

Usos, abusos, delitos y mitos de las drogas en Ecuador

Carla Álvarez Velasco

y

Silvia Corella Ramírez

Coordinadoras



IAEN
Universidad
de posgrado
del Estado

Dirección
Editorial

362.29
A4731

Álvarez Velasco, Carla

Usos, abusos, delitos y mitos de las drogas en Ecuador / Álvarez Velasco, Carla y Corella
Ramírez, Silvia, coordinadoras. —1.a ed.— Quito: Editorial IAEN, 2023.
152 p.; 15 x 21 cm

ISBN electrónico: 978-9942-29-098-4

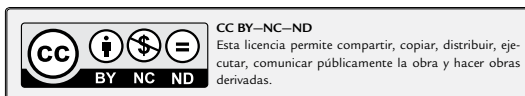
1. Drogas de Abuso - Ecuador . 2. Drogas - Comercio Ilegal. 3. Drogas – Consumo .
4. Drogas - Consumo - Aspectos Psicológicos . 5. Drogas - Consumo - Aspectos Sociales
I. TÍTULO

Este libro cumplió un proceso de revisión externo por pares doble ciego.

Instituto de Altos Estudios Nacionales (IAEN)
Escuela de Seguridad y Defensa

Av. Amazonas N37-271 y Villalengua, esq.
Tel.: (593 2) 382 9900
Quito, Ecuador
www.iaen.edu.ec
Información: editorial@iaen.edu.ec

Dirección editorial: Bolívar Lucio Naranjo
Coordinación de arbitraje científico: Javier Monroy Díaz
Corrección de estilo: David Chocair Herrera
Diseño de portada e interiores: Gabriel Cisneros Venegas
Foto de portada: Carlo Matamoros
Asistencia editorial: Cristina Salcedo Rodríguez
© IAEN, 2023



Índice

Sobre las personas coordinadoras y autoras.....	7
Presentación	11
Introducción	15

Capítulo 1

Gestión de las drogas en Ecuador: lectura de las relaciones sociales sobre las sustancias psicoactivas	21
---	-----------

Francis Eduardo Negrete Argüello

1. Introducción	21
2. Camino al abordaje prohibicionista.....	24
3. Ecuador en el contexto del uso de sustancias	30
4. Discusión	37
5. Conclusiones.....	41
6. Referencias bibliográficas.....	42

Capítulo 2

Ollas y fumaderos: los <i>no lugares</i> de consumo de drogas en Quito..	47
---	-----------

Diana Elizabeth Silva Oña y Silvia Corella Ramírez

1. Introducción	47
2. Los <i>no lugares</i> : una perspectiva teórica	49
3. Resultados	53
4. Conclusiones.....	65
5. Referencias bibliográficas	67

Capítulo 3

Adultocentrismo y políticas públicas de prevención de drogas en Ecuador	69
--	-----------

Karina Alexandra Parra Matute

1. Introducción	69
2. ¿Qué es el adultocentrismo?	70
3. Adultocentrismo en la elaboración y aprobación de la ley orgánica	72
4. Políticas públicas y marcos normativos de la ley orgánica	83
5. Conclusiones	85
6. Referencias bibliográficas.....	86

Capítulo 4

Representaciones sociales de los profesionales en psicología sobre la prevención del consumo de drogas en Quito 91

Aldo Vicente Toaza Patiño

1. Introducción 91
2. Importancia de las representaciones sociales en el ámbito de la salud 94
3. Resultados y discusión 101
4. Conclusiones 113
5. Referencias bibliográficas..... 115

Capítulo 5

Redes sociales y microtráfico en Quito 117

Bayron David Naranjo López y Carla Morena Álvarez Velasco

1. Introducción 117
2. Definiciones iniciales..... 118
3. Redes sociales 121
4. *Clear web y dark web* 125
5. Resultados: redes sociales y mercado de drogas en Quito 130
6. Discusión 135
7. Conclusiones 137
8. Bibliografía 139

Conclusiones: una lectura entre líneas 143

Capítulo 4

Representaciones sociales de los profesionales en psicología sobre la prevención del consumo de drogas en Quito

Aldo Vicente Toaza Patiño

1. Introducción

LA REDUCCIÓN DEL mercado de las drogas ilegales es una de las tareas pendientes de los Estados. Por lo general, este desafío ha sido abordado de dos maneras: uno orientado a la reducción de la oferta y otro al control de la demanda. No obstante, las estrategias legales-punitivas dirigidas a la oferta son las que han recibido mayor énfasis y han permeado los abordajes orientados a la demanda, criminalizando y estigmatizando a los consumidores (Edwards, 2010). Esto ha dado lugar a la instauración de un paradigma de la prevención del consumo de drogas que busca suprimir de manera completa su consumo, mediante la abstención. Pero las medidas punitivas han fracasado y con ello las consecuencias negativas derivadas de su aplicación (criminalización del consumidor, saturación de los sistemas judiciales y carcelarios, violación de derechos humanos, promoción de la abstención, entre muchas otras) también han fallado. En este escenario, desarrollar abordajes alternativos para controlar la demanda resulta imprescindible.

Desde 2008, en Ecuador hay avances para abordar el consumo de drogas desde el enfoque de salud pública, con la creación de la Red de Salud Mental Comunitaria y la implementación de los Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (Cetad) y los Servicios de Atención Ambulatoria Intensiva para personas que tienen trastornos mentales graves o consumo problemático de sustancias. El Ministerio

de Salud Pública (MSP) ha emitido, al menos, dieciocho directrices entre normativas, protocolos y lineamientos en materia de salud mental comunitaria, de ellos, siete se refieren, de forma específica, al consumo de alcohol y otras drogas.¹

Tanto en las instituciones como en las normas se evidencia la existencia de una multiplicidad de enfoques sobre la prevención y atención al consumo de drogas con los que trabajan los médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros. Estos enfoques abarcan desde lo abiertamente punitivo-abstencionista hasta la reducción de los riesgos y daños, incluyendo la gestión de los placeres concomitantes,² pero son los primeros los que restringen el acceso y permanencia de las personas que consumen drogas a los servicios de salud.

Este capítulo reflexiona sobre el abordaje del consumo de drogas desde el enfoque de la salud pública en Ecuador, reconociendo que más que un delito o una “falla de carácter” del consumidor, constituye un problema colectivo. Utilizando la teoría de las representaciones sociales, en este trabajo se indaga el discurso que tienen los psicólogos que trabajan en los centros de salud pública de Quito sobre el consumo de drogas. Se argumenta que la consideración de que las drogas son nocivas limita el acceso a servicios de salud de los consumidores y el alcance de las intervenciones médicas.

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

2 La gestión de los placeres concomitantes parte del reconocimiento del consumo de drogas como legítimo en la búsqueda del placer, aunque admite la existencia de riesgo o daños. “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; ‘¡sobre todo los adolescentes!’ –reza el dichoso mantra (cuyo efecto principal es elevar el miedo entre los adultos). 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, pp. 86-87). Si bien, no se desconocen los riesgos y daños asociados al consumo de drogas, muchos de los efectos negativos no se derivan de forma directa de las sustancias, sino del contexto precarizado en el que tiene lugar el encuentro. El presente capítulo apuesta por un enfoque que considere, al menos, en la misma medida, la cuestión del placer.

1.1. Metodología

En esta investigación, que es de carácter exploratorio y descriptivo, se empleó el análisis documental sobre las fuentes secundarias para construir un marco teórico de referencia, junto con un análisis de los contenidos y la información de las fuentes primarias a partir de entrevistas. Se entrevistó a 13 de 54 los psicólogos que brindaron atención a personas que consumen drogas en el distrito 6 del MSP de Quito, hasta septiembre de 2021. Este distrito comprende, en su mayoría, a las parroquias ubicadas al sur de la ciudad y es el entorno laboral del autor de este capítulo desde hace casi cinco años. Las personas entrevistadas dieron su consentimiento para utilizar los hallazgos en esta contribución académica y sus detalles sociodemográficos constan en la tabla 1:

Tabla 1
Datos sociodemográficos de los entrevistados

Código asignado	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 clínica	Magíster en Intervención en Adicciones	Pública	Nacional	M	30
P5	Psicóloga infantil	Magíster en Género y Desarrollo	Pública	Nacional	M	37
P6	Psicólogo clínico	-	Pública	Nacional	H	38
P7	Psicóloga clínica	Máster en Psicopedagogía	Pública	Nacional	M	31
P8	Psicólogo infantil	-	Pública	Nacional	H	44
P9	Psicóloga clínica	-	Pública	Nacional	M	34
P10	Psicóloga clínica	-	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 y elaboración: propia del autor, a partir de las entrevistas realizadas (2021).

Para las entrevistas se empleó un cuestionario semiestructurado conformado por veintidós preguntas distribuidas en seis ejes temáticos: datos sociodemográficos, saberes sobre las drogas, usos personales, usos de drogas en profesionales, prevención y reducción de riesgos y daños (RRD). Con la información obtenida se realizó un análisis de la frecuencia de ciertas ideas y características generales que fueron contratadas con las categorías del marco teórico. El análisis fue complementado con la identificación de las construcciones subjetivas sobre el consumo de drogas. Se trató de un estudio fenomenológico o narrativo cuyo objetivo fue describir las representaciones subjetivas que emergen en un grupo de psicólogos sobre la prevención del consumo de drogas.

2. Importancia de las representaciones sociales en el ámbito de la salud

Las representaciones acerca de la prevención del consumo de drogas en los profesionales de la salud han sido poco investigadas, ya que la mayoría de contribuciones se centran en los usuarios o en aspectos variados de los tratamientos de rehabilitación. La teoría de las representaciones sociales expone, desde una perspectiva sociológica, la manera en que las personas se relacionan con objetos sociales (Villaruel, 2007), siendo uno de sus desafíos que el conocimiento común sea útil para la ciencia. Así, la teoría propone que el sentido común, usado para los intercambios y acciones cotidianas, pueda proporcionar elementos de rigor para el análisis de elementos organizativos, económicos, culturales e ideológicos que caracterizan a una sociedad o a un grupo de personas.

El término “representaciones sociales” fue desarrollado por Serge Moscovici a mediados del siglo xx para redefinir los problemas y el marco conceptual de la psicología social (Villaruel, 2007), en los siguientes términos: “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” (Moscovici, 1979, pp. 16-17). Así, la representación puede entenderse como la abstracción del objeto social.

En este orden de ideas, Jodelet (1986) plantea que representar es *sustituir a, estar en lugar de*, en el que la representación sería la sustitución cognoscitiva del objeto: sea real, mítico o imaginario. Representar es *hacer presente* en la mente, concebir mentalmente a personas y objetos, pero también situaciones y eventos. Jodelet utiliza las metáforas de la representación política y teatral porque contienen significados, creatividad y autonomía. La representación política permite al legislador ejercer su mandato a nombre de quienes lo eligieron: habla en su nombre, actúa y decide por ellos. En la representación teatral, por su parte, el público puede observar actos y escuchar palabras sobre una historia que puede ser real o ficticia. Los personajes pueden recrear historias de amor, odio, muerte y dolor.

Según Moscovici (1979), en el momento en que se representa algo no sólo se restituye de modo simbólico lo ausente, sino que esa representación tiene significado para alguien: nosotros mismos u otros. Ello conlleva a una interpretación. De allí, dice Jodelet (1986), deriva la esencia constructiva de la representación, que es la innovación y la creación de ideas desde un actor y autor. El simbolismo colectivo preexiste al sujeto, pero no es algo que se le impone de manera absoluta y radical, ya que siempre habrá un proceso de elaboración de lo cognoscitivo y simbólico que orienta los comportamientos de la persona (Villarreal, 2007).

Hay tres campos desde los cuales es posible representar algo: campo, información y actitud (Moscovici, 1979). La primera se refiere a la imagen que se tiene del objeto (p. e., que las drogas son dañinas, recreativas, que cualquier persona las puede consumir); la segunda, se refiere al conocimiento y las creencias de la persona sobre el objeto (esto va a depender de la educación, la interacción social, la familia); la tercera, se refiere a todas las emociones, sentimientos y la disposición que se genera o se tiene en el momento en que se está frente al objeto (p. e., rechazo, amenaza, voluntad de ayuda).

Bajo este escenario, la noción de “prevención” es un ejemplo claro sobre un objeto social complejo porque implica actuar o pensar en algo que no ha surgido con el fin de disminuir sus efectos. El término admite variaciones pues se emplea en varios contextos, por ejemplo, en el campo policial con relación a la prevención del delito, así como

en el campo de la salud en relación con el surgimiento de enfermedades. Varios autores (Canguilhem, 2004; Szasz, 1994; Foucault, 2007; Castel, 2013) han advertido que entre las estrategias sanitarias y policiales hay mecanismos de administración y control poblacional.

La aplicación de medidas preventivas como inquietud sistemática de Estado surge con el movimiento higienista de principios del siglo xx (Gómez y González, 2004). Este movimiento planteaba que la adopción de medidas de higiene prevenía enfermedades y mejoraban la salud pública (lavado de manos, vacunación, uso de agua potable, saneamiento urbano, gestión de los desechos sólidos, control de las plagas), en un momento en el que las ciudades empezaban a urbanizarse y expandirse. No obstante, fueron los médicos Leavell y Clark quienes, en la década de 1950, sentaron las bases de la medicina preventiva, planteándola como la identificación temprana de las enfermedades y como un asunto vital para intervenir y evitar mayores riesgos.

En este momento surgen tres niveles de prevención: 1) primaria: busca evitar que enfermedades surjan mediante hábitos saludables, como no fumar, no ingerir bebidas alcohólicas, vacunación, uso de preservativos; 2) secundaria: se aplica en la fase inicial de las enfermedades, en el momento en que pueden detectarse mediante exámenes médicos y pruebas de laboratorio, es decir, tiene como objetivo impedir la agresividad de una manifestación clínica y reducir el tiempo de un posible tratamiento; y 3) terciaria: se enfoca en evitar la invalidez, la muerte temprana y la rehabilitación de personas que ya tienen una enfermedad (Gómez y González, 2004).

Otro paradigma de la prevención es el de reducción de riesgos y daños. Surge en la década de 1980 (Martínez y Pallarés, 2013) y hace énfasis en la reducción de los factores asociados al riesgo, en especial relacionados con el consumo de drogas, con un enfoque comunitario (con profesionales médicos, apoyo familiar, disposición del consumidor) y desde el respeto a los derechos humanos. Entre los principios de este paradigma están: la prevención de la sobredosis, la reducción de enfermedades infecciosas, el tratamiento integral para los consumidores, la no estigmatización y la colaboración interdisciplinaria e interinstitucional (*Ibid.*).

Tabla 2

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

Modelo	Estereotipos	Representación social que se construye
Ético-jurídico	El consumidor es un vicioso que viola la ley	<ul style="list-style-type: none"> • Clasifica a las sustancias en lícitas e ilícitas. • El consumo trasgrede las normas y el orden. • La droga se concibe bajo la noción de un delito, por eso, las personas son criminalizadas. • El consumidor es visto como un delincuente, pero también, como una víctima. • Los consumidores deben ser aislados como una medida de castigo. • La población y medios de comunicación se adhieren a este enfoque.
Médico-sanitario	El consumidor es un enfermo, un paciente	<ul style="list-style-type: none"> • El consumidor no es un vicioso, sino un enfermo que necesita tratamiento y no castigo. • Las drogas son adictivas y son una actividad infecciosa; alteran y afectan el buen funcionamiento del organismo. • La prevención se orienta a la abstinencia. • El sujeto no puede hacer nada para evitar el consumo problemático, si no es con ayuda médica.
Psicosocial	El consumidor es un esclavo, tiene dificultades de adaptación y maduración	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo de drogas es un problema que evidencia un malestar psíquico. • No busca detectar los signos de la drogadicción, sino los “síntomas” que presenta la persona durante el consumo. • El consumo es parte de una enfermedad previa, con factores psicológicos que llevan al consumo. • Ausencia o mal funcionamiento de una red sociofamiliar que contenga al usuario.
Sociocultural	El consumidor es una víctima condicionada por su entorno	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo de drogas es una evasión de la realidad. • El entorno cultural y económico determina los tipos y formas de consumo. • El uso de drogas ilegales es propio de las sociedades industriales y avanzadas. • Las desigualdades sociales producen vulnerabilidad en relación con el consumo de drogas. • Si el conflicto y la desigualdad social disminuyen, la demanda de drogas también lo hará.

Fuente: Fernández y Martínez (2014). Elaboración propia (2021).

Por último, el paradigma de la gestión de los placeres se centra en la comprensión y autonomía que tiene el individuo ante el consumo de drogas (Rovira e Hidalgo, 2003). Se trata, en esencia, de un enfoque que se centra en comprender las motivaciones de quienes consumen: aliviar el estrés, mejorar su creatividad, lograr tranquilidad, descansar, entre otros. A continuación, se encuentra una síntesis de los modelos de intervención de la prevención del consumo desde lo ético-jurídico, médico-sanitario, psicosocial y sociocultural que proponen Fernández y Martínez (2014).

Para Fernández y Martínez (2014) hay cuatro modelos “superadores” de la visión clásica del consumo de drogas, que actualizan y diversifican la visión del consumo como un problema. Estos modelos se encuentran en el límite de los paradigmas de la prevención del consumo y la RRD. En la tabla 3 se encuentran y se explican estos modelos:

Tabla 3

Modelos de intervención “fronterizos” entre los paradigmas de prevención del consumo y la RRD

Modelo	Estereotipos	Representación social que se construye
Geopolítico-estructural	El usuario es una víctima del “fuego cruzado” en la guerra contra las drogas	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo personal de drogas se inserta en la dinámica del narcotráfico como un fenómeno global. • El contexto de la guerra contra las drogas no solo tiene implicaciones en lo ambiental, familiar e individual, también afecta a la sociedad en su conjunto con sus factores, cambios y contradicciones. • El “primer” y “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, forma parte de la dinámica sujeto-sustancia-contexto	<ul style="list-style-type: none"> • La respuesta al consumo debe venir desde la sociedad en su 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 interrelación entre sustancia, estructura y disposición subjetiva y organización política-cultural	<ul style="list-style-type: none"> • La prevención es una forma de promoción de la salud. • La “prevención inespecífica” es sinónimo de la promoción comunitaria. • Prevenir es evitar que un suceso no se genere o, en caso de que aparezca, el problema sea el menor posible.
Promoción de la salud	El usuario es un actor comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • La prevención de la enfermedad y promoción de la salud son indisolubles 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). Elaboración propia (2021).

El modelo de intervención de la RRD tiene un mayor nivel de inclusión respecto al paradigma de la prevención, pero ninguno de los dos modelos ha perdido vigencia. La prevención se operativiza con estrategias educativas orientadas a disuadir a las personas de consumir drogas. Ejemplo de ello fue la campaña de 1980 *Just Say No*, liderada por la primera dama de Estados Unidos, Nancy Reagan, y de la cual la mayoría de programas son subsidiarios, con variaciones (Martínez y Pallarés, 2013). Para Reagan las drogas afectan, sobre todo, a los niños (Núñez, 2016).

Este tipo de campañas no trajeron consigo una reducción del consumo. Tal escenario, junto con el surgimiento del VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, como la hepatitis, delinearón el abordaje de la prevención desde otro enfoque. No necesariamente la abstinencia era el camino para prevenir si existían riesgos asociados con el comportamiento y antecedentes de la persona que convertían el consumo en un asunto problemático. Este fue el enfoque de la prevención en RRD.

Según Martínez y Pallarés (2013), los programas de RRD no surgieron como una alternativa para la prevención, sino como un intento de incorporar a las redes de atención a aquellos consumidores que no tenían respuesta –o cabida– en el sistema especializado de atención en salud basado en la abstinencia. No obstante, conforme a la propuesta de Leavell y Clark, la anticipación de una enfermedad y

su “tratamiento” forman parte del nivel primario de la prevención. En este sentido, la RRD es un claro ejemplo de cómo una intervención que surge como propuesta socio-asistencial puede convertirse en un modelo de prevención cuyos límites conceptuales son difusos en relación con el modelo clásico de la prevención.

Frente a la decisión de consumir o no, la fórmula del prohibicionismo es rotunda: *Just Say No*. Este enfoque posee una filosofía asistencial basada en la abstinencia, que no es más que poder de decisión y esfuerzo de la persona para evadir el consumo, lo cual no siempre funciona. Si hay dependencia hacia las sustancias, el abstencionismo puede ser incluso peligroso ante la ausencia de control, riesgo de sobredosis posterior, ansiedad y problemas mentales. Es necesario, entonces, acudir a otro tipo de estrategias, como la RRD, para disminuir los daños del consumo, promover prácticas seguras con relación a este, ofrecer información útil basada en la ciencia y datos, entre otros. En la tabla 4 se resumen los modelos compatibles con el paradigma de RRD. Como se observa, los estereotipos y representaciones asociadas son variadas, pero convergen en la idea de la legitimidad del consumo de drogas, aunque los argumentos para justificarla sean diferentes, incluso, contradictorios.

Tabla 4
Modelos de intervención enmarcados en el paradigma de la RRD

Modelo	Estereotipos	Representación social que construye
Derechos humanos	El usuario es un sujeto de derechos	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo de drogas es un derecho humano. • Reconocer el derecho a consumir drogas no significa promoverlo. • Garantizar el derecho humano a consumir drogas es, incluso, más importante que reducir el daño. • Un mercado regulado, con controles fiscales y otras regulaciones, son los mecanismos más fuertes para la promoción de la salud. • El consumo en sí no es algo positivo ni negativo, no hay un beneficio social o de salud frente al aumento o disminución de este.
Salud pública	El usuario es un sujeto en riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • 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, será siempre negativo.

Fuente: Parés (2013). Elaboración propia (2021).

La reflexión sobre la gestión del riesgo/placer tiene bases en el paradigma de la RRD, ya que, aunque hubiese razones personales para el consumo placentero, no es menos cierto que el uso de drogas entraña riesgos y que, sobre la base de la educación e información, las personas puedan tomar decisiones para evitarlos. Detectar nuevos fenómenos, analizarlos y ofrecer respuestas bajo este prisma ha permitido desmitificar el tema del consumo bajo los lentes de la ciencia. Por último, la lógica implícita de la RRD es la crítica: criticar es ordenar, categorizar, entender, comparar y situar. Si la lógica de RRD es algo objetivo, lo que es subjetivo es la ideología que subyace a quien la interprete (Parés, 2013).

3. Resultados y discusión

Los resultados de las entrevistas han sido desagregados conforme a la propuesta de Moscovici (1979), quien, como ya se mencionó, entiende a las representaciones sociales desde el campo, la información y la actitud. En términos prácticos, dentro del campo representacional están los prejuicios que la sociedad y los profesionales de la salud del MSP mantienen respecto a las drogas, su consumo y la relación tanto con la salud como con la enfermedad. Dentro de esta estructura se despliega la información –que proviene sobre todo del modelo médico de Leavell y Clark– y que se manifiesta mediante una serie de actitudes.

3.1. Campo representacional de la prevención

El campo se refiere a la organización de los contenidos representacionales de las drogas en una estructura funcional determinada en el marco de un modelo (Velásquez, Gutiérrez y Quijano, 2013). A continuación, se sintetizan los prejuicios que los psicólogos del MSP tienen respecto a las drogas.

Tabla 5
Campo representacional de los psicólogos del distrito 6 del MSP

Eje	Sección	Interpretación de los resultados
Saberes en torno a las drogas	Definición	<ul style="list-style-type: none"> • Las respuestas se centraron en las sustancias y priman las cualidades negativas. • Categorías emergentes: interacción entre sujeto-droga como una práctica ancestral con cualidades positivas y tipología de consumo.
	Tipos de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Principales: alcohol, tabaco y marihuana. • Clasificación basada en los efectos atribuidos a las sustancias. • Categorías emergentes: fármacos/medicamentos y hongos/éxtasis.
	Efectos	<ul style="list-style-type: none"> • Principales: estimulación y depresión del sistema nervioso a corto plazo. • Efectos a largo plazo son mencionados en menor medida e hicieron referencia a la dependencia y a los problemas de salud. • Categorías emergentes: problemas en las relaciones –micro y macro–sociales–, alivio del malestar, alteraciones senso perceptivas y desinhibición.
	Riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • A largo plazo: conflictos interpersonales asociados al consumo. En menor medida hay riesgos a corto plazo, entre ellos, la agresividad. • Descenso en el rendimiento académico y laboral. • Patrones adictivos de consumo y problemas económicos asociados. • Categorías emergentes: trastornos mentales –incluido el deterioro cognitivo–, consumos problemáticos –diferentes a la adicción–, problemas legales, afectaciones a la salud física y sobredosis.
	Imagen del consumidor	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo de drogas es una práctica generalizada. • Entre adolescentes y jóvenes el consumo es común. • Categorías emergentes: hombres –adolescentes, adultos y adultos mayores– y factores de riesgo específicos que condicionan el consumo.

Usos personales	Disponibilidad de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Más accesibles: alcohol y cigarrillo, seguidas de la marihuana y LSD. • Categorías emergentes: drogas legales –fármacos y café–. Todos afirman una experiencia directa o indirecta con las drogas.
	Descripción de la experiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Las experiencias con las drogas se califican de positivas/ irrelevantes.
	Gestión de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Predominio de alusiones al <i>set</i>: expectativas, creencias, intenciones, conocimientos del usuario de drogas. • Consideraciones para el consumo a mediano y largo plazo. • Importancia de no mezclar sustancias y la “prevención”, en tanto actitud anticipatoria general.
Uso en profesionales de la salud	Drogas más consumidas por profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • El alcohol es la droga más consumida, junto al tabaco. • En menor medida la marihuana, fármacos y pasta base de cocaína.
	Motivaciones para el uso	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación principal es la búsqueda de relajamiento y manejo del estrés derivado del trabajo. • Afán de recreación y diversión. • Acceso a información sobre medicamentos. • Adicción como motivación.
	Momentos	<ul style="list-style-type: none"> • Finalización de la jornada laboral. • Momentos de malestar psíquico y eventos sociales.
	Espacios de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Bares, domicilios propios o de amigos y familiares. • Instalaciones de puestos de trabajo –sobre todo cigarrillo–. • Tiendas o negocios similares.
	Perspectiva de la sociedad	<ul style="list-style-type: none"> • Sociedad en contra del consumo. • Se condicionó la actitud de la sociedad al estatus legal de la droga consumida. • Distinción de consumo problemático y no.
Prohibicionismo	<ul style="list-style-type: none"> • La prohibición de las drogas ocupa un rol central en la prevención y su efecto es negativo. 	

Fuente y elaboración: propia del autor, a partir de las entrevistas realizadas (2021).

Sobre las drogas en un inicio se referían a cualquier sustancia medicinal, pero, progresivamente, esta palabra pasó a referirse, en español, a las sustancias psicoactivas y estupefacientes. En concordancia con lo dicho, para los entrevistados, en el momento en que se habla de drogas se hace referencia a la característica de ser sustancias ilegales con cualidades negativas. Por esta razón, no prestan atención a la interacción sujeto-droga-contexto, que es la clave de la prevención. Según uno de los entrevistados que intervino en el estudio, las drogas “son sustancias químicas que alteran el desenvolvimiento de la persona, lo mismo que provocan daños. Es fácil que la persona entre en un estado donde no puede vivir sin ellas, precisamente, porque hay una alteración química en su cerebro” (participante 12).

Los participantes focalizaron sus respuestas en la toxicidad de las drogas como la causante de daños y efectos para la salud, desde un enfoque biologicista y neurofisiológico. Sin embargo, esta perspectiva no responde a la dualidad del objeto, mismo que tiene efectos negativos, pero también estimulantes. Excluir el potencial placentero de las drogas genera una visión sesgada de un fenómeno complejo (Parés, 2013).

Pese a lo dicho, unas pocas respuestas de los entrevistados se alejaron del marco de referencia dominante, como se puede evidenciar en la siguiente cita:

[...] milenariamente las drogas se han constituido como un proceso sociocultural, la historia dice que prácticamente nuestros ancestros utilizaban estas 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).

Hay psicólogos que tienen conocimiento del tránsito de la dimensión legal-medicinal de la droga hacia lo ilegal-mercantilizado. Pero, lo más relevante de sus afirmaciones es que el consumo no es visto

como una patología, sino como parte de los riesgos y contextos bajo los cuales se desenvuelve el consumidor.

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 entrevistados aludieron también al estatus legal-jurídico de las drogas. Está presente, en general, una visión más tolerante hacia el consumo de alcohol y tabaco que a las drogas ilegales. Es mal visto, por ejemplo, que profesionales en el área de la salud lleguen a su puesto de trabajo en estado de alicoramiento, porque esto puede afectar el diagnóstico que se ofrece a un paciente, generar un error médico o ir en contra de los principios éticos. Lo contrario sucede con el uso de drogas ilegales: quien las consume es considerado un “mal profesional” y su comportamiento debe mantenerse en reserva:

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).

Por otro lado, se considera que el prohibicionismo es una estrategia de prevención que tendría un impacto significativo sobre una posible y futura legalización de la droga. El prohibicionismo es entendido como “la prohibición legal del consumo”, lo cual no toma en cuenta elementos que forman parte de la cadena del tráfico como la fabricación, venta y distribución de la droga. Tampoco se advierte

que este enfoque privilegia las medidas represivas y la criminalización del consumidor.

[...] 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 comparo el hecho de que se legalice el hecho del consumo, pero sí, tiene mucha relación y conflictividad a nivel social. También es por eso por lo que ahora se están analizando los marcos para poder regularizar mejor, sobre todo la legalidad (participante 6).

En definitiva, los elementos centrales de la representación social de la prevención del consumo de drogas se organizan en torno al marco prohibicionista y a la ilegalidad. Por su parte, los psicólogos adscritos al MSP consideran que las drogas atentan contra la vida, provocan daños mentales y físicos, generan adicciones y están asociadas a contextos sociales y familiares particulares.

3.2. Información sobre la prevención

Este componente se refiere a la información que tiene el grupo de estudio respecto a los efectos, riesgos y beneficios del consumo de drogas. Es importante mencionar que la pertenencia a cierto grupo (educativo, profesional, laboral) determina la calidad, cantidad de información que se posee, el cómo se usa, en qué y con quién se comparte. De esto también dependen las decisiones frente a la prevención del consumo de drogas y a las prácticas que se deben asumir (Velásquez, Gutiérrez y Quijano, 2013). En la tabla 6 se sintetiza la información obtenida al consultar a los participantes sobre este tema.

Tabla 6
Información que poseen los psicólogos
sobre la prevención del consumo de drogas

Eje	Sección	Interpretación de resultados
Prevención del consumo	Definición	Centrada en las estrategias encaminadas a la promoción de estilos saludables de vida –en una línea más cercana a la promoción de la salud que a la prevención. Focalizada en objetivos generales: evitar problemas relacionados con el consumo, evitarlo y retrasar la edad de inicio.
	Acciones	Actividades grupales, charlas, acciones propias de prevención, consejería individual y transmisión de información sobre efectos negativos del consumo. Categorías emergentes: identificación de factores de riesgo, grupos permanentes de adolescentes, trabajo informativo con las familias de los consumidores y proyectos interinstitucionales.
	Alternativas	Principal alternativa es el tratamiento. Otras respuestas relacionadas son el acompañamiento individual, la disposición de medidas legales, trasladar la prevención de los entornos de salud a otros, reducción de daños y articulación intersectorial para incidir en los factores sociales de la salud. Continuidad de la prevención en sus tres niveles.
	Relación entre niveles de prevención y tratamiento	Articulación entre prevención y tratamiento como un hecho, la reducción del daño constituye una forma de prevención. La prevención como un continuo en sus tres niveles. Establecer límites entre prevención y tratamiento es difícil, en la práctica son simultáneos.
Reducción de riesgos y daños	Definición	Centrada en el objetivo: disminuir el daño en personas que consumen drogas y que no pueden cesar el consumo. La reducción de riesgos y daños es un paso previo a los tratamientos basados en la abstinencia. Estrategia principal: modificación de aspectos estructurales relacionados con aspectos económicos.
	Acciones	Principalmente, abordajes individuales. Cambios en la legislación, elaboración de políticas públicas.
	Relación entre niveles de RRD y tratamiento	La RRD como tratamiento, por tanto, la articulación es posible. Categorías emergentes: articulación posible a nivel teórico, pero no práctico, y más viable para las drogas legales que para las ilegales.

Fuente y elaboración: propia del autor, a partir de las entrevistas realizadas (2021).

La información a la que tienen acceso los psicólogos proviene, sobre todo, de su formación universitaria, experiencia profesional y actividad laboral. Sus respuestas contienen elementos y conceptos del modelo de Leavell y Clark sobre la prevención de la enfermedad, entre ellos: niveles de prevención, detección temprana, proceso patógeno y factores de riesgo. En las respuestas también hay controversias en torno al concepto de prevención como, por ejemplo, los límites difusos entre la prevención del consumo y la promoción de la salud.

La promoción se centra en el bienestar en general, se enfoca en elementos como la nutrición, el deporte, el equilibrio mental, entre otras, a diferencia de la prevención de drogas que se centra en evitar las amenazas latentes ante el consumo. La promoción

estaría relacionada 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).

Otras ideas relevantes en torno a la prevención fueron la prohibición y control del consumo de drogas y la manera en la que estas moldean las actitudes de los profesionales sanitarios en las relaciones terapéuticas que mantienen con personas que consumen drogas.

Que el usuario empiece a identificar y sea consciente de las consecuencias que puede derivar de un consumo [...] Hay que 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).

Otras respuestas se focalizaron en las estrategias de prevención y, dentro de estas, en la forma en la que la educación y transmisión de información orientada a la toma de conciencia debe ser clara, directa, concisa y basada en la evidencia:

[...] simplemente es la educación que debe tener la persona, no sólo en el consumo de drogas sino en todo. Si uno educa a la persona, si la persona sabe, entonces la persona previene inclusive hasta personas que ya están en un consumo (participante 8).

Existe una conexión estrecha entre la prevención y la educación. Por lo regular, la transmisión de información enfatiza los aspectos negativos del consumo, apelando a la disuasión. La idea estratégica consiste en informar sobre los daños del consumo para que la persona “libremente” decida no consumir o consumir de manera mesurada, lo que concuerda con la filosofía de la educación sobre drogas de Martínez y Pallarés (2013). Varios entrevistados centraron sus respuestas en la población objetivo de la prevención y no en quienes imparten esa prevención. En temas de prevención es común que la niñez y adolescencia siempre salga a relucir.

[...] 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).

Por lo general, los niveles de prevención de Leavell y Clark son mencionados por los entrevistados, en especial, “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” (participante 7). Esta prevención empieza en los niños y adolescentes. La RRD fue incluida dentro del segundo nivel preventivo por la mayoría de los participantes. No es concebida como una forma de prevención primaria, sino como una alternativa de tratamiento una vez que la prevención primaria agota sus posibilidades. En la práctica, si cada nivel de la prevención supone un límite severo, este es reemplazado por la noción de continuidad entre niveles desde la RRD.

No estoy muy al tanto de lo que significa [la RRD], pero de lo poco que he podido escuchar está asociado a 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 hablabamos, incluso, de cuáles son estas drogas que se están expendiendo y ver la forma de cómo se maneja (participante 5).

Si bien, el paradigma de la RRD considera que la abstinencia es un paso común para lograr la reducción del consumo, no menos cierto es que no todos los consumidores logran dejar de consumir de manera inmediata. Para Rovira e Hidalgo (2003), esta es una de las críticas al paradigma de la RRD, en sentido estricto que 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 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).

3.3. Actitudes hacia la prevención

La actitud es una de las partes constitutivas más importantes, porque permite identificar la esencia de la representación más allá del plano aparente, profundizando en las creencias de la persona (Velásquez, Gutiérrez y Quijano, 2013). 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.

Tabla 7
Actitudes de los psicólogos del Distrito 6 ante la prevención

Eje	Sección	Interpretación de resultados
Prevención	Rol de la prevención dentro del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Rol central dentro del sistema de salud público, especialmente en la atención primaria en salud. • Contradicciones respecto a su utilidad: la prevención no cumple el rol central debido a la escasa asignación de recursos. • La prevención es central y útil pero su alcance es limitado. • La prevención es periférica, útil, pero los esfuerzos son insuficientes.
RRD	Rol de la RRD dentro del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Rol periférico. • La RRD es útil, pero existe disonancia entre su importancia teórica y la aplicación práctica. • La RRD cumple un rol central, útil como estrategia de contacto y captación de usuarios al sistema de salud.

Fuente y elaboración: propia del autor, a partir de las entrevistas realizadas (2021).

La actitud general de los participantes hacia la prevención del consumo de drogas es positiva y le confieren un rol central dentro de los servicios que oferta el MSP. Esto no excluye las observaciones respecto a las metodologías tradicionalmente priorizadas y la poca incidencia sobre los determinantes sociales de la salud.

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 si los talleres cumplen de verdad ese rol de prevenir o si hay otras formas también [...] Saber cuáles son las necesidades porque hay, se me ocurre, una comunidad de precarios recursos económicos, donde hay desempleo, donde los expendedores de drogas están todos los días, entonces *¿cómo haces prevención ahí?* (participante 4).

La diferencia entre el rol central y periférico de la prevención es mínima. Varios de los entrevistados resaltaron el alcance limitado de la prevención, los escasos recursos destinados, un enfoque de atención

prioritariamente curativo y el bajo impacto de las intervenciones enmarcadas a este nivel.

Es que como digo, no hay, la prevención se da en primer nivel de atención, centros de salud. El MAIS³ 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 se dividieron y se apreció una marcada ambivalencia, pues los participantes percibieron distancia y contradicción entre la teoría y práctica de la prevención. Otro argumento planteado por los entrevistados fue la desarticulación del trabajo en salud de otros ámbitos –como educación– y la desinstitucionalización de la política de drogas a nivel central.

[...] la prevención a nivel del MSP está más en los papeles, porque de ahí realmente un trabajo preventivo que funcione, 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. Tristemente la Secretaría de Drogas desapareció y supuestamente se fusionó con nosotros, pero yo no he visto ningún trabajo a fondo (participante 5).

La actitud general de los participantes ante la RRD es positiva. Se caracteriza por la asignación de un rol periférico dentro del sistema de salud y desconocimiento de sus detalles prácticos. Los participantes manifiestan una actitud abierta, curiosa, respecto a la RRD:

[...] 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 adolescente, en donde lo que se quiere conseguir, desde mi punto de vista, es la abstinencia. Pero, como yo digo, estamos

3 Manual del Modelo de Atención Integral de Salud.

invirtiendo tal vez en pacientitos que no quieren, entonces ahí más bien, nosotros deberíamos implementar la estrategia de reducción de riesgos (participante 9).

4. Conclusiones

Las representaciones son construcciones de objetos sociales complejos, abstracciones no meramente reproductivas que demandan la participación del sujeto, quien desempeña un rol de autor y actor. Estas ideas y creencias parten de la información científica disponible, el contexto cultural y las experiencias del sujeto que representa, posibilitando su relación con los objetos. Desde este enfoque teórico, el presente capítulo buscó identificar la particular relación entre los psicólogos adscritos al MSP en Quito y la prevención del consumo de drogas caracterizada por el acatamiento, respeto irrestricto, incluso, el temor a explorar alternativas a la erradicación del consumo en el sistema público de salud. Se buscaba explorar nuevas posibilidades de relación con un objeto complejo y fundamental –la prevención–, mediante el enfoque de RRD.

La investigación se focalizó en el cuerpo de psicólogos, pues están involucrados de forma directa en la atención de las personas que consumen drogas. Esta diferencia en el nivel de involucramiento con respecto a otros profesionales de la salud da cuenta de los niveles de intervención en el Sistema Nacional de Salud, que separa a la salud física de la salud mental. Que la mayoría de psicólogos que trabajaron hasta septiembre de 2021 tuvieran un título de tercer nivel proveniente de una universidad pública y que trabajen en una entidad del Estado da cuenta de la relativa uniformidad de las representaciones en torno a la prevención del consumo de drogas, conocimientos que, no obstante, producen y reflejan tanto prejuicios como estereotipos sobre las drogas. Existen excepciones, sobre todo, en los psicólogos más jóvenes, con estudios de cuarto nivel. En estos casos, se da utilidad a la experiencia como medio para informar y moldear la actitud hacia el consumo y los “consumidores” dentro de la práctica de la salud pública.

Para los psicólogos, prevención de drogas es sinónimo de reducción o erradicación del consumo, pero no se observa una aceptación del consumo de sustancias psicoactivas como una condición legítima, a diferencia del alcohol y el tabaco. Las representaciones sociales de la prevención se enmarcan dentro del paradigma de prevención del consumo, principalmente, con las características de los modelos médico-sanitario y psicosocial que fueron explicadas por Fernández y Martínez (2014). Bajo estos modelos persisten las explicaciones biologicistas, la patologización del consumo de drogas y la hipótesis de las fallas en el funcionamiento de la red sociofamiliar.

Por otra parte, evitar el consumo debería ser el objetivo principal de la estrategia de prevención, no obstante, las personas entrevistadas opinan que esta medida tiene un rol secundario y cuestionan su utilidad. También se considera que la atención primaria en salud es una de las banderas del MSP, pero que los recursos –entre ellos el tiempo– asignados para su desarrollo es escaso. Existe impotencia ante las contradicciones: las políticas preventivas son necesarias, pero en las condiciones actuales resultan insuficientes, y modificarlas es difícil desde el nivel operativo, partiendo de que la información que se tiene de la RRD es escasa. La actitud hacia esta es, en general, positiva. Hay curiosidad por saber cómo se podría aplicar bajo su contexto, pese a que la RRD es vista como prevención secundaria.

Así, el modelo de salud pública se destaca por su actitud paternalista hacia el consumidor, prioriza la reducción del daño –sobre la garantía del derecho a usar drogas– y la valoración negativa del consumo por considerarse riesgoso. Excluir a la RRD del primer nivel de atención o incorporarla como un sucedáneo de la abstinencia limita la oferta de los servicios de salud. Ampliar las intervenciones preventivas, desarrollar una actitud pragmática y poner las tecnologías al servicio del cuidado favorecería el acceso de los usuarios al sistema de salud. Es un ejercicio de autonomía que le devolvería al sujeto su capacidad de acción.

Por último, operativizar la RRD dentro del MSP puede ser el puente para superar la falsa dicotomía entre consumidores y no consumidores: si se considera la aceptación del consumo de drogas como

una conducta legítima, la distinción no tendría lugar, pues esto colocaría a las personas sobre la misma línea. La estrategia de “evitar el consumo” perdería razón de ser. Se propone a la prevención primaria, secundaria y terciaria como alternativa ante los abordajes que dividen a los consumidores de los no consumidores, en un intento de contrarrestar la patologización. La implementación de la prevención del consumo y la reducción del riesgo y daño son dos de los paradigmas sobre los cuales el MSP tiene la última palabra.

5. Referencias bibliográficas

- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre medicina*. Amorrortu editores.
- Castel, R. (2013). *El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo*. Ediciones Nueva Visión.
- Edwards, S. (2010). La legislación de drogas de Ecuador y su impacto sobre la población penal en el país. En Transnational Institute and Washington Office on Latin American (ed.), *Sistemas sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina* (pp. 51-60). TNI y WOLA.
- 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 la licenciatura en Trabajo Social). Universidad Nacional de Cuyo.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- 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*, 22(1), pp. 87-106. <https://n9.cl/mg0fc>
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (ed.), *Psicología social II: Pensamiento y vida social* (pp. 469-494). Editorial Paidós.
- Martínez, D., y Pallarés, J. (2013). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Editorial Milenio.
- Ministerio de Salud Pública [MSP] (2021). *Rendición de cuentas 2020 Coordinación Zonal 9-Salud*. MSP. <https://n9.cl/ljoqf>

- _____. (2020). *Acuerdo Ministerial N.º 00019-2020*. Registro oficial Edición Especial No. 641.
- Morales-Morejón, M. (agosto de 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*, (32)2, pp. 13-33. <https://n9.cl/418pe>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul S. A.
- Núñez, E. (2016). “Just Say No”, la emblemática y polémica campaña contra las drogas de Nancy Reagan. *Univisión Noticias Salud-Drogas y adicciones*. <https://bit.ly/2VQxstG>
- Parés, O. (2013). La génesis de la reducción de riesgos. En D. Martínez y J. Pallarés (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (pp. 71-88). Editorial Milenio.
- Ramos, C. (2020). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica*, (3)9, pp. 1-5. <https://n9.cl/4qdnrh>
- Rollo, S., y Samorini, G. (1999). *Ketamina*. Los Libros de la Liebre de Marzo.
- Rovira, J., y Hidalgo, E. (2003). *Gestión del placer y del riesgo o como enseñar a disfrutar la noche y no morir en el intento*. Ponencia presentada en VIII Jornadas Sobre Prevención de Drogodependencias de Alcorcón.
- Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu editores.
- 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*, (3), pp. 40-62. <https://n9.cl/zt04q>
- Villarroel, G. (2007). Las representaciones sociales: una nueva relación entre individuo y sociedad. *Fermentum*, (49)17, pp. 434-454. <https://n9.cl/7o76m>