drogas los profesionales de la salud?

Si nos ponemos a mirar profesional, creo que, el problema es ese como que lo hacemos más camuflados, o sea, lo hacemos en lugares más aislado, más solitarios donde no te vea la gente. El mismo hecho de nosotros trabajar en el Ministerio de Salud, es como que más cuidado, es como que “vámonos a pegarnos una cervecita, pero vámonos acá que no nos puede ver nadie”. O sea, yo diría que buscamos siempre lugares donde no te conozcan más o menos. Y me parece que más se consume los viernes, igualmente instaurado porque los viernes he visto que toma más la gente.

¿Cómo crees tú que ve la sociedad el consumo de drogas en profesionales de la salud?

Yo diría que, lastimosamente la gente se deja llevar por lo que ve y sí a un profesional de la salud, que tenga tal vez un problema de consumo de cualquier tipo de droga, te va a ver mal. O sea, es como que “chuta, si ese man toma, ¿será un buen profesional?” y ahí queda con ese estigma. El tipo que fuma o que bebe es un mal profesional o una mala persona o, al menos así pienso yo que lo ve la sociedad, precisamente por ese mismo hecho, ocultamos porque aquí puede que haya muchas personas que tengan problemas, pero si tú haces un análisis nadie te va a decir que tiene problemas precisamente por eso, por ese tipo de estigma que hay. Tú bebes y ya eres un mal profesional.

Entrevistador: Ahora, vamos a hablar sobre la prevención primaria del consumo de drogas.

¿Qué es para ti la prevención del consumo de drogas?

Prevención es evitar que más personas, yo diría, tengan este tipo de problemas porque si hablamos de prevención primaria, es eso principalmente, evitar que las personas o más personas entren en este mundo del consumo. Para mí eso sería la prevención primaria que hacíamos, es evitar que más personas, adultos mayores o lo que sea, tengan este tipo de problemas como es catalogada como una enfermedad, podríamos decir eso, que más personas no vayan teniendo este tipo de enfermedad.

¿Cuál crees tú que es papel que desempeña la prevención primaria dentro de los servicios que oferta el Ministerio de Salud Pública?

El rol que ejecuta, yo diría, sería bastante bueno si lo aplicaríamos al 100% por 100%, es un rol como que, en muchas ocasiones, queda en segundo plano y el Ministerio mismo, pienso que no hace prevención, más bien hace yo diría, tratamientos y ahí es el problema donde vemos que hay más consumo porque precisamente no nos centramos tanto en la prevención, sino más bien, en el hecho de cuáles son los efectos, yo diría ya del consumo. Más no porque la gente consume, sino vamos luego ya cuando la persona, por ejemplo, es detenida, ahí si buscamos ayuda, lo que podríamos hacer en prevención es evitar que entre en el consumo.

Entrevistador: En ese sentido es como que es un rol periférico, o sea, no ocupa todavía un rol central.

P12: Claro, no es como que tú te vas a hacer prevención, prevención no. No hacemos eso

desde mi punto de vista.

¿Cómo se hace prevención?

Prevenir desde el ámbito yo diría desde pequeños, desde el ámbito de la escuela, le enseñamos estrategias, por ejemplo, el mismo hecho de sentimientos. La mayoría de personas tiene problemas de controlar sus impulsos y desde ahí pienso que parte el problema, si tú no sabes como controlar, hay muchas personas, yo digo, son manejadas por la ira o por el hecho del maltrato o así, pero el problema es el plano sentimental que no sabes canalizar toda esa energía y lo que lastimosamente analizamos mal, sea con este consumo de alcohol, drogas que supuestamente nos hace ver como que tomas y con eso te calmas y es al contrario porque mas bien generamos más problemas.

Entrevistador: Entonces para ti, ¿la opción sería hacer como una especie de educación emocional desde la infancia?

P12: Claro, hacer una educación emocional desde la infancia.

¿Qué pasa cuando la prevención falla, cuáles son las alternativas que hay?

A ver, si la prevención ya no funcionó, sería retomar nuevamente la promoción desde el plano, como te digo yo, más emocional porque lo que hacemos nosotros en la escuela es psicoeducación y tú ves que psicoeducación es el hecho de “ah, las drogas hacen esto y lo otro” ¿y? Me parece algo meramente informativo que realmente no te sirve mucho, como lo que decía de lo otro, el plano de ir a ver las emociones y aprender a controlar, un control de impulsos, por ejemplo. Que aprendas que saber hacer cuando estás enojado, que hacer cuando estar triste, eso me parece más importante que el hecho que aprendas del consumo, por ejemplo, que hacen las drogas. Yo pienso que, hasta los más pequeños saben que las drogas son malas, nuestros padres siempre nos dicen “no fumes porque la droga es mala”, pero tu ves que ese mensaje no llega. Si sabemos que es malo, aun así, lo seguimos haciendo precisamente porque no hay esa etapa donde nosotros vayamos donde está el problema. Los problemas familiares, por ejemplo, el maltrato mismo por el mismo hecho de la violencia intrafamiliar, ¿qué estamos haciendo? nada, porque no hacemos esa prevención porque vemos que la mayoría de las personas que tienen este problema de consumo, son personas que han sufrido maltrato en su casa. Había un paciente que nos decía “yo en mi casa fui maltratado”, no sabía que hacer y mi única salida fue salirme de mi casa y consumir drogas entonces mira, porque aquí el problema no es que son las drogas, el problema aquí también es la familia, el ambiente. Eso te digo, los padres agresivos, el machismo mismo que hacen, porque dicen “yo soy hombre, puedo tomar y listo” entonces no solo es ir a dar información sobre el consumo de drogas, sino es el hecho de ir a mejorar todo el núcleo familiar con otros temas que también son importantes como: la violencia, por ejemplo, el maltrato y las adicciones. Pienso que desde ese plano haríamos mejor, incluso, de hecho, de ir psicolocando que el alcohol es malo o los efectos del alcohol o tabaco.

¿Cuál crees tú que la relación que hay entre prevención y tratamiento?

No tan diferentes, pero si vamos dentro de la clasificación, entraríamos en la remisión terciaria, me parece, que ya es específicamente el tratamiento que es más evitar, como yo digo, que se cronifique el problema desde lo terciario.

¿Cuál crees tú que es el papel que juega el prohibicionismo dentro de la prevención de drogas?

Desde mi punto de vista, el prohibir a una persona que consuma, por ejemplo, para mí me parece que eso debería seguir porque es como una regla. Es como en tu casa, aquí en la casa se hace esto y esto, si no hay esto lastimosamente te descontrolas, no sabes controlarte, no sabes hasta donde es bueno y hasta donde es malo. Eso es lo que pasa con la tabla de consumo que alguna vez dijeron, se quitó eso y todo el mundo dijo “no hay problema, puedo llevar en mi

bolsillo” Antes cuando había prohibición era como que, chuta, me daba miedo que me revisen, por ejemplo, y me encuentren porque no estaba regulado precisamente esto. Entonces para mí, esto del hecho de la prohibición me parece algo importante porque si tú a alguien le dices, no hay prohibición, no hay nada lastimosamente, eso te digo, vivimos en una sociedad donde la violencia intrafamiliar está en todo lado y si a eso le añadimos que no hay problema o no hay prohibición de consumo, sea de alcohol o de marihuana, que ahorita es lo que está consumiendo más los jóvenes. Yo pienso que los jóvenes siempre necesitan un punto donde te digan “no, esto no puede hacer” y ya digo no solo ellos, todos debemos tener un límite y si ya hay alguien que dice “esto no puedes hacer” pienso que al menos, no a todos, yo diría que la mayoría de gente si es como que “eso no puedo hacer”, que es lo que a muchos de nosotros nos ha pasado. Tú puedes o no puedes hacer esto, tú no puedes tomar con el uniforme, por ejemplo, eso no, porque me van a ver mal. Entonces para mí, el prohibicionismo si es como que sí debería mantenerse porque, si se da un espacio abierto para el consumo, yo diría que lastimosamente no estamos preparados para eso, culturalmente no estamos preparados porque a veces nos queremos comparar con otros países y vemos que la educación mismo aquí no es igual. Sufrimos muchas carencias, no solo desde el ámbito escolar, sino desde todos los ámbitos entonces decir “pueden consumir libremente” aquí va a ser para mí, terrible eso.

Entrevistador: Cerramos esta sección y pasamos a lo que viene siendo, reducción de daños.

¿Qué es para ti la reducción de daños asociado al tema del consumo de las drogas?

Bueno desde lo que he leído, la reducción de daños es evitar, en este caso, que el paciente, por ejemplo, si alguien consume algún tipo de sustancia, no llegue al extremo, por ejemplo, de vivir en la calle, o sea al menos, aplicados desde el ambulatorio. Sería el hecho de que el paciente haga un compromiso de reducir ese consumo, sí, con eso estamos haciendo reducción de daños porque estamos diciendo “puedes seguir tal vez bajando tu consumo, puedes seguir estudiando” y, por eso lado, ya hay una reducción de daños desde el ámbito que le hemos tomado nosotros porque el mismo hecho de que el paciente siga estudiando, va a evitar que el paciente en algún momento tal vez pueda no caer mal en un consumo, yo diría, más mal. O sea, donde el paciente ya llegué de un consumidor ocasional a un consumidor problemático, por ejemplo. Entonces, para mí, no es cuestión de decirle al paciente “tienes que dejar de consumir y listo”, sino la reducción de daños va en el hecho de que el paciente vaya fijándose objetivos, en los cuales vaya disminuyendo el consumo y precisamente para que no vaya a caer en lo último porque una persona que está sin estudiar o que está fuera de la casa, es un paciente de más riesgo precisamente. Por eso nunca se le niega acá a una persona el tratamiento porque lo que tratamos de evitar es eso, que el paciente no deje de estudiar porque si deja de estudiar se va a meter más en el consumo de drogas o lo va a hacer con más intensidad, incluso, lo va a hacer con otro tipo de droga más fuerte. Desde mi punto de vista, eso es lo que hemos visto como reducción de daños.

¿Cuál crees tú que es el rol que desempeña la reducción de daños dentro de los servicios que oferta el Ministerio de Salud?

El papel importante sería el hecho de terminar el tratamiento, o sea, no cerrarle las puertas, de brindarle atención porque aquí una paciente puede venir y decir, por ejemplo, en las reglas del ambulatorio es “tú puedes seguir viniendo acá siempre y cuando no entres consumido” no le podemos cerrar las puertas porque le estamos negando una atención. Dentro de los reglamentos, incluso, hay protocolos donde te dicen “tú tienes que brindar la atención, no puedes negar a un paciente la atención”, por eso dentro del MSP tienes que darle atención porque tienes que darle atención.

Entrevistador: O sea, ¿sería como un rol muy importante, un rol central?

P12: Si, porque pienso que, si eso no hubiese, nosotros dijéramos “sigues consumiendo entonces anda por allá”

Entrevistador: O sea, que la abstinencia tampoco es que es un requisito a nivel del ambulatorio.

P12: No, porque tienes que seguir brindando la atención si él sigue consumiendo y hay otro la reducción de daños entonces vamos a hacer un compromiso de que tú, por ejemplo, hacemos un diario o una tablita de cuantas veces estás consumiendo y te pones una meta de cuantos días podrías dejar de consumir entonces cuando él decía “yo ahorita consumo todos los días” y de aquí a un mes dice “yo he consumido unas tres veces al mes” entonces ya hay una reducción de consumo, pero esa parte es del paciente donde él dice “yo sí puedo” y un compromiso que es, como digo, desde la terapia central de lo que queremos, que él mismo busque la solución. No es decirle tienes que hacer lo que yo te diga, sino mas bien, el hecho de que él mismo vaya encontrando que puede hacer, cómo puede disminuir y de ahí, lo demás es seguir buscando actividades para que el paciente cubra, para que no vaya a esa idea de consumo.

¿Cómo se hace la reducción de daños?

Yo diría que se puede aplicar en todos los consumos, como yo te decía anteriormente, es el hecho de que ahí va un compromiso del paciente donde se comprometa a reducir todos esos problemas en las que podría caer si sigue con ese consumo. Por ejemplo, nosotros desenganchamos y le vamos haciendo ver al paciente en qué fase está, estás en primera fase, estás en según fase, estás en precontemplación, estás en contemplación entonces es hacerle entrar en un estado de consciencia a través precisamente de esto, del hecho de que el paciente se vaya dando cuenta de los riesgos que corre una vez que él continúe con el consumo de drogas, por ejemplo. Entonces cuando tú le vas dando al paciente, por ejemplo, consciencia de enfermedad, le vamos ingresando todo esto de la psicoeducación. El hecho de informarle en donde puede caer si sigue con ese consumo entonces la reducción iría desde ese lado, si vamos a comprometernos a una reducción de este tipo de consumo a que te comprometes.

Entrevistador: Es decir, ¿tú consideras que se trabajaría más desde una consejería individual con el paciente?

P12: Si, puede ser en una consejería.

¿Cuál crees que es la relación entre reducción de daños y tratamientos? ¿Están relacionadas de alguna manera o no?

Para mí, irían de la mano las dos porque si no hay una reducción de daño, no habría compromiso para un tratamiento. Si tú a una persona le haces reducción de riesgos entonces estamos ayudando a que este consumo, en algún momento, no llegue, por ejemplo, si el paciente vive en la calle, que sea uno de los peligros o que el paciente deje de estudiar. Para mí esa es una reducción de daños, estamos evitando, pero esto en otros países es tomado desde otro punto de vista. Yo pienso que cada uno, es como que nos vamos adaptando un poquito a la realidad porque aquí todavía no se ha hablado, como en otros países, de la verdadera reducción de daños. Aquí lo estamos tomando más desde el punto de vista que el paciente deje de estudiar o que viva fuera de la casa entonces eso lo veo como proteger al paciente que no caiga en la calle, por ejemplo.

Entrevistador: Bueno con eso hemos concluido el cuestionario que teníamos preparado. Ahorita me restaría, abrir un espacio más tal vez para alguna idea que tú desees completar o alguna respuesta que te gustaría detallar o profundizar o, simplemente, abrir un espacio para un comentario final tuyo.

Comentario final: En ambulatorio nosotros trabajamos básicamente con lo que es la psicoeducación y nuestro tratamiento, sobre todo, está basado en eso, psicoeducar al paciente. Vemos lo que más está ayudándonos un poquito ahorita, que es generar consciencia de enfermedad, por ejemplo, entonces los primeros meses nos vamos enfocando específicamente a eso porque el paciente no es que dice “quiero cambiar” y lo hace. Si primero generas consciencia de enfermedad, creo que es donde a veces más nos demoramos porque si el

paciente no tiene una consciencia de enfermedad, puede tener aquí tres, cuatro meses o un año, si no generamos eso, es un paciente que nunca va a salir entonces básicamente es eso, psicoeducar para generar un poco de consciencia de enfermedad en el paciente que eso nos ayuda bastante porque es como que nos abre las puertas a poder ingresar luego de eso, que él acepta, y entrar en el plano emocional, por ejemplo. Podríamos decirlo e ir trabajando las demás áreas que realmente hay que ir trabajando, pero si el paciente no entiende en los problemas que él realmente está, que es el consumo de drogas, pienso que no llegamos a ningún lado. Entonces para mí, básicamente es eso, primero la psicoeducación y luego ir trabajando lo que es el ámbito emocional, y luego los problemas que hay en la casa. Los pacientes deben tener primero la consciencia de la enfermedad para que de ahí pueda buscar una solución.