

Avances

**en el tratamiento de las
adicciones y la integración social
en América Latina y Europa**

Avances

**en el tratamiento de las
adicciones y la integración social
en América Latina y Europa**



Catálogo General de Publicaciones Oficiales:

<https://cpage.mpr.gob.es>

Coordinación:

Asociación Proyecto Hombre

Revisión:

Centro de Formación de Santa Cruz de la Sierra

Diseño gráfico y maquetación:

Ximena Chapero Ayala

© De esta edición: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. 2026

© De los textos: sus autores

© De las imágenes: sus propietarios

Todos los derechos reservados

NIPO: 109-26-003-1

Los puntos de vista, las designaciones y las recomendaciones presentadas en esta publicación, que no ha sido sometida a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de sus autores y pueden no coincidir necesariamente con la postura oficial de AECID.

ÍNDICE

Prólogo

Jesús Molina Vázquez. Centro de Formación de la Cooperación Española en Santa Cruz de la Sierra

7

Introducción

Oriol Esculies Plou y Jesús Mullor Román. Asociación Proyecto Hombre, España.

9

CAPÍTULO I

Orientaciones técnicas para la atención integral a mujeres con trastornos por uso de sustancias: Reflexiones desde las voces de las mujeres en tratamiento, sus familias y profesionales de la salud

13

María Mercedes Dueñas y Diana Raquel Sierra. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito para la Región Andina y el Cono Sur.

Martha Suescún. Fundación Libérate, Colombia.

CAPÍTULO II

Justicia que transforma: La experiencia de CENTRA y la Justicia Terapéutica en Chiapas, México

32

Liliana Ivett López Gordillo y Jaime Sánchez Tinajero CENTRA, Fiscalía General del Estado de Chiapas; México.

Berenice Santamaría González. Consultora, México y España.

CAPÍTULO III

Acortando distancias, aplicación de la Inteligencia Artificial en Patología Dual: Desarrollo, implementación y perspectivas futuras

46

José Eduardo Montejo Celis. Instituto de Innovación en Salud Mental y Psicoterapia de Barcelona, España.

Carlos Roncero. Sociedad Española de Patología Dual, España.

Juan Ignacio Mestre-Pintó. Hospital del Mar Research Institute, España.

CAPÍTULO IV

Acompañantes Terapéuticos y Acompañante Par: Experiencia de abordaje integral de los consumos en contextos de alta vulnerabilidad social en Argentina

61

Pablo Dragotto. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, Argentina.

Silvia Pisano. Subsecretaría de Atención y Acompañamiento en materia de drogas SEDRONAR, Argentina.

CAPÍTULO V

INCORPORA: Un puente para la inserción laboral inclusiva

73

Programa Incorpora, Fundación "la Caixa"

Proyecto Hombre Cataluña, España.

CAPÍTULO VI

Servicios de apoyo orientados a la Recuperación en Chile: Fundamentos, experiencias y aprendizajes 89

Daniela Nieto Aravena y Francisca Oblitas Valdés. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol SENDA, Chile.

CAPÍTULO VII

Sello de Calidad de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas: Un compromiso de buenas prácticas 99

Jessica Bolaños (Costa Rica), Jorge Olivares (Brasil) y Selva Careaga (Chile), Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas.

CAPÍTULO VIII

Los avances del tratamiento comunitario: Desafíos y prácticas de implantación de políticas de abordaje territorial en relación con las drogas 111

Raquel Da Silva Barros y Maysa Mazzon. RAISS/ Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en materia de política de drogas COPOLAD III, Brasil.

Mercedes Alonso. Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en materia de política de drogas COPOLAD III, Bélgica.

CAPÍTULO IX

Observatorio Proyecto Hombre: Gestión del conocimiento para el diseño de programas efectivos en tratamiento e integración social 125

Jesús Mullor Román, Fernando González Vale y Paula Quintana Reyes. Asociación Proyecto Hombre, España.

Autores 139

PRÓLOGO

La Cooperación Española reafirma, una vez más, su compromiso con América Latina y el Caribe, acompañando los esfuerzos de los países de la región en la construcción e implementación de políticas públicas más sólidas, humanas y eficaces en materia de prevención, reducción y tratamiento socio-sanitario de drogadicción y adicciones. Este compromiso nace de una convicción profunda: sólo mediante la cooperación, el intercambio de saberes y el fortalecimiento institucional es posible avanzar hacia sociedades más inclusivas, saludables y respetuosas de los derechos de todas las personas.

A lo largo de los años, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), junto a sus socios estratégicos ha promovido espacios de diálogo colaborativo, intercambio de experiencias y buenas prácticas así como encuentros, que han permitido fortalecer las capacidades nacionales y regionales en este ámbito, buscado siempre situar a las personas en el centro, promoviendo enfoques basados en la evidencia científica, la equidad de género y el respeto a los derechos humanos. Las principales áreas de trabajo se han desarrollado en torno a seminarios y formación de profesionales, en el ámbito de la prevención del consumo de drogas y reducción de la demanda, fortalecimiento de políticas públicas basadas en evidencia e intercambio de buenas prácticas y generación de espacios de cooperación, siguiendo las directrices del VI Plan Director de la Cooperación Española en relación al ODS 3: Salud Global y Sistemas Sanitarios.

Esta publicación técnica es el resultado de un amplio recorrido compartido. Recoge experiencias, aprendizajes y avances que reflejan no solo la calidad técnica de las intervenciones, sino también el espíritu de colaboración que ha caracterizado el trabajo entre instituciones, profesionales y comunidades de ambos lados del Atlántico. Cada iniciativa, programa o intercambio de conocimiento ha contribuido al fortalecimiento de los sistemas públicos, mejorar la calidad de los servicios y consolidar redes de cooperación regional que hoy son un referente en la materia de relevancia en América Latina y el Caribe.

La Cooperación Española reconoce en estas páginas; el esfuerzo de todos los actores que, desde la gestión pública, la sociedad civil, la academia o los organismos internacionales, han sumado su compromiso y experiencia para hacer posible políticas más humanas y efectivas frente a las drogas y las adicciones.

Este documento no es solo un testimonio del trabajo realizado, sino también una invitación a seguir avanzando juntos. Porque la cooperación no se entiende solo como un intercambio de recursos o conocimientos, sino como una apuesta compartida por el bienestar, la justicia social, el desarrollo sostenible y la solidaridad global.

Jesús Molina Vázquez

Director

*Centro de Formación de la Cooperación Española
en Santa Cruz de la Sierra*

*Agencia Española de Cooperación Internacional
para el Desarrollo (AECID)*

INTRODUCCIÓN

Oriol Esculies y Jesús Mullor
Asociación Proyecto Hombre, España

El fenómeno de las adicciones constituye uno de los desafíos más complejos y multidimensionales de nuestro tiempo, requiriendo respuestas integrales que trasciendan fronteras geográficas y disciplinarias. En este contexto surge el Encuentro Birregional sobre Tratamiento, Rehabilitación e Integración Social en Adicciones, celebrado los días 10 y 11 de julio de 2025 de manera virtual, como una iniciativa que materializa la necesidad imperiosa de tender puentes entre Europa y América Latina para el intercambio de conocimientos, experiencias y buenas prácticas en el ámbito de las adicciones.

Esta actividad se enmarca en INTERCOONECTA, el Plan de Transferencia, Intercambio y Gestión de Conocimiento para el Desarrollo de la Cooperación Española en América Latina y el Caribe que tiene entre sus objetivos favorecer y posicionar la transferencia, intercambio y gestión de conocimiento como eje esencial de las políticas públicas de cooperación orientada a resultados de desarrollo sostenibles. INTERCOONECTA está impulsado y coordinado por la Dirección de América Latina y el Caribe de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y cuenta con el equipo de su sede en España y el de la Red de Centros de Formación que trabaja estrechamente con las entidades colaboradoras que proporcionan el conocimiento que intercambia en las actividades.

En concreto esta publicación se integra en la Convocatoria de INTERCOONECTA 2023 solicitada y coordinada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) del Ministerio de Sanidad de España que lleva por título “Fortaleciendo las políticas públicas y la calidad de las intervenciones y servicios, en materia de drogas, en la región de América Latina y Caribe”. En esta convocatoria participaron varias entidades colaboradoras y se desarrollaron diferentes actividades, en concreto para esta actividad se contó con la Asociación Proyecto Hombre (APH) y se asignó el Centro de Formación de la Cooperación Española en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia).

La iniciativa surge del reconocimiento de que la gestión del conocimiento es fundamental para fortalecer las capacidades institucionales de los países socios, especialmente en un campo tan sensible y complejo como el de la reducción de la demanda de drogas.

Esta colaboración refleja la comprensión compartida de que los retos asociados a las drogas y las adicciones requieren enfoques colaborativos que integren la experiencia del sector público, la sociedad civil organizada y los organismos de cooperación internacional. Es por ello, que queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a la AECID y a la DGPNSD por haber hecho posible esta valiosa y pertinente iniciativa.

Un propósito colectivo para América Latina

El objetivo principal de esta iniciativa trasciende la mera transferencia de conocimientos técnicos. Se trata de mejorar la efectividad de las políticas, estrategias e intervenciones sobre drogas en ambas regiones, específicamente en el marco del tratamiento, la rehabilitación y la integración social, siempre alineado con los derechos humanos, la perspectiva de género, la diversidad y los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.

La región latinoamericana enfrenta desafíos particulares relacionados con la producción, el tráfico y el consumo de sustancias psicoactivas, que requieren respuestas adaptadas a sus contextos socioculturales específicos. Este encuentro birregional constituye una plataforma para el diálogo horizontal entre profesionales, instituciones y organizaciones que trabajan en primera línea de estas problemáticas.

La Diversidad como fortaleza

Uno de los aspectos más destacables de este encuentro es la extraordinaria diversidad de actores que han convergido en torno a un objetivo común. La complejidad inherente a las adicciones demanda la participación de múltiples sectores: instituciones públicas, organismos internacionales, el mundo académico y entidades de la sociedad civil organizada. Esta multiplicidad de voces y perspectivas enriquece enormemente el análisis y las propuestas de intervención.

La participación de organismos como la Oficina de Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito (UNODC), la Unión Europea, gobiernos nacionales como los de Argentina, Chile, Argentina, España y México, universidades, fundaciones, federaciones latinoamericanas, demuestra que el abordaje efectivo de las adicciones requiere la articulación de saberes técnicos, experiencias prácticas, recursos institucionales y compromiso político. Cada actor aporta desde su especificidad: los organismos internacionales brindan marcos normativos y orientaciones técnicas;

los gobiernos nacionales implementan políticas públicas; las universidades generan conocimiento científico; y las organizaciones de la sociedad civil desarrollan intervenciones directas con las personas afectadas.

Esta diversidad no es casual, sino estratégica. Las adicciones no son únicamente un problema de salud pública, sino un fenómeno que confluye con la justicia, la salud, la educación, el trabajo social, la economía y los derechos humanos. Por tanto, las respuestas efectivas deben ser necesariamente multisectoriales y multidisciplinarias.

La imperativa necesidad de innovación y aprendizaje continuo

En el campo de las drogas y adicciones, la innovación no es un lujo, sino una necesidad. Los patrones de consumo evolucionan constantemente, emergen nuevas sustancias psicoactivas, cambian los contextos sociales y se desarrollan nuevas tecnologías que pueden tanto facilitar el consumo como ofrecer herramientas terapéuticas innovadoras. Esta realidad dinámica exige de los profesionales y las instituciones una capacidad permanente de adaptación y aprendizaje.

La formación continua y la actualización de conocimientos se vuelven elementos críticos para mantener la efectividad de las intervenciones. Los programas tradicionales de tratamiento, aunque valiosos, deben complementarse con enfoques innovadores que incorporen los avances científicos, las nuevas tecnologías y las lecciones aprendidas de experiencias exitosas en diferentes contextos.

La renovación de metodologías y enfoques no implica descartar lo que ha demostrado ser efectivo, sino enriquecerlo con nuevas perspectivas y nuevos elementos. La integración de herramientas digitales en el tratamiento de patología dual, el desarrollo de programas de acompañamiento terapéutico en contextos de alta vulnerabilidad social, o la implementación de modelos de justicia terapéutica, son ejemplos de cómo la

innovación puede potenciar la efectividad de las intervenciones tradicionales.

El aprendizaje entre pares se presenta como una estrategia particularmente valiosa. Las experiencias exitosas desarrolladas en un contexto pueden adaptarse y replicarse en otros, generando un efecto multiplicador que potencia el impacto de las buenas prácticas. Este encuentro birregional ejemplifica perfectamente esta dinámica de aprendizaje mutuo entre expertos y expertas de ambas regiones que enfrentan desafíos similares, pero con características específicas.

Compartir conocimiento: un compromiso con la equidad

El intercambio de conocimientos y buenas prácticas representa mucho más que un ejercicio académico; constituye un compromiso ético con la equidad en el acceso a intervenciones efectivas. Cuando una comunidad terapéutica en Chile desarrolla un modelo exitoso de servicios orientados a la recuperación, o cuando un programa de inserción laboral en España demuestra su efectividad, la responsabilidad social exige que estos aprendizajes se compartan y se adapten a otros contextos.

La sistematización y difusión de experiencias exitosas permite democratizar el acceso a intervenciones de calidad. El desarrollo de efectos multiplicadores en diferentes regiones afectadas por el uso de drogas no es solo una estrategia técnica, sino un imperativo de justicia social. El intercambio horizontal realizado entre ambas regiones fortalece globalmente el campo de las adicciones.

Las comunicaciones: un mosaico de experiencias y saberes

Las comunicaciones presentadas durante este encuentro configuran un rico mosaico de experiencias, metodologías e innovaciones que reflejan la diversidad y la riqueza del trabajo en adicciones en ambas regiones.

La comunicación sobre **“Orientaciones técnicas para la atención integral a mujeres con trastornos por uso de sustancias”**, presentada por UNODC y la Fundación Libérate de Colombia, aborda la necesidad crítica de desarrollar orientaciones técnicas específicas que incorporen la perspectiva de género y las voces de las propias mujeres en el diseño de intervenciones terapéuticas, reconociendo las particularidades y vulnerabilidades específicas que enfrentan las mujeres en situación de adicción.

“La experiencia de CENTRA y la Justicia Terapéutica en Chiapas, México” representa una innovación significativa en la articulación entre el sistema de justicia y los servicios de tratamiento de adicciones, demostrando cómo la justicia terapéutica puede constituirse en una alternativa efectiva al encarcelamiento, promoviendo la rehabilitación y la reintegración social de las personas con problemas de drogas en conflicto con la ley.

La presentación sobre **“Aplicación de la Inteligencia Artificial en Patología Dual”** ilustra cómo las nuevas tecnologías pueden acortar distancias geográficas y facilitar el acceso a tratamientos especializados, particularmente relevante en el contexto postpandemia donde la telemedicina ha demostrado su potencial para democratizar el acceso a servicios de salud mental y adicciones.

La experiencia argentina de **“Acompañantes Terapéuticos y Acompañante Par”** presenta un modelo de abordaje integral en contextos de alta vulnerabilidad social, demostrando la efectividad de estrategias que combinan el acompañamiento profesional con la experiencia vivencial de personas en proceso de recuperación.

El Programa **“Incorpora”** de la Fundación “la Caixa”, acompañado del caso práctico en Proyecto Hombre Cataluña, evidencia la importancia crítica de la inserción laboral como componente fundamental del proceso de integración social, ofreciendo un modelo replicable de articulación entre el sector privado, las organizaciones sociales y los servicios de atención y tratamiento.

La iniciativa del **“Sello de Calidad de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéutica”** representa un avance significativo en la estandarización de criterios de calidad y la profesionalización de los servicios de tratamiento residencial en la región, contribuyendo a elevar los estándares de atención y proteger los derechos de las personas usuarias.

Los **“ Servicios de apoyo orientados a la Recuperación en Chile”** presentados por SENDA Chile reflejan la evolución hacia modelos de atención que priorizan la autonomía y el empoderamiento de las personas en proceso de recuperación, alejándose de enfoques paternalistas hacia metodologías centradas en las fortalezas y capacidades individuales.

“Los avances del tratamiento comunitario” presentados en el marco del Programa COPOLAD-III de la Unión Europea, ofrece una perspectiva integral que integra los servicios de salud mental y adicciones en el sistema público de salud, demostrando la viabilidad de modelos de atención comunitaria que respetan los derechos humanos y promueven la inclusión social.

Finalmente, el **“Observatorio Proyecto Hombre”** presenta un modelo de gestión del conocimiento que sistematiza la experiencia acumulada para informar el diseño de programas más efectivos, demostrando la importancia de la evaluación continua y la investigación aplicada en el desarrollo de intervenciones basadas en evidencia.

Un compromiso colectivo con el futuro

Este libro recoge no solo comunicaciones técnicas, sino testimonios del compromiso compartido de profesionales, instituciones y organizaciones de ambas regiones con la construcción de respuestas más efectivas, humanas e integrales a la problemática de las adicciones. Cada experiencia documentada representa años de trabajo, aprendizajes, ajustes y, sobre todo, la esperanza renovada de que es posible construir alternativas que promuevan la recuperación, la dignidad y la reintegración social de las personas afectadas por las adicciones.

El desafío ahora consiste en trascender la documentación hacia la acción. Los conocimientos compartidos deben traducirse en políticas públicas más efectivas, programas de tratamiento más innovadores, servicios más accesibles y, fundamentalmente, en oportunidades reales de recuperación para los cientos de miles de personas que sufren o sufrirán adicciones en nuestras regiones. Este encuentro birregional marca el inicio de un proceso más amplio de colaboración e intercambio que debe mantenerse en el tiempo. El fortalecimiento de la cooperación técnica entre Europa y América Latina en el campo de las adicciones representa una inversión estratégica en el bienestar de nuestras sociedades y en el futuro de las generaciones venideras.

Los coordinadores de esta actividad expresamos nuestro profundo reconocimiento a todos los participantes que han hecho posible este ejercicio de construcción colectiva del conocimiento, y extendemos una invitación permanente a continuar estrechando puentes de colaboración que nos permiten enfrentar con mayor efectividad uno de los desafíos más complejos de nuestro tiempo.



ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A MUJERES CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS:

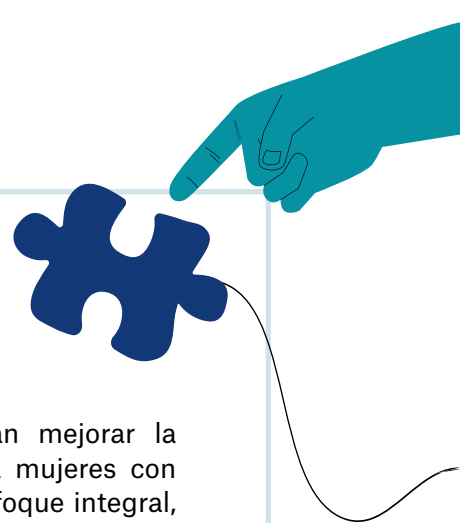
**Reflexiones desde las
voces de las mujeres
en tratamiento, sus
familias y profesionales
de la salud**

María Mercedes Dueñas^{1*}, Diana Raquel
Sierra¹, Martha Suescún²

1 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y
el Delito para la Región Andina y el Cono Sur.

2 Fundación Libérate, Colombia

*Autor de correspondencia:
maria.duenas@un.org



Resumen

Se presentan una serie de orientaciones técnicas que buscan mejorar la calidad de los programas de atención y tratamiento dirigidos a mujeres con *Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas* (TUS), desde un enfoque integral, participativo y centrado en derechos humanos. Las orientaciones técnicas surgen de una reflexión cualitativa que involucró mujeres usuarias y en tratamiento, sus familias y profesionales psicosociales. La metodología empleada incluyó revisión documental, una jornada de intercambio de saberes con 16 instituciones y grupos focales. El trabajo de campo se realizó en colaboración con la Fundación Libérate¹.

Los hallazgos evidencian que las mujeres enfrentan barreras socioculturales, institucionales, económicas y geográficas que limitan su acceso, permanencia y recuperación. Entre ellas se destacan el estigma, la violencia de género, la pobreza, la falta de servicios compatibles con sus responsabilidades de cuidado y la fragmentación institucional.

Las orientaciones se agrupan en cinco ejes: (1) comprender las trayectorias de las mujeres para ofrecer una atención sensible y personalizada; (2) reconocer las múltiples barreras de acceso vinculadas al género y la desigualdad; (3) fortalecer las redes vinculares como sistemas de apoyo; (4) transformar las instituciones en espacios seguros, libres de prejuicios y con personal capacitado; y (5) revisar el sistema de tratamiento para garantizar intervenciones integrales, sostenibles y articuladas.

Se concluye con recomendaciones orientadas a incorporar el enfoque de género y la atención al trauma en los servicios, fortalecer la articulación intersectorial, asegurar la participación de las mujeres en el diseño de políticas públicas, y garantizar inversión pública y cooperación internacional para la sostenibilidad de los programas.

Estas orientaciones aportan en la construcción de servicios más inclusivos, efectivos y justos, que reconozcan a las mujeres con TUS como sujetos de derechos.²

Palabras clave

Género, drogas, mujeres, tratamiento, derechos, estigma.

1 Fundación Libérate es un centro colombiano especializado en la prevención y tratamiento de adicciones, con enfoque basado en evidencia científica <https://fundacionliberate.org.co/>

2 Este artículo recoge elementos del documento técnico desarrollado en el marco del Proyecto QALAT, iniciativa conjunta entre el Plan Nacional sobre Drogas del Gobierno de España y UNODC, elaborado con el apoyo técnico de Karen Martínez Sierra, Asesora Técnica en Tratamiento de UNODC para la Región Andina y el Cono Sur.

Introducción

Los trastornos por uso de sustancias psicoactivas (TUS) son una condición de salud compleja y multifactorial que afecta a millones de personas en todo el mundo. Aunque se han logrado avances en su comprensión científica y existen compromisos internacionales para garantizar el acceso universal a servicios de salud, persisten brechas significativas en la cobertura, calidad y pertinencia de la atención, especialmente en el caso de las mujeres.

A pesar de que las mujeres representan una proporción considerable de las personas que consumen drogas, persiste desigualdad en el acceso al tratamiento. Según el *Informe Mundial sobre las Drogas 2025* de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), solo una de cada 18 mujeres con consumo problemático recibió tratamiento en 2023, en contraste con uno de cada siete hombres. Esta brecha evidencia la existencia de barreras estructurales, sociales y culturales que dificultan el acceso y mantenimiento de las mujeres a servicios de salud adecuados para el tratamiento de TUS (UNODC, 2025).

En el marco del proyecto QALAT: Garantía de calidad en el tratamiento de los trastornos por uso de drogas en América Latina y el Caribe, financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad de España en colaboración con la UNODC, se desarrollaron dos fases de trabajo regional. La primera fase (2020–2021) se centró en el mapeo de servicios y la capacitación técnica en diez países, generando hojas de ruta nacionales para el aseguramiento de la calidad. En la segunda fase (2023–2024) se profundizó en aspectos clave para la construcción de conocimiento aplicado.

En Colombia, este trabajo se alinea con la Política Nacional de Drogas 2023-2033, que reconoce el consumo de sustancias psicoactivas como un asunto de salud pública y derechos humanos, y plantea la necesidad de implementar estándares de calidad en los servicios de tratamiento, incorporando enfoques diferenciales que respondan a las

necesidades específicas de las mujeres y otros grupos históricamente marginados (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2023). Los esfuerzos se centraron en comprender las dificultades e inequidades en la atención a mujeres usuarias de drogas, mediante un proceso colaborativo con la sociedad civil (Fundación Libérate) y la participación directa de las mujeres. Este ejercicio permitió recoger sus voces y experiencias, y generar recomendaciones técnicas basadas en evidencia orientadas al mejoramiento de la calidad de los servicios de atención con enfoque de género (UNODC, s.f.)

Este artículo tiene como propósito plantear recomendaciones técnicas para mejorar la atención a mujeres con TUS, integrando la perspectiva de género y los derechos humanos. Las recomendaciones se fundamentan en una revisión teórica y de evidencia científica, y en un proceso participativo que incluyó grupos focales, entrevistas semiestructuradas e intercambios de experiencias con mujeres en tratamiento, sus familias y profesionales de la salud. A partir de esto se busca fortalecer los servicios existentes mediante intervenciones éticas, inclusivas y basadas en el conocimiento, que garanticen el derecho a la salud y la dignidad de quienes enfrentan esta problemática.

Marco teórico

Trastornos por uso de sustancias en mujeres: definiciones y datos clave

Los TUS incluyen una variedad de afectaciones como intoxicación, abstinencia y trastornos mentales inducidos por drogas, frecuentemente acompañados por un fuerte impulso de consumo que puede persistir incluso tras largos periodos de abstinencia. Es común la coexistencia con el uso nocivo de otras sustancias como alcohol y nicotina (UNODC/OMS, 2024). Este panorama exige un enfoque de salud pública que garantice servicios esenciales y aborde los determinantes sociales, en línea con el principio de “no dejar a nadie atrás” de los ODS. Sin embargo, factores políticos, sociales y económicos continúan

debilitando los sistemas de salud, afectando la prevención, la disponibilidad de personal capacitado, la infraestructura y la inversión (Houghton et al., 2022).

Según el Informe Mundial sobre las Drogas 2025, 316 millones de personas consumieron alguna droga en 2023, pero solo 1 de cada 12 recibió tratamiento. La brecha es mayor en mujeres: solo 1 de cada 18 accedió a atención, frente a 1 de cada 7 hombres (UNODC, 2024). Además, el consumo de sustancias puede agravar trastornos mentales preexistentes, lo que refuerza la necesidad de modelos integrales basados en evidencia científica.

En el caso de las mujeres, persisten barreras estructurales como el estigma, la falta de servicios especializados, la escasa concienciación y las limitaciones económicas, que dificultan el acceso oportuno y adecuado al tratamiento.

Reconocer las necesidades específicas en el tratamiento de mujeres con TUS: hacia una atención con equidad

La atención a mujeres con trastornos por uso de sustancias (TUS) requiere enfoques diferenciados que reconozcan sus trayectorias particulares, ya que la etiología, progresión y necesidades de tratamiento difieren de las de los hombres. Factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en su vulnerabilidad, como ocurre con el tabaco, donde presentan mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer, especialmente al combinarlo con anticonceptivos (Marks & Clark, 2018; Schneider et al., 2023; López & Smith, 2019; Ellis, 2024). En el caso de sustancias ilícitas, la dependencia suele desarrollarse más rápidamente y con mayor exposición a prácticas de riesgo como el uso compartido de jeringas (UNODC, 2005).

A nivel psicológico, el consumo está frecuentemente vinculado a experiencias

de violencia física, sexual o emocional, lo que perpetúa ciclos de revictimización y exclusión (Carter-Orbke et al., 2023). Además, la dependencia afectiva y económica de sus parejas limita su autonomía para acceder o mantenerse en tratamiento (Hansen, 2020; Arostegui & Martínez, 2019), generando obstáculos para su finalización (Hansen, 2020; Romo-Avilés, 2024). Por ello, los programas deben contemplar rutas de atención integrales que consideren el contexto de vida de las mujeres. La evidencia muestra que los servicios diseñados específicamente para ellas —especialmente aquellos que incluyen el cuidado de hijos— logran captar a quienes de otro modo no accederían al tratamiento (Davis, 2021; Schneider et al., 2023).

La evidencia sugiere que el acceso y sostenimiento del tratamiento requiere no solo programas especializados, sino también una articulación interinstitucional que aborde aspectos como el cuidado infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud mental y la lactancia (Weaver et al., 2017; Reif, 2021). El temor a perder la custodia de los hijos y las actitudes punitivas hacia el consumo femenino limitan la búsqueda de ayuda (Reif, 2021; Payne, 2015;). En este orden de ideas, los tratamientos más efectivos son aquellos que abordan de forma integral las condiciones de vida de las mujeres, incluyendo salud mental, vivienda, crianza y asuntos legales, ya que cuando estos factores no se atienden, suelen actuar como mantenedores del consumo.

Barreras de acceso al tratamiento por TUS desde una perspectiva de género

La literatura internacional evidencia que las mujeres enfrentan mayores obstáculos que los hombres para acceder al tratamiento de los trastornos por uso de sustancias (TUS), debido a desigualdades estructurales de género que afectan su salud y bienestar (OPS, 2023; Neale, 2018). Las barreras se agrupan en tres categorías principales: socioculturales, institucionales y económico-geográficas.

Barreras socioculturales

- **Disparidades de género y factores de riesgo:** Aunque las mujeres desarrollan dependencia más rápido, suelen buscar tratamiento antes, lo que podría mejorar su pronóstico. Sin embargo, enfrentan mayores riesgos para su salud mental y enfermedades como el VIH, que se agravan por el estigma y la falta de apoyo (Payne, 2015; Cecchini et al., 2021).
- **Barreras estructurales y sociales:** Los roles de género y el trabajo doméstico dificultan el acceso a los servicios, ya que los horarios de atención no se ajustan a sus responsabilidades. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2019) indica que las largas jornadas y la precariedad laboral limitan el tiempo y los recursos para la salud (Vaca, 2019). El género también influye en cómo las mujeres perciben el riesgo y buscan atención, lo que genera disparidades en la salud (Hawkes & Buse, 2013). El estigma hacia las madres o embarazadas que consumen crea una doble penalización que les impide buscar ayuda (Hansen, 2020).
- **Falta de investigación y enfoque:** La escasez de investigación sobre las necesidades específicas de las mujeres las invisibiliza en los servicios de salud. Esto limita las respuestas y no considera la relación entre la violencia de género y el consumo de sustancias, lo que dificulta una colaboración efectiva entre sectores (Simonelli et al., 2014; Moir, 2022).

Barreras institucionales

- **Barreras en la demanda y oferta:** Factores como el bajo nivel de alfabetización en salud, la desconfianza en el sistema y creencias erróneas sobre el consumo de sustancias dificultan que las mujeres identifiquen sus necesidades y busquen ayuda, especialmente en salud mental y adicciones (Weaver et al., 2017). A esto se suman los roles de cuidado, el escaso apoyo familiar y la auto estigmatización (Mota, 2018).
- **Barreras adicionales y el camino a seguir:** En zonas rurales, los trámites administrativos, la falta de personal y los largos desplazamientos aumentan el abandono del tratamiento (OPS, 2023; OPS, 2014; Houghton et al., 2020; Hansen, 2020). Aunque la afiliación al sistema de salud es un avance, no asegura una atención de calidad debido a barreras burocráticas y falta de coordinación.

Barreras económico-geográficas

- **Desafíos socioeconómicos:** El acceso de las mujeres a los servicios de salud está limitado por barreras estructurales como el desempleo, el trabajo informal y la falta de prestaciones sanitarias (OPS, 2014; Fitzgerald et al., 2023). Estas condiciones generan dependencia económica y afectiva, lo que aumenta la exposición a la violencia y agrava los problemas de salud mental, especialmente cuando sus parejas también consumen sustancias (Carter-Orbke et al., 2023; FLACSO, 2020). La precariedad laboral dificulta la continuidad de los tratamientos y eleva el riesgo de exclusión social, especialmente en situaciones de inseguridad donde se ven forzadas a vincularse al trabajo sexual o al tráfico de drogas.



Desafíos geográficos: La concentración de servicios en áreas urbanas restringe el acceso de las mujeres que viven en zonas rurales. Ellas enfrentan obstáculos como largas distancias, malas condiciones de las vías, escasez de medicamentos y personal, además de contextos de violencia (Houghton et al., 2020; OMS, 2023; Gizaw et al., 2022). A esto se suman la falta de dinero, el temor al rechazo y la necesidad de pedir permiso para asistir a las consultas (OPS, 2023; Gizaw et al., 2022).

El valor estratégico de la calidad en los servicios de tratamiento por uso de sustancias

La calidad en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias (TUS) es una prioridad internacional respaldada por resoluciones de la Comisión de Estupefacientes (2016, 2021) y por las Normas Internacionales desarrolladas por UNODC y OMS (2023). Estas normas promueven intervenciones eficaces, éticas y basadas en evidencia, centradas en principios como el derecho a la salud, la dignidad y el enfoque de “no hacer daño”, con especial atención a las necesidades de las mujeres (Krasnova et al., 2021; Hawkes & Buse, 2013; Harris et al., 2022). La violencia de género, especialmente en la infancia, se asocia con trastornos mentales y consumo problemático (OMS, 2021), mientras que los mandatos culturales de género explican diferencias en los patrones de consumo (Neale et al., 2018).

Por ello, se requieren tratamientos sensibles al trauma, aunque muchos servicios aún operan bajo modelos masculinizados (Hawkes & Buse, 2013; Harris et al., 2022; Carter-Orbke et al., 2023). Mejorar la calidad implica reconocer barreras como la criminalización, la desigualdad económica, la concentración urbana de servicios y la falta de infraestructura en zonas rurales (Marks & Clark, 2018; Davis, 2021).

Además, es necesario adaptar los enfoques terapéuticos a los contextos culturales locales y fortalecer modalidades menos intrusivas como la atención ambulatoria (Trane et al., 2022; Reif et al., 2021), garantizando así una atención ética, efectiva y con enfoque de derechos para las mujeres con TUS (Harris et al., 2022).

Buenas prácticas en la atención integral a mujeres con TUS

Las Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por Uso de Drogas (Comisión de Estupefacientes, 2021) establecen que la farmacodependencia debe abordarse como un trastorno multifactorial, biológico y conductual, tratable mediante enfoques médicos y psicológicos. Bajo esta premisa, toda intervención debe guiarse por siete principios fundamentales: accesibilidad, estándares éticos, coordinación intersectorial, evidencia científica, atención a poblaciones específicas, manejo clínico adecuado y enfoque integrado con monitoreo constante.

En el caso de las mujeres, el principio de atención a poblaciones específicas cobra especial relevancia. A continuación, se presentan buenas prácticas en la atención integral a mujeres con TUS en tres niveles clave:

En el sistema de tratamiento:

La coordinación entre atención primaria y servicios especializados es esencial para garantizar continuidad asistencial (OPS, 2020). Sin embargo, cuando los reingresos se deben a una población “cautiva” de servicios especializados, se evidencia una falla en el sistema para ofrecer alternativas menos complejas (OPS, 2023; Houghton et al., 2022; OPS, 2010). Muchas mujeres recurren inicialmente a la atención primaria como medida preventiva, y su readmisión puede formar parte de una planificación terapéutica adecuada (Olivari et al., 2022).

La integración de sistemas de información que incluyan antecedentes traumáticos, dependencia económica, violencia de género y redes de apoyo es clave para mejorar la efectividad del tratamiento y reducir el riesgo de recaídas.

Dentro de los servicios de atención:

Los programas que responden a las necesidades específicas de las mujeres muestran mejores resultados en términos de adherencia, permanencia y recuperación funcional. *Intervenciones sensibles al género*, como las que abordan la violencia, el estigma y la falta de apoyo, son más efectivas (Águila-Morales & Clua-García, 2024). Los programas exclusivos para mujeres, al ofrecer espacios seguros y redes de apoyo intragénero, fortalecen los procesos de recuperación (Arostegui & Martínez, 2019; Holzhauer et al., 2020).

La adaptación de los acompañamientos a las realidades sociales de las mujeres —incluyendo el temor a ser identificadas como consumidoras— mejora la efectividad y garantiza el respeto de sus derechos (Águila-Morales & Clua-García, 2024). Además, ofrecer espacios de escucha y protocolos flexibles promueve vínculos saludables, habilidades sociales y comportamientos prosociales.

En la vinculación al tratamiento:

Ampliar el alcance de los tratamientos requiere estrategias eficaces que articulen esfuerzos entre la comunidad, el sistema de salud y la justicia penal (Perry et al., 2019; Terplan et al., 2015; UNODC, 2004). Las prácticas recomendadas incluyen la *detección temprana y el uso sistemático de herramientas motivacionales* (Perry et al., 2019; Terplan et al., 2015; UNODC, 2004); *evaluaciones iniciales* que consideren factores como relaciones interpersonales, embarazo, salud mental y antecedentes de violencia (Olivari et al., 2022); la participación de redes de apoyo durante el proceso terapéutico; estructuras de servicios adaptadas a las mujeres; evitar modelos masculinos de confrontación, priorizando enfoques centrados en el cuidado, la salud mental, la crianza y la atención prenatal (Holzhauer et al., 2020); aplicación de tratamientos cognitivo-conductuales con respaldo científico; reconocimiento del impacto del trauma y desarrollo de estrategias para abordarlo; y atención diferenciada para mujeres embarazadas y madres.

Metodología

Enfoque:

El estudio adoptó un enfoque cualitativo y participativo para comprender en profundidad las experiencias de mujeres en procesos de atención y recuperación por Trastornos por Uso de Sustancias (TUS). La metodología se centró en un diálogo de saberes, articulando el conocimiento científico con las vivencias de las mujeres, para identificar las barreras y oportunidades de mejora en el actual abordaje de los TUS en mujeres.

La investigación se basó en una revisión de literatura, la realización de grupos focales, entrevistas semiestructuradas y un intercambio de experiencias con profesionales de la salud y mujeres en proceso de atención. Estos métodos permitieron recoger información detallada y sensible para dar voz a las personas que experimentan las limitaciones del sistema de salud y, así, proponer soluciones más pertinentes.

Participantes:

La investigación contó con la participación de 27 personas pertenecientes a 16 instituciones especializadas en el tratamiento de mujeres con TUS, quienes asistieron a una jornada de intercambio de saberes realizada en la ciudad de Bogotá. Además, se conformaron cuatro grupos focales: dos con mujeres en tratamiento, uno con profesionales psicosociales y otro con familiares. También participaron dos profesionales del centro de un tratamiento seleccionado, cinco usuarias activas del servicio y dos familiares, quienes aportaron insumos clave para la caracterización de los servicios. Un grupo técnico interdisciplinario fue responsable del diseño metodológico, la validación de instrumentos y el análisis de la información recolectada. Durante el proceso se mantuvo la confidencialidad y el resguardo de la información a través de protocolos éticos y mecanismos de protección de datos,

garantizando el anonimato y la privacidad de las personas participantes.³

Procedimientos:

La metodología se desarrolló en dos fases principales. En la fase de alistamiento, se planificaron las actividades del proyecto, definieron los roles del equipo implementador y se seleccionó un centro de tratamiento en Bogotá como espacio piloto (Fundación Libérate). La elección de este centro se basó en criterios como su trayectoria institucional, experiencia específica en el abordaje de mujeres con TUS, cobertura poblacional y disposición para participar en procesos colaborativos. Se elaboró un cronograma de trabajo y se caracterizó el centro participante.

En la fase de revisión y recolección de información, se llevaron a cabo tres momentos. El primero consistió en la elaboración de un estado del arte sobre las condiciones de calidad en los servicios de tratamiento por TUS, con énfasis en mujeres, identificando barreras, necesidades, buenas prácticas y desafíos. Este momento incluyó la jornada de intercambio de saberes con instituciones especializadas.

El segundo momento implicó la construcción y validación de una metodología participativa para la caracterización de servicios. Finalmente, en el tercer momento, se aplicó dicha metodología en el centro de tratamiento seleccionado, mediante entrevistas y grupos focales con usuarias, profesionales y familiares. Se sistematizaron 27 narrativas que reflejaron diversas perspectivas sobre la calidad de los servicios, destacando la necesidad de transformar las narrativas sociales sobre el consumo femenino y promover un tratamiento más inclusivo y efectivo.

3 Anonimización de datos: Se eliminaron o codificaron los datos personales para que no pudieran ser asociados con una persona específica. Consentimiento informado: Cada participante fue informado sobre el propósito de la investigación, el uso de sus datos y sus derechos, y firmó un consentimiento antes de participar. Almacenamiento seguro: La información recolectada fue almacenada en sistemas protegidos con acceso restringido. Uso exclusivo para fines investigativos: Los datos no fueron compartidos con terceros ni utilizados fuera del marco del estudio.

Resultados

La sistematización de los grupos focales, entrevistas y el intercambio de experiencias permitió identificar hallazgos clave sobre las barreras, necesidades, buenas prácticas y desafíos en la atención a mujeres con Trastornos por Uso de Sustancias (TUS), desde una perspectiva de género e interseccionalidad. A continuación, se presentan los principales resultados organizados por fuente metodológica. Resultados de los grupos focales: Se realizaron cuatro grupos focales con mujeres en tratamiento, profesionales psicosociales y familiares de pacientes. A partir del análisis categorial, se identificaron los siguientes hallazgos:

Barreras de acceso, permanencia y finalización del tratamiento

- **Estigma social y de género:**
Las mujeres relataron experiencias de discriminación y señalamiento por parte de sus entornos familiares, laborales y sociales. Se evidenció una carga moral asociada al consumo femenino, reforzada por estereotipos que las posicionan como “malas madres” o “mujeres fallidas”
- **Maternidad como barrera y motivación:**
La maternidad fue identificada como un factor ambivalente. Por un lado, representa una motivación para iniciar o mantenerse en tratamiento; por otro, constituye una barrera cuando no existen apoyos institucionales para el cuidado de los hijos.
- **Limitaciones institucionales:**
Se reportaron dificultades en el acceso a servicios por falta de información, demoras en las remisiones, escasa oferta de tratamientos diferenciados y falta de continuidad en la atención. También se evidenció una baja capacitación del personal en temas de género, trauma y salud mental.
- **Condiciones socioeconómicas:**
Las participantes señalaron que la precariedad económica, la dependencia financiera y la falta de redes de apoyo dificultan su adherencia al tratamiento.

También se mencionó la falta de subsidios para transporte, alimentación o medicamentos.

Necesidades específicas para una intervención con enfoque de género

- **Atención integral y personalizada:**
Las mujeres expresaron la necesidad de tratamientos que aborden no solo el consumo, sino también los traumas, la salud mental, el proyecto de vida y la gestión emocional. Se valoró positivamente la inclusión de terapias centradas en el perdón, la culpa y la autoestima.
- **Acompañamiento familiar informado:**
Se destacó la importancia de involucrar a las familias en el proceso terapéutico, brindándoles herramientas para comprender la adicción, manejar las recaídas y apoyar emocionalmente a las pacientes.
- **Mayor empatía y humanización:**
Tanto mujeres como familiares coincidieron en la necesidad de contar con profesionales sensibles, empáticos y capacitados, que no reproduzcan estigmas ni juicios morales durante la atención.

Buenas prácticas identificadas

- **Grupos exclusivos para mujeres:**
Las participantes valoraron positivamente los espacios terapéuticos no mixtos, donde se sienten más seguras para compartir experiencias relacionadas con violencia, abuso o maternidad.
- **Redes de apoyo entre pares:**
Se resaltó el rol de figuras como las “madrinas” en grupos de 12 pasos, que ofrecen acompañamiento emocional y orientación desde la experiencia vivida.
- **Intervenciones basadas en evidencia:**
Los profesionales destacaron la efectividad de planes de tratamiento individualizados, terapias centradas en el trauma y programas que integran salud mental, adicciones y contexto social.



Desafíos para la inclusión del enfoque de género

- **Falta de protocolos diferenciados:**
Se evidenció la ausencia de modelos de atención específicos para mujeres, lo que limita la respuesta institucional a sus necesidades particulares.
- **Capacitación insuficiente del personal:**
Los profesionales reconocieron que la formación en género, trauma y adicciones es escasa o superficial, lo que afecta la calidad de la atención.
- **Necesidad de continuidad postratamiento:**
Se identificó como prioritario el diseño de estrategias de seguimiento que acompañen a las mujeres en su proceso de reintegración social y prevención de recaídas.

Resultados del intercambio de experiencias

El intercambio reunió a profesionales, representantes institucionales y mujeres en proceso de recuperación. A través de paneles, mesas de trabajo y metodologías participativas, se identificaron los siguientes hallazgos:



Barreras estructurales y sociales

- **Estigmatización institucional:**
Se reportaron prácticas discriminatorias dentro de los centros de tratamiento, como culpabilizar a las mujeres por relaciones afectivas o minimizar sus necesidades frente a las de los hombres.
- **Desconocimiento de derechos:**
Se evidenció que muchas mujeres desconocen la Ley 1566 de 2012 y sus derechos en relación con el tratamiento por consumo de sustancias, lo que limita su capacidad de exigir atención oportuna y de calidad.
- **Baja articulación intersectorial:**
Se identificó la necesidad de fortalecer la coordinación entre salud, justicia, educación y protección social para garantizar una atención integral.



Necesidades prioritarias

- **Tratamientos integrales y continuos:**
Se propuso la creación de programas “todo incluido” que acompañen a las mujeres desde la desintoxicación hasta la reintegración social, incluyendo seguimiento postratamiento.
- **Participación de las mujeres:**
Se enfatizó en la importancia de que las mujeres sean protagonistas de su proceso, participen en el diseño de los programas y se reconozcan como sujetas de derechos.
- **Formación del talento humano:**
Se recomendó implementar procesos de selección y capacitación rigurosos para el personal, con énfasis en enfoque de género, salud mental, trauma y habilidades prosociales.



Propuestas innovadoras

- **Guarderías en centros de tratamiento:**
Se propuso la creación de espacios de cuidado infantil que permitan a las madres acceder al tratamiento sin abandonar sus responsabilidades parentales.
- **Uso del arte, el deporte y el emprendimiento:**
Se identificaron estas herramientas como facilitadoras del proceso terapéutico, al promover la expresión emocional, la autoestima y la autonomía económica.
- **Redes comunitarias y voz a voz:**
Se destacó la importancia de construir redes de apoyo desde las comunidades, promoviendo el acceso a la información y la desestigmatización del consumo.

Discusión

Los resultados obtenidos a través de la revisión documental, la jornada de intercambio de saberes y los grupos focales y entrevistas, permiten identificar múltiples dimensiones que inciden en la calidad de los servicios de atención y tratamiento para mujeres con

Trastornos por Uso de Sustancias (TUS). Las experiencias compartidas por usuarias, profesionales y familiares evidencian que el sistema actual presenta limitaciones estructurales, culturales e institucionales que afectan el acceso, la permanencia y la efectividad del tratamiento.

En este contexto, se plantean un conjunto de orientaciones técnicas agrupadas en cinco ejes estratégicos, que buscan fortalecer la respuesta institucional desde un enfoque integral, sensible al género y centrado en derechos. Estas orientaciones ofrecen herramientas prácticas para transformar los servicios, reconociendo las particularidades de las mujeres, sus trayectorias de vida y los contextos en los que se desarrolla el consumo:

Comprender para atender

Los hallazgos obtenidos, sugieren en las mujeres con TUS diversas motivaciones para buscar ayuda, así como expectativas claras sobre el tipo de atención que se desea o espera recibir. En este sentido, se identificó la necesidad de avanzar hacia una atención integral que no se limite al abordaje de síntomas, sino que contemple contextos de vida, trayectorias personales y necesidades específicas.

Para ello, es fundamental que los equipos profesionales reconozcan la importancia de una atención diferencial, cuenten con formación especializada y trabajen bajo procedimientos formales que garanticen una intervención sensible, informada y centrada en la usuaria. Esta perspectiva permite reafirmar su decisión de buscar ayuda y reconocer su derecho a ser escuchada y acompañada.

Comprender la estructura de género es una tarea compartida entre profesionales e instituciones. Este enfoque debe reflejarse en las normativas sanitarias que regulan la prestación de servicios, promoviendo estándares de calidad que respondan a las motivaciones, contextos y consecuencias del consumo en mujeres.

“Comprender para atender” es una orientación clave para los programas de tratamiento, los

equipos de salud y las entidades reguladoras. Implica garantizar una atención voluntaria, informada, individualizada y participativa, con aplicación de protocolos clínicos y monitoreo de resultados, en línea con los Estándares Claves de Calidad (OPS, 2023, 2014).

Reconocer las barreras de acceso

Los resultados del proceso participativo evidenciaron que las mujeres con Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) enfrentan barreras de acceso profundamente vinculadas a factores socioculturales y estructurales. El consumo femenino suele ser socialmente sancionado, generando juicios que dificultan la búsqueda de ayuda y refuerzan sentimientos de culpa y vergüenza, especialmente cuando se percibe como una falla en sus roles de cuidado (Instituto Nacional de Salud INS, 2024).

El estigma —profesional, familiar y social— constituye una barrera crítica para iniciar y sostener el tratamiento, agravado por el temor a perder la custodia de los hijos. Esta preocupación se intensifica cuando los servicios no ofrecen condiciones que respalden el rol de cuidado, como guarderías o apoyo en crianza, obligando a muchas mujeres a elegir entre su salud y su familia (INS, 2024; CEPAL, 2022).

La violencia de género, presente en muchas trayectorias de consumo, fue una constante en los grupos focales. Las sustancias, en estos casos, funcionan como mecanismos de afrontamiento ante experiencias traumáticas, especialmente de violencia sexual. En Colombia, el 75,4 % de los casos de violencia de género registrados en 2024 fueron contra mujeres (INS, 2024), lo que refuerza la necesidad de incorporar el abordaje de esta problemática en los programas de tratamiento.

La debilidad de las políticas sociales de cuidado en América Latina perpetúa roles tradicionales de género y profundiza las brechas sociales (Cetré, 2023). Las mujeres con TUS, especialmente en situación de pobreza, enfrentan mayores dificultades para acceder a servicios de calidad, cercanos y compatibles con sus responsabilidades familiares. La dependencia económica y

afectiva de sus parejas —quienes también pueden presentar TUS— limita su autonomía y acceso a tratamiento (CEPAL, 2022; Cetré, 2023).

Reconocer estas múltiples barreras permite orientar los servicios según los criterios del Estándar Clave de Calidad (ECC 4), que promueve la salud, la seguridad y los derechos humanos. Esto implica implementar protocolos para reducir el estigma, asegurar intervenciones basadas en evidencia, y fortalecer la articulación intersectorial para garantizar el acceso a servicios sociales, legales y de cuidado infantil (CEPAL, 2022; Cetré, 2023).

Fortalecer y reconocer el rol de las redes vinculares como sistema de apoyo en el tratamiento de mujeres

El apoyo social y afectivo constituye un pilar fundamental en el tratamiento y recuperación de mujeres con TUS. Diversos estudios señalan que muchas de ellas carecen de redes familiares de apoyo, ya sea por el distanciamiento generado por el consumo o por el rechazo social que este provoca (Arostegui & Martínez, 2019). Sin embargo, la capacidad de las mujeres para establecer vínculos significativos puede convertirse en una fortaleza terapéutica, siempre que los programas fomenten entornos que promuevan el empoderamiento, el crecimiento personal y la prevención de recaídas.

Las dinámicas familiares pueden actuar como soporte o como obstáculo. En muchos casos, las mujeres priorizan las necesidades de sus hijos, parejas o familiares por encima de las propias, lo que dificulta su adherencia al tratamiento. Visibilizar estas expectativas culturales es clave para avanzar hacia procesos terapéuticos más justos y sostenibles.

Cuando existen redes familiares disponibles, su acompañamiento puede ser decisivo. No obstante, no todas las familias están en condiciones de brindar apoyo, ya sea por conflictos, carencias emocionales o dinámicas de violencia. Por ello, es fundamental que los equipos profesionales, junto con las usuarias, evalúen la pertinencia de involucrar a la

familia en el proceso terapéutico y, cuando no sea posible, se promueva el acompañamiento comunitario o extrafamiliar.

Los grupos focales confirmaron la importancia de integrar las redes vinculares como pilares de cuidado. También evidenciaron la necesidad de generar espacios pedagógicos para sensibilizar a las redes de apoyo sobre la naturaleza del consumo, el proceso de recuperación y el rol que pueden desempeñar. La desinformación, el agotamiento emocional y los prejuicios suelen reforzar el estigma o generar actitudes de sobreprotección o castigo, que dificultan la búsqueda de ayuda.

Desde el inicio del tratamiento, es clave abordar las demandas y expectativas de los vínculos familiares y sociales, ya que estas redes pueden reducir el aislamiento, sostener el esfuerzo cotidiano y favorecer la adherencia. Reconocer y fortalecer estos sistemas de apoyo —familiares o comunitarios— es esencial para evitar la marginación y potenciar la recuperación de las mujeres en situación de vulnerabilidad (Arostegui & Martínez, 2019).

Las instituciones como agentes de mejora de la calidad de los servicios de tratamiento

La accesibilidad a los servicios de tratamiento para mujeres con Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) no depende únicamente de su disponibilidad, sino también de las representaciones que estos servicios construyen sobre quiénes pueden acceder a ellos. Estas representaciones influyen directamente en la decisión de las mujeres de acercarse o no a los servicios, especialmente cuando han vivido experiencias previas de atención que vulneraron su derecho a la salud (OPS, 2020; OMS, 2020; OPS, 2017).

Frente a este panorama, se vuelve esencial que las instituciones adopten enfoques centrados en las personas, abandonando la perspectiva “neutra” y reconociendo aspectos críticos como el trauma, la violencia de género, el cuidado infantil, la doble estigmatización y la pobreza. Los grupos focales con profesionales de salud destacaron la necesidad de abordar el trauma como parte esencial del tratamiento,

mediante la creación de espacios seguros y libres de estigmas, donde las mujeres puedan compartir sus experiencias y recibir atención adecuada (Weaver et al., 2017; Terplan et al., 2015).

Algunas estrategias concretas para mejorar la accesibilidad incluyen:

- Implementar dispositivos de guardería en los servicios, especialmente en modalidades residenciales, para que el cuidado infantil no sea un obstáculo.
- Ofrecer orientación en crianza, abordando temas como salud prenatal, primera infancia y educación sexual integral, para contrarrestar estigmas que cuestionan la capacidad de las mujeres como madres (Houghton et al., 2020).
- Priorizar programas no mixtos, evitando que las mujeres compartan espacios con hombres, especialmente en casos de violencia previa, lo que puede generar retraimiento o miedo (Weaver et al., 2017; Terplan et al., 2015).

Los testimonios recogidos evidenciaron que los espacios mixtos pueden reproducir dinámicas de poder y afectar negativamente el proceso terapéutico. Además, se identificó que las actitudes negativas de algunos equipos de salud están relacionadas con la falta de formación ética y profesional, lo que perpetúa estereotipos como el “alto costo de tratar una adicción” o la “escasa motivación de las pacientes” (Tirado et al., 2019).

Superar prejuicios es esencial para evitar prácticas que afecten la calidad de la atención. Se evidenció la urgencia de una articulación intersectorial, ya que los programas de tratamiento operan de forma fragmentada, sin conexión con servicios complementarios, lo que obliga a las mujeres a enfrentar solas sistemas complejos y desarticulados.

Un tratamiento eficaz para mujeres con TUS requiere un enfoque integral que aborde no solo el consumo, sino también las condiciones sociales, psicológicas y económicas que inciden en su bienestar (Weaver et al., 2017;

Houghton et al., 2020; Terplan et al., 2015; Tirado et al., 2019).

Revisar el sistema de tratamiento para favorecer la atención integral

El acceso equitativo al tratamiento para mujeres con Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) requiere una revisión profunda del sistema, orientada a garantizar intervenciones integrales, oportunas y sostenibles. Para ello, se identificaron varias acciones clave que permitirían mejorar la planificación y gestión de los servicios.

En primer lugar, se plantea la construcción de un sistema de información único, actualizado y estandarizado, con acceso para los prestadores de servicios. Esto facilitaría la captación, tamizaje y caracterización de niñas, mujeres y mujeres madres con TUS, permitiendo visibilizar sus necesidades y realizar seguimiento a los procesos (OPS, 2020; OMS, 2020; OPS, 2017).

Asimismo, se identificó la necesidad de simplificar los trámites administrativos que dificultan el acceso a los servicios, ya que los tiempos de espera, las múltiples citas y la distancia entre usuarias y centros afectan la continuidad del tratamiento. Esta preocupación fue reiterada en los grupos focales, donde se destacó la urgencia de descentralizar y agilizar la atención.

Otro aspecto crítico es el fortalecimiento de la red de atención mediante el aumento de personal capacitado, especialmente en enfoques psicoterapéuticos para el abordaje del trauma psíquico. Los testimonios recogidos respaldan esta necesidad, subrayando la importancia de contar con equipos sensibles y especializados.

Finalmente, se enfatizó la importancia del compromiso financiero del Estado para garantizar la inversión en programas de tratamiento a nivel local. El acceso no debe convertirse en un privilegio, por lo que se recomienda también gestionar el apoyo de organismos internacionales para el apalancamiento de recursos y la sostenibilidad de los servicios (CEPAL, 2022; Cetré, 2023).

A continuación, se presenta una tabla que resume las principales recomendaciones técnicas para el tratamiento de mujeres con TUS, descritas anteriormente:

I. Comprender para atender

Capacitación con enfoque de género: Los equipos profesionales deben estar formados para brindar atención sensible al género, identificando desde la primera consulta las motivaciones, contextos y consecuencias del consumo en cada mujer.

Reconocimiento de barreras de acceso: Los servicios deben conocer y abordar las barreras específicas que enfrentan las mujeres con TUS, evitando que las intervenciones clínicas las profundicen.

II. Reconocer las barreras de acceso al tratamiento

Sensibilización frente al estigma: Es clave que los profesionales reconozcan el impacto del estigma y validen el derecho de las mujeres a recibir atención, sin que deban elegir entre su cuidado y el de otros.

Reducción del estigma institucional: Los servicios deben revisar actitudes estigmatizantes y contar con protocolos para promover entornos seguros que favorezcan la confianza y adherencia al tratamiento.

Apoyo en crianza y cuidado infantil: Los programas deben incluir espacios de orientación en crianza y articular con servicios sociales y legales, considerando el temor de muchas mujeres madres a perder la custodia de sus hijos.

Abordaje del trauma y la violencia de género: Los tratamientos deben incorporar enfoques especializados que reconozcan el trauma y la violencia como factores asociados al consumo

Diversificación de modalidades de tratamiento: La oferta debe ir más allá de lo residencial, permitiendo a las mujeres continuar con sus responsabilidades familiares, laborales y sociales.

Articulación interinstitucional: Es fundamental coordinar con otros sectores para desmontar barreras, fortalecer el acceso al trabajo y reconocer la dependencia económica y afectiva como factores que interfieren en el tratamiento.

III. Fortalecer y reconocer el rol de las redes vinculares como sistema de apoyo en el tratamiento de mujeres.

Fortalecimiento de vínculos y redes de apoyo: Los entornos terapéuticos deben promover el empoderamiento y la reconstrucción de redes familiares, comunitarias y de amistad, evitando dinámicas de sobreprotección o castigo.

Evaluación del rol familiar: Los profesionales deben identificar junto a la usuaria si la familia es un sistema protector o vulnerador, y considerar apoyos comunitarios cuando sea necesario.

IV. Las instituciones como agentes de mejora de la calidad de los servicios de tratamiento

Generación de imaginarios positivos: Los servicios deben transmitir que el acceso al tratamiento es posible y seguro, diseñando intervenciones centradas en las personas y considerando factores como el trauma, la maternidad, el estigma y la pobreza.

Dispositivos de cuidado infantil: Se recomienda incluir guarderías en los servicios de salud y tratamiento residencial, especialmente para mujeres sin redes de apoyo.

Orientación en salud materna: Los servicios deben ofrecer acompañamiento educativo en temas como atención prenatal, primera infancia, adolescencia y educación sexual integral.

Programas no mixtos: Se debe priorizar la atención en espacios exclusivos para mujeres, evitando situaciones de inseguridad, especialmente en casos de violencia previa.

Tratamiento integral y multidimensional: La atención debe articularse con salud mental, asistencia legal, servicios sociales y empleo, abordando las condiciones que rodean el consumo.

V. Revisar el sistema de tratamiento para favorecer el tratamiento y la atención integral

Sistema de información unificado: Es necesario construir una base de datos actualizada y accesible para los prestadores, que facilite la coordinación y el seguimiento.

Caracterización de la población: Implementar estrategias de captación y tamizaje para niñas, adolescentes, mujeres y madres con TUS, visibilizando sus necesidades mediante datos estadísticos.

Simplificación de trámites: Reducir los trámites en el acceso a los servicios, evitando demoras y procesos que interrumpen la recuperación.

Fortalecimiento de la red y del personal especializado: Ampliar la capacidad instalada y contar con profesionales capacitados en enfoques como el tratamiento del trauma psíquico.

Compromiso financiero del Estado: Aumentar la inversión pública en programas de tratamiento, evitando que el acceso se convierta en un privilegio, especialmente para mujeres históricamente invisibilizadas.

Conclusiones

El presente documento ha abordado los desafíos, necesidades y oportunidades en la atención a mujeres con Trastornos por Uso de Sustancias (TUS), reconociendo que esta población enfrenta barreras socioculturales, institucionales y económicas y geográficas que limitan su acceso a servicios de tratamiento adecuados. A partir del análisis de evidencia técnica, testimonios de profesionales y mujeres usuarias, y la revisión de buenas prácticas, se han formulado recomendaciones orientadas a mejorar la calidad, pertinencia y equidad de los servicios.

Las conclusiones sintetizan los aprendizajes clave del proceso de sistematización, con el objetivo de orientar a equipos profesionales, tomadores de decisiones y actores institucionales en la implementación de estrategias efectivas y sensibles para responder a las realidades de las mujeres con TUS:

-  Reconocer la especificidad de las trayectorias de consumo en mujeres es fundamental para mejorar la calidad de los servicios. Esto implica comprender sus experiencias desde una perspectiva contextualizada, que considere los entornos personales, familiares, comunitarios y laborales en los que se construyen sus proyectos de vida.
-  La identificación de barreras como el estigma, la violencia, los roles de género y las dificultades en la búsqueda de ayuda permite orientar el diseño de intervenciones pertinentes, basadas en evidencia y sostenidas por estándares de calidad que promuevan una atención diferencial, centrada en las mujeres y respetuosa de sus derechos.
-  El tratamiento debe ir más allá de la interrupción del consumo. Es necesario que promueva procesos de autonomía, autocuidado, toma de decisiones informadas y fortalecimiento de redes de apoyo, contribuyendo al bienestar integral y sostenido de las mujeres.
-  Escuchar activamente las voces de las mujeres y sus familias es clave para construir intervenciones pertinentes. Esto permite evitar enfoques impositivos y favorecer el diálogo entre usuarias, academia y Estado, como base para el desarrollo de buenas prácticas y políticas públicas sensibles al género.
-  Es indispensable reconocer la diversidad dentro del grupo de mujeres con TUS. No se trata de una población homogénea, sino de mujeres que se relacionan con el consumo y con los servicios de salud desde contextos geográficos, culturales, económicos y étnicos distintos. Esto exige respuestas flexibles, contextualizadas y culturalmente pertinentes.
-  Las orientaciones técnicas presentadas en este documento invitan a los servicios de tratamiento a complejizar sus marcos de intervención, fortaleciendo estrategias que integren el enfoque de género, el abordaje del trauma, la salud mental y la inclusión social. Para ello, se requiere avanzar en una articulación multidisciplinar e intersectorial, que garantice una atención integral, sensible y efectiva.

Referencias

- Águila, N., & Clua, R. (2024). Mujeres consumidoras de drogas en tratamiento ambulatorio: estudio cualitativo desde una perspectiva de género y de salud mental comunitaria. *Salud Colectiva*, 20. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2024.v20/e4648/es>
- Arostegui, E & Martínez, P. (2018). *Mujeres y Drogas: Manual para la Prevención de Recaídas con Perspectiva de Género*. (Drogodependencias Series).
- Carter-Orbke, M., Henry-Okafor, Q., & Moore, G. (2023). Trauma and Substance Use Disorder: Breaking the Cycle in Women. *The Journal for Nurse Practitioners*, 20(1). <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2023.104853>
- Cetré, A. (2023). Políticas de cuidado en algunos países de América Latina.: Una mirada feminista. *Ánfora*, 30(54), 136-160. <https://doi.org/10.30854/anfv30.n54.2023.856>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). *La sociedad del cuidado. Horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género*. Naciones Unidas. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e3fd981b-467e-4659-a977-86d51798e0dc/content>
- Comisión de Estupefacientes. (2016). *Elaboración y difusión de normas internacionales para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas*. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Drug_Resolutions/ECOSOC_RES_CND/ECN72016_16_ECOSOC_CND_2016.pdf
- Comisión de Estupefacientes. (2021). Informe sobre el 64o período de sesiones (4 de diciembre de 2020 y 12 a 16 de abril de 2021). <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/v21/031/67/pdf/v2103167.pdf>
- Davis, M., Torres, M., Nguyen, A., Stewart, M., & Reif, S. (2021). Improving quality and performance in substance use treatment programs: What is being done and why is it so hard? *Journal of Social Work*. 21(2), 141-61. <https://doi.org/10.1177/1468017319867834>
- Ellis, R., Bailey, A., Jordan, C., Shapiro, H., Greenfield, S., & McHugh, R. (2024). Gender differences in illicit drug access, use and use disorder: Analysis of National Survey on Drug Use and Health data. *Journal of Psychiatric Research*, 175, 118-122. <https://www.dvawp.co.uk/sites/default/files/2020-05/Gendered%20Approaches%20to%20Service%20Provision%20-%20Final%20Report.pdf>
- Fitzgerald, J., Schutt-Aine, J., Houghton, N., De Bortoli Cassiani, S., Báscolo, E., Alarcón, G., & Nascimiento, A. (2023). La importancia del enfoque de género en la construcción de sistemas de salud resilientes, equitativos y universales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58010>
- Gizaw, Z., Astale, T., & Kassie, G. (2022). What improves access to primary healthcare services in rural communities? A systematic review. *BMC Primary Care*, 23(1), 313. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01919-0>
- Hansen, G. (2020). *Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ambito de la pareja y barreras en el tratamiento*. [Tesis Doctoral]. Universidad Autonoma de Barcelona. <https://www.tdx.cat/handle/10803/670557#page=1>
- Harris, M., Laks, J., Stahl, N., Bagley, S., Saia, K., & Wechsberg, W. (2022). Gender Dynamics in Substance Use and Treatment. *Medical Clinics of North America*, 106(1), 219-234. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34823732/>
- Holzhauser, C., Cucciare, M., & Epstein, E. (2020). Sex and Gender Effects in Recovery from Alcohol Use Disorder. *Alcohol Research Current Review*. 40(3), 19. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.03>
- Houghton, N., Bascolo, E., & Del Riego, A. (2020). Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51900>
- Houghton, N., Báscolo, E., Jara, L., Cuellar, C., Coitiño, A., Riego, A., & Ventura, E. (2022). Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (46). <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e94/>
- Instituto Nacional de Salud. (2024). INS: 75,6% de los casos registrados por violencia de género en 2024 son contra mujeres. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/75,6-de-los-casos-registrados-por-violencia-de-g%C3%A9nero-en-2024-son-contra-mujeres.aspx>

- Krasnova, A., Diaz, J., Philbin, M., & Mauro, P. (2021). Disparities in substance use disorder treatment use and perceived need by sexual identity and gender among adults in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 226:108828. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34325282/>
- López, M., & Smith, F. (2019). Gendered Approaches to Service Provision. Universidad de Dundee. <https://www.dvawp.co.uk/sites/default/files/2020-05/Gendered%20Approaches%20to%20Service%20Provision%20-%20Final%20Report.pdf>
- Marks, K., & Clark, C. (2018). The Telescoping Phenomenon: Origins in Gender Bias and Implications for Contemporary Scientific Inquiry. *Substance Use & Misuse*, 53(6), 901-909. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1385079>
- Martínez, X., González, Y., Jiménez, M., & Bacigalupe, A. (2024). From vulnerability to agency: The management and medicalization of mental health in women and men. *Women's Studies International Forum*, 105. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2024.102953>
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2023). Política Nacional de Drogas 2023 - 2033 «Sembrando vida, desterramos el narcotráfico». <https://www.minjusticia.gov.co/Sala-de-prensa/Documents/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Drogas%202023-2033%20%27Sembrando%20vida,%20desterramos%20el%20narcotr%C3%A1fico%27.pdf>
- Moir, E., Gwyther, S., Wilkins, H., & Boland, G. (2022). Hidden GBV: Women and substance use. *Front Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.939105>
- Mota, T. (2018). Drugs and Social Context: Social Perspectives on the Use of Alcohol and Other Drugs. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-72446-1>
- Neale, J., Tompkins, C., Marshall, A., Treloar, C., & Strang, J. (2018). Do women with complex alcohol and other drug use histories want women only residential treatment? *Addiction*, 113(6), 989-997. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29368436/>
- Olivari CF, Gonzáles-Santa Cruz A, Mauro PM, Martins SS, Sapag J, Gaete J, Cerdá, M., & Castillo, A. (2022). Treatment outcome and readmission risk among women in women-only versus mixed-gender drug treatment programs in Chile. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 134. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34483012/>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2005). Tratamiento del uso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2024). World Drug Report 2024. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. https://www.paho.org/sites/default/files/2021-04/cd53_5_esp-pub.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Violencia contra la mujer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud., Organización de Cooperación y Desarrollo Económico., & Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. (2020). Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal. Ginebra. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340027/9789240016033-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2023). Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas. https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/ES_UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2017). Salud en Las Américas: resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. <https://doi.org/10.37774/9789275322642>

- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer atención primaria de salud: Síntesis de resultados y recomendaciones. Washington, D.C. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57800/OPSHSPH230002_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Payne S. (2015). The Health of Women and Girls: How Can We Address Gender Equality and Gender Equity? *Seminars in Reproductive Medicine*, 33(01), 53-60. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1395280>
- Perry, A., Martyn-St, M., Burns, L., Hewitt, C., Glanville, J., & Aboaja, A., Thakkar, P., Murthy, K., Pearson, C., Wright, K., & Swami, S. (2019). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems. *Cochrane Drugs and Alcohol Group*, 10. <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010901.pub3>
- Reif, S., Stewart, M., Torres, M., Davis, M., Dana, B., Ritter, G. (2021). Effectiveness of value-based purchasing for substance use treatment engagement and retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 122(108217). <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108217>
- Romo, M. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografías Humanitas*, 5, 65-83. <http://hdl.handle.net/10481/22315>
- Romo, N., Tarriño, L., Pavón, L., & Marín, J. (2024). Addressing Gender-Based Violence in Drug Addiction Treatment: a Systematic Mapping Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22(6), 3656-3682. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01072-4>
- Schneider, T., Kuussaari, K., & Virtanen, P. (2023). Drug treatment service procurement: A systematic review of models, goals, and outcomes. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 40(5), 424-442. <https://doi.org/10.1177/14550725231157503>
- Terplan, M., Ramanadhan, S., Locke, A., Longinaker, N., & Lui, S. (2015). Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *Cochrane Drugs and Alcohol Group*, (4). <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006037.pub3>
- Tirado, A., Calderón, G., Restrepo, S., Vásquez, V., & Orozco, I. (2019). Estigma social de profesionales de la salud hacia personas que usan drogas. *Psicología em Pesquisa*, 13(1), 22-32. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472019000100003
- Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A., & Landheim, A. (2022). Integration of Care in Complex and Fragmented Service Systems: Experiences of Staff in Flexible Assertive Community Treatment Teams. *International Journal of Integrated Care*, 22(2):17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35651735/>
- Vaca, I. (2019). Oportunidades y desafíos para la autonomía de las mujeres en el futuro escenario del trabajo. *Serie Asuntos de Género*, 154. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). https://olacefs.com/ogid/wp-content/uploads/sites/13/2023/10/S1801209_es.pdf
- Weaver, N., Coffey, M., & Hewitt, J. (2017). Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature. *Psychiatric Mental Health Nursing*, 24(6), 431-50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28319308/>



JUSTICIA QUE TRANSFORMA:

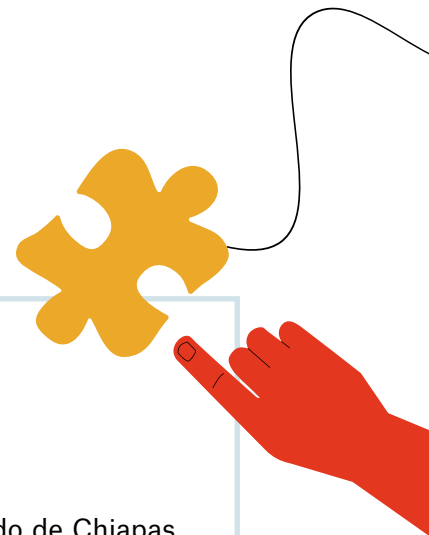
La experiencia de CENTRA y la Justicia Terapéutica en Chiapas, México

Liliana Ivett López¹, Jaime Sánchez¹ y Berenice Santamaría^{2*}

¹ CENTRA, Fiscalía General del Estado de Chiapas, México.

² Consultora internacional en Justicia Terapéutica y alternativas al encarcelamiento, México y España.

* Autor de correspondencia:
bjgprusan@gmail.com



Resumen

El Centro para la Prevención y Tratamiento en Adicciones del Estado de Chiapas (CENTRA) ofrece atención integral a personas con problemas de adicción, mediante tratamientos ambulatorios y residenciales. Su enfoque incluye atención médica, psicológica, actividades de autoayuda y reinserción social. En colaboración con el sistema judicial, CENTRA impulsa el Programa de Justicia Terapéutica, que permite a personas que han cometido delitos bajo el influjo de sustancias psicoactivas acceder a tratamiento en lugar de enfrentar penas privativas de libertad. Esto se realiza mediante figuras legales como la suspensión condicional del proceso y los criterios de oportunidad, siempre que se garantice la reparación del daño a la víctima.

Este modelo ha sido exitoso en Chiapas, con una tasa de efectividad del 87% y más de 1,600 beneficiarios desde su implementación. La iniciativa ha sido reconocida como ejemplo nacional por su enfoque humanista, preventivo y de reinserción social¹.

La Justicia Terapéutica en México es una corriente jurídica que busca humanizar el sistema penal, enfocándose en el tratamiento de personas con trastornos por uso de sustancias en lugar de su encarcelamiento. Los programas permiten que personas en conflicto con la ley reciban atención médica y psicológica bajo supervisión judicial, con el objetivo de romper el ciclo de reincidencia delictiva y consumo de drogas. Su enfoque multidisciplinario promueve la colaboración entre el sistema judicial, la salud pública y los servicios sociales.

Palabras Clave

Justicia terapéutica, enfoque humanista, medidas alternativas, prevención del consumo, prevención del delito, reinserción social, colaboración.

1. Antecedentes de la Justicia Terapéutica

La Justicia Terapéutica (TJ, por sus siglas en inglés), como corriente filosófico-jurídica, surgió en los años ochenta en Estados Unidos bajo el nombre de ***Therapeutic Jurisprudence***, dentro del área clínica, particularmente en las Ciencias del Comportamiento. Fue desarrollada inicialmente por los profesores David Wexler y Bruce Winick, quienes propusieron que el derecho no solo debía ser justo, sino también terapéutico (Wexler & Winick, 1991). Con el tiempo, esta herramienta se ha expandido a diversos ámbitos del sistema judicial, mostrando resultados prometedores en la disminución de la reincidencia. Investigaciones como las de Burke y Leben (Burke & Leben, 2008) destacan cómo la percepción de justicia procesal mejora la confianza pública y reduce la reincidencia. Wexler también ha documentado cómo la TJ ha evolucionado desde una teoría académica hacia una práctica interdisciplinaria.

La TJ estudia al derecho como un agente terapéutico. Utiliza herramientas de las ciencias del comportamiento para mejorar el bienestar emocional de las partes involucradas en el proceso judicial, proponiendo reformas en leyes, procedimientos y roles institucionales (Wexler, 2008). Según el Black's Law Dictionary, se define como el "estudio de los efectos del derecho y los sistemas legales en el comportamiento, emociones y salud mental de las personas; un examen multidisciplinario de cómo el derecho y la salud mental interactúan" (Garner, 2014).

Los estudios fundacionales de Bruce Winick y David Wexler aplicaron métodos para reducir el trauma en el proceso legal, proponiendo un enfoque interdisciplinario que integra psicología clínica, derecho y trabajo social. Aunque no existe una metodología única, se han establecido principios que guían su aplicación para minimizar el impacto negativo en el bienestar psicológico (Hora, Schma & Rosenthal, 1999).

En este contexto, según el Modelo Mexicano del programa de Justicia Terapéutica para

personas con consumo de sustancias psicoactivas (Lomba, Santamaría González, Mondragón Esquivel, et al., 2016), podemos advertir como las principales características de la TJ, las siguientes:

- Flexibilidad en el procedimiento judicial
- Empatía por parte de las autoridades involucradas
- Integración de servicios sociales y servicios de salud
- Supervisión judicial continua, incluso post-sentencia (atendiendo a cada etapa procesal)
- Colaboración multidisciplinaria
- Participación comunitaria y de organizaciones de la sociedad civil
- Preferencia por medidas restaurativas y de socialización en lugar de medidas represivas o punitivas

A diferencia de los Medios Alternativos de Solución de Conflictos (MASC), la TJ no implica la desjudicialización del proceso. Su objetivo es evitar la victimización secundaria, asegurar la reparación del daño, prevenir el delito y reducir la reincidencia (González Rodríguez, Cano Valle, Santamaría González, et al., 2021).

2. Experiencias internacionales

Para comprender mejor cómo funcionan los tribunales de tratamiento, es preciso analizar el contexto histórico en el cual emergen. A finales de la década de los ochenta, en medio de la crisis del *crack*, surge la primera *Drug Treatment Court DTC* del mundo, en el condado de Dade-Miami, Florida, su origen es la conciencia de los jueces de que era necesario probar un nuevo enfoque para tratar a los imputados adictos a drogas o alcohol, pues la reincidencia constante mostraba que la cárcel distaba de ser la solución para detener el ciclo

de adicción y los problemas criminógenos que esta traía consigo. Resulta evidente que se buscaba descongestionar el sistema de justicia, reducir el uso y el costo de la prisión. Este nuevo enfoque al tratar a delincuentes con problemas de consumo proporcionó resultados exitosos y de manera rápida el movimiento DTC se expandió a lo largo de Estados Unidos. De acuerdo con el Instituto Nacional de Cortes de Drogas, para 2009, en su vigésimo aniversario se contabilizaban más de 2,500 tribunales de tratamiento en funcionamiento, los cuales, cabe mencionar, han logrado un grado de especialización impresionante, atendiendo el tipo de abuso de sustancia y a condiciones particulares de la persona procesada (Huddleston et al., 2011). Esta experiencia, al tratar con los imputados adictos a sustancias psicoactivas

hizo que el modelo empezara a replicarse y en 1998 en Canadá se puso en marcha el primer programa fuera de los Estados Unidos, para 1999, Australia contaba con tribunales de tratamiento en casi todas sus jurisdicciones. Cada año surgen en el mundo programas que operan los principios de los “tribunales de tratamiento de drogas TTD”, existen réplicas y adaptaciones del modelo en: Argentina, Bélgica, Chile, Colombia, Costa Rica, Escocia, Gales, Inglaterra, Irlanda del Norte, Islas Caimán, Jamaica, México, Nueva Zelanda, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana y es que, múltiples evaluaciones de impacto han demostrado que los tribunales de tratamiento de drogas TTD son más efectivos en reducir el abuso de sustancias y la reincidencia criminal que la cárcel y que otras iniciativas de tratamiento sin supervisión judicial.

Modelos Comparados

Jurisdicción	Estatus legal (posesión para uso personal)	Modelo predominante	Medidas alternativas típicas	Quién aplica / coordina	Notas
Argentina	Penalización formal; prácticas y fallos reducen persecución del consumo personal; varía por provincia.	Mixto (penal con instrumentos de salud).	Suspensión de proceso, derivación a tratamiento, medidas sociosanitarias.	Poder judicial, fiscalías, programas provinciales de salud y servicios sociales.	Alta heterogeneidad entre provincias; debate legislativo en curso.
Bélgica	Posesión pequeña (p. ej. cannabis) despenalizada/tolerada en la práctica; sanciones administrativas.	Despenalización limitada administrativa.	Multas administrativas, advertencias, derivación a servicios locales.	Policía local, autoridades municipales y servicios de salud pública.	Fragmentación regional; prácticas policiales variables.
Chile	Posesión privada diferenciada de tráfico; tenencia en público sancionable según contexto.	Mixto: despenalización parcial (privado) + sanciones/alternativas.	Multas, trabajos comunitarios, programas de rehabilitación, derivaciones.	Fiscalías, tribunales, ministerio de Salud y programas locales.	Discrecionalidad por falta de criterios claros de dosis.
Colombia	Dosis personales legalmente definidas; posesión dentro de límites permitidos.	Despenalización parcial con marco sanitario administrativo.	Derivación a servicios de salud, suspensión condicional del proceso.	Ministerio de Salud, autoridades judiciales, servicios locales.	La definición de dosis reduce arbitrariedad; problemas de implementación.

Jurisdicción	Estatus legal (posesión para uso personal)	Modelo predominante	Medidas alternativas típicas	Quién aplica / coordina	Notas
Costa Rica	Consumo/tenencia tratados como infracción administrativa; enfoque práctico de salud pública.	Despenalización administrativa + reducción de daños.	Sanciones administrativas (multas/días-multa), prevención y derivación a salud.	Ministerios Consejos de Salud, policía para actuaciones administrativas.	Recursos limitados para tratamiento; implementación desigual.
Escocia	Penalización por ley nacional; medidas de salud pública y pilotos (salas de consumo supervisado) en desarrollo.	Salud pública / reducción de daños (pilotos y excepciones).	Salas de consumo supervisado, derivación a tratamiento.	Gobierno escocés, autoridades sanitarias locales y operadores de servicios.	Innovación local con conflicto legal/constitucional con la ley del Reino Unido.
Estados unidos	La posesión sigue siendo delito a nivel federal; varios estados han despenalizado cannabis y, en menor medida, otras drogas.	Modelo de <i>Drug Courts</i>) Despenalización estatal parcial <i>Deflection - diversion model</i>	Suspensión de condena si se cumple tratamiento, controles periódicos, pruebas de drogas.	Tribunales locales, fiscalía, programas carcelarios y de salud. Centros de tratamiento privados.	Severidad relativamente alta; presión por reformas y ampliación de programas.
Inglaterra & Gales	Misuse of Drugs Act 1971 mantiene penalización; existe política de diversión/derivación	Mixto: penal + esquemas de desviación hacia salud.	Advertencias, programas de evaluación/derivación, sanciones administrativas locales.	Policía, servicios locales de salud, ONGs proveedoras de tratamiento.	Efectividad variable; discrecionalidad policial limita derivaciones.
Irlanda del Norte	En marco del Reino Unido; aplicación y servicios difieren regionalmente; interés en enfoques sanitarios.	Mixto (penal + programas de derivación según área).	Derivación a servicios de salud, programas comunitarios y medidas locales.	Autoridades regionales de salud, fuerzas policiales y tribunales locales.	Necesidad de mejor coordinación entre salud y justicia.
Islas Caimán	Cambios recientes (referéndum/debates 2024-2025) apuntan a despenalizar cannabis.	En transición: posible infracción administrativa.	Multas administrativas, eliminación de antecedentes por cantidades pequeñas.	Gobierno territorial y comités de reforma; policía local.	Proceso en evolución; hay que vigilar implementación.
Jamaica	Despenalización de pequeñas cantidades de cannabis (enmienda 2015); otras drogas siguen penadas.	Despenalización parcial (cannabis) + regulación incipiente.	Multas/sanciones leves para cannabis, programas comunitarios; tratamiento.	Ministerios de Justicia y Salud, oficinas de regulación del cannabis, policía.	Avances en cannabis; desigualdad en aplicación y falta de servicios amplios.

Jurisdicción	Estatus legal (posesión para uso personal)	Modelo predominante	Medidas alternativas típicas	Quién aplica / coordina	Notas
México	Límites cuantificados (ej. cannabis 5 g) despenalización de pequeñas cantidades desde 2009; derivación a tratamiento.	Despenalización cuantificada + derivación a tratamiento.	Derivación a tratamiento (a veces tras reincidencia), multas, programas públicos de atención.	Fiscalía, ministerio de Salud, servicios municipales y ONGs.	Reducción de algunas detenciones; retos en acceso real a tratamiento.
Nueva Zelanda	Penalización formal; sin embargo, hay esquemas de diversión y mayor enfoque en salud pública.	Mixto con herramientas de salud pública (diversión).	Derivación a evaluación/ tratamiento, órdenes administrativas y programas de tratamiento.	Policía, Ministerio de Salud, servicios de adicciones y tribunales.	Enfoque fuerte en reducción de daños; evaluación continua de eficacia.
Panamá	Marco penalizado especialmente contra el tráfico; posesión personal penalizada, aunque existen iniciativas sanitarias.	Predomina control penal con algunas iniciativas de demanda.	Programas de tratamiento, medidas alternativas selectas.	Ministerio de Salud, autoridades judiciales y policiales.	Marco más punitivo que otros países de la región; alternativas implementadas de forma desigual.
Puerto Rico	Legislación local y federal con penas para posesión y distribución.	Modelo penal fuerte; alternativas limitadas.	Suspensión condicional de pena, programas de tratamiento en contexto penal.	Tribunales locales, fiscalía, programas carcelarios y de salud.	Severidad relativamente alta; presión por reformas y ampliación de programas.
República Dominicana	Legislación penal mantiene penalización; existen medidas limitadas de tratamiento.	Penal con medidas limitadas de salud y reinserción.	Programas de tratamiento, medidas alternativas en casos selectos.	Poder judicial, ministerio de Salud, estatales y ONGs.	Implementación desigual; necesidad de fortalecer los servicios de tratamiento.
Irlanda (República)	En proceso de transición hacia enfoque sanitario: esquemas de <i>health diversion</i> y recomendaciones de reformas.	Movimiento hacia despenalización administrativa y esquemas sanitarios.	Health Diversion Scheme: derivación a servicios de salud (en vez de cargos) para casos iniciales; programas de tratamiento.	Ministerios de Salud y Justicia, Policía y HSE (servicios sanitarios).	Reformas en marcha; éxito depende de recursos y coordinación interinstitucional.

**Modelos comparados de alternativas al enjuiciamiento y/ o al encarcelamiento por delitos cometidos por personas con consumo de sustancias psicoactivas. Elaboración propia de las autoras*

3. Implementación en México

Entre los años 2009 y 2018, el Gobierno Federal implementó diversos programas de Tribunales de Tratamiento de Adicciones en los estados de Nuevo León, Estado de México, Morelos, Durango, Chihuahua y Chiapas. Este modelo de programa fue sufriendo evoluciones contextuales y procedimentales, transformándose en el **Programa de Justicia Terapéutica**. Lo prometedor de esta nueva concepción de impartir justicia, alcanzó su punto culminante cuando en 2016 el modelo fue incluido en la Ley Nacional de Ejecución Penal, bajo la denominación de Justicia Terapéutica, lo que permitirá ampliar la cobertura del programa, brindándolo a una población distinta, como es la que ya ha sido sentencia a cumplir una pena de prisión.⁴

La implementación de este modelo en México exigió que el funcionamiento del Tribunal se adaptara a condiciones que, sin perder su esencia, claramente lo diferencian del estadounidense, adoptando una personalidad propia, que en nuestra opinión lo hace refractario a muchas de las críticas que aquel recibe.

El contexto legal en que opera, a través de la figura del criterio de oportunidad, la suspensión condicional del proceso la suspensión condicional del proceso y en su momento, la figura del perdón condicionado, tienen como objetivo evitar el dictado de una sentencia definitiva, el cumplimiento de las obligaciones contraídas con motivo de su obtención, traen como consecuencia el sobreseimiento de la causa y la extinción de la acción penal y por consecuencia, la erradicación del antecedente penitenciario.

Los Tribunales de tratamiento mexicanos, no reciben subvenciones especiales de

acuerdo con el número de participantes. Son Tribunales que además de su agenda habitual, atienden este tipo de casos adicionalmente; sin que sea un tribunal ex profeso para estos asuntos. Si bien es cierto que unos como otros consideran importante atender la problemática del consumo de sustancias y la comisión de delitos, la realidad es que lo hacen desde ópticas muy distintas.

En México, el programa surgió como resultado de las consecuencias del nuevo modelo de enjuiciamiento penal, entre ellas, la necesidad de despresurización del sistema a través de salidas alternas.

4. Metodología para la implementación

Análisis del contexto nacional y de la vinculación delito – droga

La incidencia delictiva se refiere a la presunta ocurrencia de delitos registrados en averiguaciones previas iniciadas o carpetas de investigación, reportadas por las Procuradurías de Justicia y Fiscalías Generales de las entidades federativas, reflejados en los reportes del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública SESNSP (Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, julio de 2025). En el año 2024, se registraron 1,940,599 delitos del fuero común, lo que representa una ligera disminución respecto a años anteriores, aunque sigue siendo una cifra elevada.

En conjunto, los delitos de robo, lesiones y violencia familiar representaron más del 50% de las denuncias realizadas por delitos del fuero común en 2024. Esta concentración de delitos refleja los principales retos en materia de seguridad pública en México, y subraya

4 Artículo 169. Objeto El objeto de este Capítulo es establecer las bases para regular en coordinación con las Instituciones operadoras, la atención integral sobre la dependencia a sustancias de las personas sentenciadas y su relación con la comisión de delitos, a través de programas de justicia terapéutica, que se desarrollarán conforme a los términos previstos en esta Ley y la normatividad correspondiente. El programa de justicia terapéutica es un beneficio de la sustitución de la ejecución de la pena que determina el Juez de Ejecución, por delitos patrimoniales sin violencia, cuya finalidad es propiciar la rehabilitación e integración de las personas sentenciadas relacionadas con el consumo de sustancias, bajo la supervisión del Juez de Ejecución, para lograr la reducción de los índices delictivos.

la necesidad de políticas focalizadas para atender las causas estructurales de la violencia y el delito.

En cuanto a la reincidencia, la ENPOL 2021 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021) señala que el 20.5% de la población privada de la libertad había sido juzgada penalmente por algún delito antes de su reclusión actual, y el 17.4% había estado previamente en un centro penitenciario. Entre quienes reincidieron, el 57.5% fue sentenciado por el delito de robo, mientras que el 11.9% fue procesado por posesión ilegal de drogas. Estos datos evidencian que aproximadamente una de cada cinco personas privadas de la libertad es reincidentes, lo que pone de manifiesto la persistencia de factores criminógenos que aumentan la probabilidad de que una persona cometa conductas delictivas.

A estos factores se suma el alto costo económico que representa mantener a una persona en prisión. Según el Censo Nacional de Sistemas Penitenciarios 2025(INEGI, 2025), el gasto total ejercido por los centros penitenciarios federales y estatales en 2024 fue de 43,871.4 millones de pesos. Con una población penitenciaria de 236,773 personas, de las cuales 1,461 eran adolescentes, representa un gasto promedio anual por persona de aproximadamente 185,300 pesos, lo que equivale a cerca de 508 pesos diarios. Este monto cubre alimentación, medicinas, uniformes, energía eléctrica, combustibles, mantenimiento de inmuebles, salarios de custodios y actividades educativas, culturales y deportivas.

El delito más frecuente por el que fueron ingresadas tanto mujeres como hombres a los centros penitenciarios estatales fue el robo, representando el 25.6% de los delitos cometidos por mujeres y el 27.2% por hombres.

El Informe sobre el Análisis del Tamizaje de las Entidades Federativas realizado por la entonces Comisión Nacional contra las Adicciones CONADIC, con base en la aplicación de una

encuesta con representatividad estadística en seis estados del país durante el mes de julio del año 2015, identificó a las personas candidatas a ingresar al Programa de Justicia Terapéutica (PJT). Dentro de este estudio, uno de los principales objetivos consistía en evaluar la proporción de casos que podrían ser susceptibles de derivarse hacia el Programa, con respecto al número total de casos atendidos. La selección de los casos que pueden participar en el Programa depende de dos criterios principales: a) Criterios jurídicos y b) Criterios sanitarios.⁵

En el área jurídica, la característica necesaria es que la persona haya sido imputada de un delito que pueda resolverse mediante alguna solución alterna, tratándose de la etapa procesal; mientras que, en etapa de ejecución de sentencia, cuando esta haya sido dictada por delito por el que proceda el beneficio de la sustitución de la ejecución de la pena.

En cuanto al marco sanitario, la principal característica consiste en que la persona presente trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas. Lo anterior, derivado de los resultados de las pruebas tamizaje que se les aplican a los posibles candidatos, a fin de identificar y/o valorar si existe un trastorno.

Cuando se realiza el cruce de estas dos características, es posible identificar a los candidatos que podrían beneficiarse del Programa. Así, del total de la muestra, el 26% calificó como candidato para ingresar al Programa. Esto representa poco más de un cuarto de las personas que son detenidas y que tendrían la opción de optar de forma voluntaria por el tratamiento como una alternativa a la pena.

En lo que respecta a salud mental, el 4.3% de los candidatos refirió padecer algún trastorno psiquiátrico, mientras que el 15% de los candidatos presenta indicios de Trastorno Antisocial de la Personalidad, el cual se manifiesta por comportamientos que pueden llevar a una persona a delinquir o consumir

5 La muestra recolectada fue de 1,069 personas en los estados de aplicación. Se asumió la fórmula para cálculo de muestra de población infinita y se calculó un error muestra de +/- 3 con un nivel de confianza del 95% de acuerdo con el software estadístico de cálculo de muestras EPIDAT.

alguna sustancia; ambos indicadores son mayores en los candidatos que en la muestra general.

En lo que se refiere al consumo de sustancias con riesgo moderado y alto, el alcohol, el cannabis y la cocaína son las sustancias más consumidas por los candidatos en el 65.1%, 46.6% y 22.3%, respectivamente. El consumo de inhalables es referido por el 15%, las anfetaminas por el 14.5%, los sedantes por el 7.2%, los opiáceos por el 2.1% y los alucinógenos por el 1.1% de los candidatos. Finalmente, el 57.9% consume una sola sustancia, alcohol o marihuana, principalmente, y el resto (42.1%) son policonsumidores.

Estos indicadores, en su conjunto, comienzan a dibujar un perfil de las personas que tienen mayor probabilidad de llegar a tener un conflicto con la ley penal en México. Un perfil que claramente cuenta con un conjunto de características que pueden asociarse con proceso de exclusión social grave, en donde la falta de oportunidades para el desarrollo pleno de las personas es la constante, a lo que en algunos casos podríamos sumar los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

5. Consumo de sustancias en la población en conflicto con la ley

Los delitos no son meras conductas aisladas, sino que se relacionan con una serie de factores desencadenantes que son de naturaleza social, biológica y psicológica, los cuales se pueden intervenir y tratar. Lo anterior, se hace evidente en el caso particular de los delitos que son cometidos por personas que presentan consumo problemático de sustancias psicoactivas (Santamaría González, 2018).

En la actualidad, prevalece la percepción de que existe una fuerte asociación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos. Diversos estudios y análisis a nivel mundial demuestran la relación existente entre

el consumo problemático de drogas y la delincuencia.

Sin embargo, es preciso ser cauteloso al establecer una relación causal entre ambos fenómenos, ya que existen diversas variables desencadenantes comunes involucradas, como la pobreza, la falta de oportunidades y la exclusión social. No obstante, es imposible generalizar la relación existente entre ambas conductas, ya que en cada caso es diferente como el consumo de sustancias psicoactivas puede influir en la comisión de una conducta delictiva. La relación entre estas responde a una serie de factores, muchas veces concurrentes y correlacionados, lo que complica formular una relación causal determinada.

Uno de los estudios de metaanálisis realizado por Bennet, Holloway y Farrington que investiga la relación entre el consumo de drogas y el comportamiento criminal, concluye que la probabilidad de delinquir en sujetos que consumían drogas era cuatro veces mayor que la de los no consumidores (Bennett Holloway, 2008).

Las probabilidades de delinquir fueron más altas entre los usuarios de crack que para otras sustancias. Esta relación se mantuvo vigente en una amplia gama de tipos de delitos, siendo más, los robos. El documento concluye discutiendo las implicaciones del estudio para la investigación sobre la conexión entre drogas y delitos y para la política gubernamental.

Según un estudio realizado en Los Ángeles, Phoenix, San Diego, Dallas y Miami por Deitch, Koutsenok y Ruiz (Deitch, D., et al. (2000), del 60 al 80 % del total de los delitos tienen una relación con las drogas. El mismo estudio señala que los factores psicológicos que contribuyen y caracterizan la criminalidad son numerosos, entre ellos destacan la manipulación, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, la propensión a la necesidad de buscar el peligro o la emociones, pensamientos negativos, malas decisiones, mal uso del tiempo libre, afiliación en términos de identidad social con la clase criminal, fácil insatisfacción o aburrimiento con la actividad convencional. Otros factores criminógenos son: alienación de la socialización general,

características de ira apropiadas para una víctima, egocentrismo, ausencia de empatía o remordimiento, apego a las actividades delictivas como forma de autodefinición, conexiones familiares y relaciones pobres, relaciones conyugales complicadas, conflicto consistente con la autoridad o cualquier forma de supervisión, disputas con sus compañeros, incapacidad de sostener una actividad por cualquier duración de tiempo, mayor excitabilidad cerebral, pobreza de habilidades sociales e incapacidad para ver patrones en sus conductas.

Las personas con trastornos por consumo de drogas suelen estar en contacto con el sistema de justicia penal, y muchas personas dentro de este sistema tienen antecedentes de trastornos relacionados con el consumo de drogas. Según el Informe Mundial sobre las Drogas 2020 de la UNODC (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD], 2020), aproximadamente la mitad de las condenas por delitos relacionados con drogas corresponden a delitos vinculados al consumo personal, mientras que una proporción ligeramente menor fue condenada por delitos de tráfico de drogas. A nivel mundial y a lo largo del sistema de justicia penal, es más probable que haya más personas en contacto con este sistema por delitos de posesión de drogas para consumo personal que por delitos relacionados con el tráfico de drogas (United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organization, 2018).

Se estima que las personas con trastornos por consumo de sustancias representan una alta proporción de la población penitenciaria en muchos países. Si bien las sanciones penales disuaden a algunas personas del consumo de drogas, las personas con trastornos más graves por el consumo de drogas son insensibles a la amenaza de sanciones penales, y las tasas más altas de encarcelamiento no han llevado a una reducción del uso de drogas en la comunidad. Al mismo tiempo, de acuerdo con el documento técnico *"Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system"* el encarcelamiento tiene graves consecuencias negativas para las personas con trastornos por consumo de

drogas, sus familias y la sociedad en general (UNODC & WHO, 2018).

6. Programa de Justicia Terapéutica en Chiapas México

Centro para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones (CENTRA)

El primer Centro para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones (CENTRA) en el estado de Chiapas, México, fue creado el 29 de junio de 2007 como un órgano dependiente de la Fiscalía General del Estado. Su diseño y funcionamiento se alinearon desde un inicio a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, emitida por la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2009).

La creación de este centro se fundamentó en lo dispuesto por el artículo 70 del Código Penal del Estado de Chiapas vigente en ese momento, y tuvo como propósito principal brindar atención profesional y especializada a personas que enfrentan problemas de adicción, ya sea por consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas. Además de la atención directa, desde sus orígenes se estableció un enfoque prioritario en la prevención, buscando reducir el consumo y sus consecuencias sociales.

Con el paso de los años, la estrategia institucional ha respondido a la necesidad de disminuir los problemas sociales asociados al abuso de sustancias, perfeccionando protocolos de tratamiento y reforzando los mecanismos de prevención. Las clínicas CENTRA se han consolidado como espacios comprometidos con la salvaguarda de los derechos humanos, ofreciendo un trato digno y personalizado, guiado por principios de amor, respeto, confianza, servicio y anonimato. Su misión es acompañar a las personas en la construcción de una vida saludable, tanto física como emocionalmente, libre de adicciones.

Programa de Justicia Terapéutica - CENTRA

En este contexto, surge el Programa de Justicia Terapéutica, cuyo objetivo central es reducir la incidencia delictiva, así como los delitos cometidos bajo el influjo de alcohol u otras drogas. Este enfoque busca atender una de las principales causas de conductas delictivas mediante acciones orientadas a la prevención y tratamiento de las adicciones. A través de CENTRA, las personas imputadas en este tipo de delitos reciben atención gratuita, que incluye orientación sobre las consecuencias del consumo, tratamientos especializados y acciones de prevención y reinserción social con el propósito de reintegrarlas a la sociedad bajo valores de responsabilidad y desarrollo humano.

La finalidad de esta intervención es promover en los beneficiarios del Programa el desarrollo de habilidades técnicas, sociales y emocionales que fortalezcan sus relaciones interpersonales y fomenten un mayor bienestar personal y familiar. Para ello, se implementan terapias psicológicas individuales, talleres vivenciales, actividades deportivas y recreativas, terapia familiar, grupos de apoyo como AL-ANON, así como asesoría médica, orientación personal y atención en crisis disponible las 24 horas del día.

La implementación formal de la Justicia Terapéutica en Chiapas tuvo lugar el 16 de enero de 2017, cuando el Consejo de la Judicatura del Estado, mediante el Acuerdo 01/2017, habilitó una Sala de Audiencias de Justicia Terapéutica.

Su finalidad era dar seguimiento a las suspensiones condicionales del proceso otorgadas por jueces de control a personas con problemas de consumo que aceptaran someterse a programas de tratamiento. Este acuerdo entró en vigor el 1 de febrero del mismo año.

Paralelamente, mediante el Acuerdo PGJE/001/2017, la Fiscalía General del Estado estableció el procedimiento y los requisitos para la participación de los operadores en las audiencias de seguimiento, verificación de cumplimiento, graduación y, en su caso,

revocación del programa. Destacando que Chiapas es el único Estado en México que aplica el Programa de Justicia Terapéutica no solo en casos de Suspensión Condicional del Proceso decretada por un Juez de Control, sino también mediante la figura del Criterio de Oportunidad ejercida por el Fiscal del Ministerio Público.

El seguimiento y supervisión del tratamiento se realiza a través de las áreas de psicología y jurídica de CENTRA, quienes elaboran un estudio integral con datos como la asistencia a sesiones, la opinión familiar, escolar y/o laboral, el nivel de integración social, las actividades de trabajo comunitario y los resultados de exámenes toxicológicos. Las determinaciones del Ministerio Público pueden derivar en la permanencia del beneficiario en el programa, si demuestra compromiso con su rehabilitación, o en su revocación en caso de incumplimiento o desinterés.

Los operadores clave de este programa incluyen a la Fiscalía General del Estado a través de CENTRA, el Programa Alcoholímetro, Fiscales especializados y la Agencia de Investigación e Inteligencia Ministerial, así como a la Secretaría de Seguridad del pueblo y Tránsito en sus niveles estatal y municipal.

Para ingresar al Programa de Justicia Terapéutica en sede Ministerial es necesario que sea la primera ocasión que se comete el delito, no haber recibido un criterio de oportunidad por el mismo delito en los últimos dos años, que el delito no sea considerado grave y tener una pena media menor a cinco años de prisión, además de ser mayor de edad.

Desde su implementación, el Programa de Justicia Terapéutica en el estado de Chiapas ha brindado atención a un total de **3,828 beneficiarios** bajo la aplicación de los **criterios de oportunidad**. De esta cifra, **3,600 corresponden a hombres** y **228 a mujeres**, lo que refleja una clara predominancia masculina en el perfil de las personas atendidas.

Durante el desarrollo del programa se han llevado a cabo **966 audiencias de seguimiento**, y **784 graduaciones exitosas**, alcanzando con ello un **promedio de**

efectividad de 74.92% beneficiarios que concluyeron su tratamiento y 20.27% quienes no concluyeron.

Este indicador no solo refleja la viabilidad de la estrategia, sino también su capacidad de incidir de manera positiva en la disminución de la reincidencia delictiva y en la atención integral de las adicciones.

En cuanto a la tipificación de los delitos más comunes entre los participantes, se observa la siguiente distribución:

- **Ataques a las vías de comunicación en la modalidad de conducir un vehículo en estado de ebriedad (44%).**
- **Delitos contra la salud (34%).**
- **Violencia familiar (8%).**
- **Otros delitos (14%),** entre los que destacan el robo, lesiones, daños, acoso sexual.

Respecto a las problemáticas asociadas al consumo de sustancias, se identifica que el **75% de los beneficiarios presentan consumo problemático de alcohol**, el **21% combinan alcohol con otras drogas**, mientras que el **4% consume una o más sustancias de manera diversa**.

7. Conclusiones

El Programa de Justicia Terapéutica en Chiapas y demás entidades Federativas en México descansa sobre un sólido marco jurídico que lo legitima y le otorga coherencia tanto en el ámbito nacional como en el estatal. Desde la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se establece que el sistema de justicia penal debe orientarse a la reinserción social, garantizando el respeto a los derechos humanos y privilegiando medidas alternativas a la privación de la libertad. Bajo esta visión, se enfatiza también el derecho a la protección de la salud.

En la misma línea, el artículo 21 reconoce la facultad del Ministerio Público para la investigación de los delitos; así como considerar los criterios de oportunidad para el ejercicio de la acción penal, abriendo así la puerta a modelos que privilegien la rehabilitación sobre la sanción, los mecanismos como la suspensión condicional del proceso y los criterios de oportunidad previstos en el Código Nacional de Procedimientos Penales abrieron la puerta para que los operadores de justicia en Chiapas y demás Estados del País pudieran implementar un modelo innovador que vinculara el derecho penal con la atención a las adicciones.

El Código Penal del Estado de Chiapas, en su momento ofreció un sustento al prever la posibilidad de aplicar medidas distintas a la prisión en los casos relacionados con el consumo problemático de sustancias. A ello se sumó la emisión de acuerdos específicos, como el del Consejo de la Judicatura del Estado en 2017, que permitió habilitar una Sala de Audiencias de Justicia Terapéutica para dar seguimiento puntual a los casos, así como el acuerdo de la Fiscalía General del Estado que reguló la participación de los operadores encargados de verificar el cumplimiento de las condiciones impuestas. En paralelo, la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 sirvió como guía técnica para asegurar que el tratamiento ofrecido a los beneficiarios se desarrollara bajo criterios de calidad, seguridad y respeto a la dignidad humana; complementando y enfatizando en la utilidad de aplicación ejemplar de la Guía de Justicia Terapéutica (Gobierno de México, 2019).

De este entramado jurídico se desprende una característica que distingue al modelo chiapaneco de cualquier otro en el país: la posibilidad de aplicar la Justicia Terapéutica no solo en los supuestos de suspensión condicional del proceso, sino también a través del criterio de oportunidad ejercido por el Ministerio Público. Esta particularidad convierte a Chiapas en pionero a nivel nacional, al ampliar los alcances de un programa que prioriza la rehabilitación sobre la sanción y coloca la salud pública en el centro de la política criminal.

Las conclusiones que se derivan de esta experiencia son contundentes. En primer lugar, se confirma que el abordaje integral de las adicciones tiene un impacto directo en la disminución de la reincidencia delictiva y en la construcción de entornos sociales más seguros. En segundo término, se reconoce que la interinstitucionalidad es clave: el trabajo conjunto de la Fiscalía, el Poder Judicial, los Centros para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones CENTRA y las instancias de seguridad y tránsito, ha permitido consolidar un modelo coordinado y eficaz.

Asimismo, el programa ha demostrado que la justicia no debe limitarse a la aplicación de sanciones, sino que puede convertirse en una herramienta de prevención, rehabilitación y reinserción social.

Con ello, Chiapas ofrece un ejemplo replicable a otras entidades de la República, donde los problemas derivados del consumo de

alcohol y drogas se mantienen como una de las principales causas de conflicto social y delictivo.

En suma, la Justicia Terapéutica en Chiapas refleja una visión humanista y progresista del derecho penal: una justicia que escucha, acompaña y transforma, que busca no solo castigar la conducta ilícita, sino atender las raíces que la generan, ofreciendo a las personas una segunda oportunidad para reconstruir su vida y reintegrarse a la sociedad bajo valores de responsabilidad, respeto y dignidad.

La TJ no propone un modelo determinista ni positivista, sino un enfoque humanista que busca el desarrollo integral de las personas involucradas en el proceso judicial o en su caso desde sede Ministerial. Su implementación requiere formación especializada y una transformación cultural en el sistema de justicia.

Referencias

- Wexler, D. B., & Winick, B. J. (1991). *Essays in Therapeutic Jurisprudence*. Carolina Academic Press.
- Burke, K., & Leben, S. (2008). Procedural fairness: A key ingredient in public satisfaction. *Court Review*, 44(1/2).
- Wexler, D. B. (2008). Two decades of therapeutic jurisprudence. *Touro Law Center*.
- Garner, B. A. (Ed.). (2014). *Black's Law Dictionary* (10^a ed.). Thomson West.
- Hora, P. F., Schma, W. G., & Rosenthal, J. T. A. (1999). Therapeutic jurisprudence and the drug treatment court movement. *Notre Dame Law Review*.
- Lomba, A., Santamaría González, B., Mondragón Esquivel, R., et al. (2016). Modelo Mexicano del programa de Justicia Terapéutica para personas con consumo de sustancias psicoactivas. Secretaría de Gobernación, Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de Estados Americanos.
- González Rodríguez, P., Cano Valle, F., Santamaría González, B., et al. (2021). Visiones interdisciplinarias de la justicia terapéutica en México. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Huddleston, W., et al. (2011). *El panorama actual: Un informe nacional sobre los tribunales de drogas y otros programas de tribunales de resolución de problemas en los Estados Unidos*. National Drug Court Institute.
- Hurtado, P. (2007). Los tribunales de tratamiento de drogas en el mundo: fidelidad al modelo y adaptación social. En *justicia penal y adicciones. Tribunales de tratamiento como alternativa a la sanción*. San Diego: Fundación Paz-Ciudadana, LexisNexis, California Western School of Law.
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (s.f.). Incidencia delictiva. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/sesnsp/articulos/incidencia-delictiva>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad (ENPOL). <https://www.inegi.org.mx/programas/enpol/2021>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). Censo Nacional de Sistemas Penitenciarios (CNSIPEF-E). <https://www.inegi.org.mx/programas/cnsipee/2025>
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). (2020). *Informe Mundial sobre las Drogas*.
- Santamaría González, B. (2018). Políticas públicas para la atención y tratamiento de personas con consumo de sustancias psicoactivas en conflicto con la ley. *Nova Iustitia Revista Digital de la Reforma Penal*, 6(24), 189.
- Bennett Holloway, F. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 1, 107-118.
- Deitch D, Koutsenok I, Ruiz A. (2000) The relationship between crime and drugs: what we have learned in recent decades. *J Psychoactive Drugs*. 2000 Oct-Dec;32(4):391-7.
- U.S. Department of Justice, National Institute of Justice. (1999). *1998 Drug Use Forecasting: Annual Report on Adult and Juvenile Arrestees*. Washington, D.C.: U.S. GPO.
- United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organization. (2018). *Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system*.
- Secretaría de Salud. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>
- Gobierno de México. (2019). Guía de Justicia Terapéutica. https://justicia.segob.gob.mx/work/models/UASJ/Documentos/PDF/Guia_de_Justicia_Terapeutica.pdf
- Gobierno del Estado de Chiapas. Código Penal para el Estado de Chiapas. Última reforma publicada mediante Periódico Oficial número 280, de fecha 03 de mayo de 2023. Decreto número 184.
- Fiscalía General del Estado de Chiapas. (2017). Acuerdo PGJE/001/2017 por el que se establece el procedimiento y requisitos para la participación de los operadores en las audiencias de seguimiento, verificación de cumplimiento, graduación de beneficiarios y revocación del Programa de Justicia Terapéutica. <https://www.fge.chiapas.gob.mx/Informacion/MarcoJuridico/PDFDocumento/78D2BA04-8A08-4606-AAAF-F27CC9DC3889>

3

ACORTANDO DISTANCIAS, APLICACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN PATOLOGÍA DUAL:

Desarrollo, implementación y perspectivas futuras

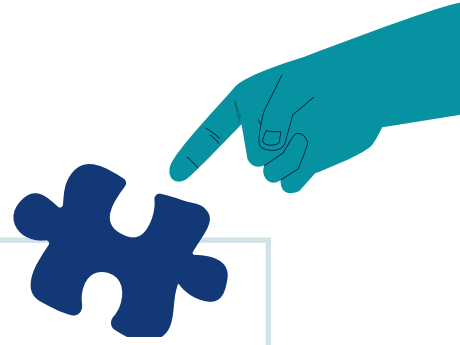
José Eduardo Montejo^{1*}, Carlos Roncero²
y Juan Ignacio Mestre-Pintó³.

1 Instituto de Innovación en Salud Mental y
Psicoterapia de Barcelona, Badalona Serveis
Assistencials BSA, España.

2 Sociedad Española de Patología Dual,
Universidad Europea Miguel de Cervantes,
España.

3 Hospital del Mar Research Institute, Universitat
Pompeu Fabra, España.

* Autor de correspondencia: jemontejo@gmail.com



Resumen

Se aborda la Patología Dual, definida como la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias (TUS) y de otro trastorno mental, destacando sus retos diagnósticos y terapéuticos. Aunque la World Association on Dual Disorders(WADD) propone el término “Dual Disorder”, el artículo utiliza “Patología Dual” por su arraigo en la literatura hispana. Se subraya la complejidad de diferenciar síntomas psiquiátricos de los efectos del consumo de sustancias, así como la escasez de herramientas diagnósticas específicas y la fragmentación de los sistemas de atención.

La inteligencia artificial (IA) se presenta como una solución innovadora para mejorar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Patología Dual. Entre sus aplicaciones destacan el análisis de grandes volúmenes de datos para identificar patrones, la predicción de recaídas mediante algoritmos, la personalización de tratamientos y el monitoreo continuo de pacientes. Además, la IA podría optimizar recursos, reducir costos y facilitar el acceso a servicios en áreas desatendidas. Sin embargo, la implementación de estas tecnologías enfrenta desafíos como el acceso limitado a dispositivos, el estigma asociado a los trastornos, la falta de capacitación profesional y preocupaciones éticas sobre privacidad y sesgos algorítmicos. Se proponen estrategias como el diseño centrado en el usuario, la integración de herramientas digitales con sistemas tradicionales y la capacitación continua de profesionales.

En conclusión, la IA tiene el potencial de transformar el manejo de la Patología Dual, pero su éxito depende de una implementación ética, sostenible y centrada en el paciente.

Palabras clave

Patología Dual, Inteligencia Artificial (IA), tratamiento personalizado, monitoreo, herramientas digitales, algoritmos predictivos, privacidad de datos, medicina personalizada, accesibilidad.

Breve contextualización sobre la Patología Dual y sus desafíos clínicos

La presencia simultánea de un trastorno por uso de sustancias y de otro trastorno mental representa un reto tanto diagnóstico como terminológico. Tradicionalmente, en el ámbito clínico y académico se han utilizado términos dispares entre otros, Trastornos concomitantes, Comorbilidad psiquiátrica, Diagnóstico dual, Trastornos comórbidos. Patología dual es un término ampliamente extendido en la literatura hispana y en lenguas latinas, para referirse a esta conjunción de adicciones y otros trastornos mentales. Aunque recientemente la World Association Dual Disorders (WADD) ha propuesto la adopción del término “Dual Disorder” (Szerman y otros, 2022), dicha propuesta no ha sustituido de manera uniforme a la terminología clásica. En este artículo se emplea el término **Patología Dual**, al considerar que refleja con claridad la complejidad clínica de la coexistencia de ambos trastornos y mantiene la continuidad con la tradición investigadora y asistencial consolidada en este campo en habla hispana.

En las últimas décadas ha habido un amplio consenso científico en que todos los trastornos mentales, incluida la adicción, son trastornos del cerebro (Leshner, 1997) (Volkow, Koob & McLellan, 2016) por lo tanto son enfermedades con un sustrato biológico. Bajo este paradigma mucha de la investigación realizada ha ido dirigida a la evaluación de biomarcadores (Araos et al., 2015), estructuras cerebrales (Mackey et al., 2019), (Hatoum et al., 2023) y epigenética (Nielsen et al., 2017) con resultados que algunos ya empiezan a considerar insuficientes, proponiendo modelos de investigación más holísticos e integradores (Blithikioti C, 2025).

El Modelo de Enfermedad Cerebral de la Adicción también ha puesto énfasis complejos vínculos y la bidireccionalidad entre los trastornos adictivos y otros trastornos mentales (NIDA, 2020). Los análisis combinados a nivel genético, neurofisiológico y del desarrollo ponen de relieve conjuntos

de procesos cerebrales interconectados y superpuestos, más que entidades definidas exclusivamente por un único comportamiento. Estas conexiones se manifiestan en distintos niveles fenomenológicos, siendo los ejemplos más claros los sistemas de neurotransmisores que presentan déficits en diversas condiciones psiquiátricas y que, a la vez, constituyen dianas directas de las drogas adictivas (Volkow y Blanco, 2023). De hecho, todas las sustancias psicoactivas con potencial adictivo interactúan con sistemas endógenos específicos, como el dopaminérgico, el opiáceo, el endocannabinoide o el colinérgico-nicotínico.

Por ello, una alteración heredada o adquirida en estos sistemas y circuitos de neurotransmisores podría contribuir a explicar los riesgos comunes subyacentes tanto a los comportamientos adictivos como a otros síntomas psiquiátricos, incluidos los rasgos o trastornos patológicos de la personalidad.

La coexistencia de ambos diagnósticos plantea dificultades adicionales, ya que con frecuencia no se detectan ni se tratan adecuadamente, en parte debido a los desafíos persistentes en su comprensión y clasificación (Torrens et al, 2012). Su elevada prevalencia, unida a las notables brechas en diagnóstico y tratamiento, se traduce en una carga considerable para los pacientes, sus familias y la sociedad en su conjunto. Una de las consecuencias más nocivas de estas deficiencias sistémicas es el denominado “síndrome de la puerta equivocada”, (UNODC 2022) característico de un sistema de salud fragmentado, que deja a muchos pacientes con Patología Dual sin una referencia clara sobre dónde encontrar el tratamiento adecuado (Volkow et al, 2020).

El objetivo de este artículo, a partir de la bibliografía y la evidencia revisada, es explorar el papel que puede desempeñar la inteligencia artificial (IA) en este contexto, considerando su potencial para revolucionar el abordaje de la Patología Dual mediante soluciones más eficientes, precisas y personalizadas, mejorando tanto el diagnóstico como el tratamiento de todos los trastornos que afecten a las personas consumidoras de sustancias.

1. Introducción

Los sistemas actuales de atención a los trastornos mentales, los Trastorno por consumo de sustancias (TCS) a partir del DSMS y la Patología Dual enfrentan múltiples desafíos que limitan su precisión diagnóstica y eficacia terapéutica. Entre las principales barreras destacan la baja cobertura asistencial —solo el 6% de las personas con TCS reciben tratamiento en Estados Unidos (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023)— y la escasez de profesionales especializados, especialmente en áreas rurales o desatendidas. A ello se suma el estigma asociado tanto a los TCS como a la Patología Dual, que dificulta la búsqueda de ayuda y compromete la adherencia al tratamiento. Otra limitación relevante es la insuficiente personalización de las intervenciones, que con frecuencia se basan en modelos grupales o en objetivos de abstinencia estricta, sin incorporar enfoques de reducción de daños ni atender adecuadamente las necesidades específicas de poblaciones vulnerables, como adolescentes o minorías raciales (Paquette et al., 2021). Estas deficiencias contribuyen a mantener elevadas tasas de recaída, que se sitúan entre el 40% y el 80% tras la finalización de los programas de tratamiento (National Institute on Drug Abuse, 2020; Paquette et al., 2021).

Uno de los principales retos en la atención a la Patología Dual es la dificultad para diferenciar los síntomas propios de los trastornos mentales de los efectos derivados del consumo de sustancias, dado que ambos pueden solaparse y generar diagnósticos erróneos o incompletos (Mohr et al., 2017; Cross et al., 2024). A esta complejidad se suma la escasez de herramientas diagnósticas específicas y estandarizadas para evaluar de manera precisa la coexistencia de ambos trastornos (Tutun et al., 2023). Por el lado de las herramientas diagnósticas tenemos la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM), desarrollada por Hasin y colaboradores (1997), traducida al español por Torrens y colaboradores (2004), es una entrevista diagnóstica estructurada diseñada

específicamente para diferenciar entre los síntomas primarios de los trastornos mentales y aquellos inducidos por el consumo de sustancias. A diferencia de otras herramientas diagnósticas generales, el PRISM incorpora criterios operativos claros para determinar la temporalidad, independencia y relación causal de los síntomas, lo que resulta esencial en el diagnóstico de la Patología Dual. Su validez y fiabilidad han sido ampliamente respaldadas en estudios clínicos y de investigación, convirtiéndose en un instrumento de referencia para mejorar la precisión diagnóstica en contextos donde la comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias representa un desafío central. Sin embargo, su aplicación en la práctica clínica cotidiana resulta limitada, dado que se trata de una entrevista extensa, costosa y que requiere un entrenamiento especializado para su correcta administración. Por el lado de las herramientas de cribado la Dual Diagnosis Screening Interview (DDSI) (Mestre-Pintó et al., 2014), es una herramienta de cribado breve, con una aplicación informática muy desarrollada, para identificar de manera preliminar la posible coexistencia de un otro trastorno mental en consumidores de sustancias. Su principal utilidad radica en la detección temprana, al ofrecer una aproximación rápida que orienta sobre la necesidad de una evaluación diagnóstica más exhaustiva. Sin embargo, su implementación en la práctica clínica habitual también presenta limitaciones, la propia carga asistencial muchas veces dificulta el uso de estas entrevistas y puede haber rechazo por parte de los profesionales que desconozcan su utilidad a la hora de orientar el diagnóstico.

Otro desafío importante es la fragmentación de los sistemas de atención (Torrens et al., 2012) con frecuencia, los datos procedentes de programas de tratamiento para los trastornos por uso de sustancias quedan excluidos de los registros electrónicos de salud (EHR), lo que dificulta la integración de la información y la coordinación entre proveedores (Frimpong et al., 2023). A ello se suma la notable variabilidad en la presentación clínica de los pacientes influida por factores como la edad, el género, el contexto sociocultural o el tipo de sustancia consumida, que añade una complejidad diagnóstica adicional (Mohr et al., 2017).

Los prejuicios y el estigma asociados tanto a los trastornos mentales como a los trastornos por uso de sustancias también pueden sesgar la evaluación clínica y comprometer la objetividad del diagnóstico (Benda et al., 2024). Finalmente, la falta de interoperabilidad entre los sistemas de EHR, junto con barreras regulatorias y desafíos éticos vinculados a la privacidad y confidencialidad de los datos, limita la implementación de tecnologías avanzadas como la inteligencia artificial, pese a su potencial para mejorar la precisión diagnóstica (Benda et al., 2024).

Por otra parte, en los países con menos recursos las posibilidades de acceso al sistema sanitario pueden estar limitado, lo que dificulta un adecuado proceso diagnóstico y terapéutico, pudiendo estas dificultades ser en parte disminuidas con el uso de las nuevas tecnologías.

Estos retos subrayan la necesidad de desarrollar herramientas diagnósticas más integradoras, reforzar la capacitación de los profesionales de la salud y promover la coordinación entre servicios para abordar con eficacia la complejidad inherente a la Patología Dual. Ante

las limitaciones actuales en el manejo de estos pacientes, la inteligencia artificial (IA) podría aportar soluciones innovadoras, entre ellas: 1) aumentar la precisión diagnóstica mediante el análisis de grandes volúmenes de datos clínicos que permitan identificar patrones de riesgo y de respuesta terapéutica (Tutun et al., 2023); 2) predecir recaídas o complicaciones a través de algoritmos predictivos que faciliten intervenciones más oportunas y efectivas (Benda et al., 2024); 3) personalizar los tratamientos integrando datos históricos y en tiempo real para diseñar estrategias terapéuticas adaptadas a las necesidades individuales; y 4) mejorar el seguimiento del progreso del paciente mediante un monitoreo continuo y la detección temprana de síntomas, optimizando así los recursos disponibles (Cross et al., 2024). No obstante, resulta imprescindible que estas herramientas se implementen bajo criterios éticos claros, con transparencia y siempre supervisadas por profesionales de la salud, a fin de evitar diagnósticos erróneos o recomendaciones inadecuadas (Tutun et al., 2023) existiendo riesgos e incertidumbres sobre el uso de la IA en adicciones y patología dual, que aún no están resueltos. Ver Tabla1 (Roncero, 2025).

Tabla 1: Desafíos y riesgos del uso de IA en patología dual (Basado en Roncero 2025)

Desafíos y riesgos del uso de la IA en Patología Dual
Privacidad de los datos y pérdida de su control
Transparencia de los algoritmos
Equidad en el acceso
Compatibilidad de los sistemas de detección
Integración con las historias clínicas
Clasificación de síntomas y procesos
Intento de sustitución de los profesionales

En la actualidad la ciencia de los datos y la digitalización desempeñan un papel crucial en la transformación del cuidado del paciente, especialmente en el contexto de la medicina personalizada y de precisión. Estas herramientas permiten recopilar, analizar e interpretar grandes volúmenes de datos clínicos, genómicos, conductuales y ambientales, facilitando diagnósticos más precisos, predicciones de riesgo confiables y tratamientos adaptados a las características únicas de cada paciente. La digitalización de los registros médicos electrónicos (EHR) y la integración de datos provenientes de diversas fuentes, como laboratorios, imágenes médicas y dispositivos de monitoreo remoto, mejoran la eficiencia en la gestión de la información y promueven un enfoque integral del cuidado del paciente (Atasoy et al., 2019; Frimpong et al., 2023). Además, el uso de algoritmos de inteligencia artificial (IA) y aprendizaje automático permite identificar patrones y correlaciones en datos complejos, optimizando las decisiones clínicas y ajustando las intervenciones terapéuticas en tiempo real y, a ser posible, incorporando a los pacientes en el proceso de diseño y evaluación de las nuevas intervenciones para aportar su experiencia y opinión al proceso.

En el ámbito de la medicina personalizada, la ciencia de los datos ofrece la posibilidad de integrar información genética, biomarcadores y datos clínicos para diseñar tratamientos específicos que reduzcan los efectos adversos y optimicen los resultados terapéuticos. Los algoritmos predictivos, por ejemplo, pueden identificar subgrupos de pacientes con características comunes, lo que facilita la selección de terapias dirigidas y la implementación de estrategias preventivas (Benda et al., 2024; Zhou, Zheng, John Rush, Volkow, & Xu, 2021). Del mismo modo, la digitalización y el uso de dispositivos conectados permiten un monitoreo continuo del estado de salud de los pacientes, favoreciendo la detección temprana de cambios clínicos y el ajuste dinámico de los tratamientos (Cross et al., 2024). En el marco de la medicina de precisión, estas tecnologías posibilitan la estratificación de pacientes y el diseño de intervenciones más efectivas,

contribuyendo tanto a una mejor asignación de recursos como a la mejora de la calidad de vida de las personas.

2. Fundamentos de la Inteligencia Artificial en Salud Mental

La aplicación de la inteligencia artificial (IA) en salud mental podría ofrecer beneficios relevantes en aspectos como la accesibilidad, la personalización, el seguimiento, la prevención, la optimización de recursos, la reducción de costos, la innovación, la mejora de las relaciones terapéuticas, la precisión diagnóstica y la educación. En conjunto, estos posibles aportes sugieren un potencial transformador en el manejo de la salud mental, favoreciendo un abordaje más inclusivo y eficiente.

La inteligencia artificial (IA) podría ofrecer múltiples beneficios en el ámbito de la salud mental, con un potencial destacado para mejorar la precisión diagnóstica, personalizar tratamientos, optimizar el acceso a los servicios y facilitar el monitoreo continuo de los pacientes. En términos de diagnóstico, la IA tendría la capacidad de analizar grandes volúmenes de datos clínicos, conductuales y contextuales, identificando patrones complejos que podrían contribuir a diferenciar entre trastornos mentales y otras condiciones, como el uso de sustancias, lo cual resulta especialmente relevante en casos de Patología Dual (Tutun et al., 2023; Frimpong et al., 2023). Asimismo, herramientas como el SCL-28-AI han mostrado indicios de poder reducir cuestionarios diagnósticos extensos sin comprometer la precisión, lo que potencialmente mejoraría la experiencia del paciente y favorecería la adherencia al tratamiento (Ray, Bhardwaj, Malik, Singh, y Gupta, 2022; Tutun et al., 2023).

En el ámbito terapéutico, la IA podría facilitar la personalización de los tratamientos mediante el análisis de datos individuales, optimizando las intervenciones según las

necesidades específicas de cada paciente, además de contribuir al reposicionamiento de medicamentos para aumentar la eficacia de las terapias (Frimpong et al., 2023). También podría ampliar el acceso a la atención a través de herramientas digitales como chatbots, que ofrecen apoyo emocional y ayudan a reducir barreras relacionadas con el estigma o la ubicación geográfica (Cross et al., 2024). Igualmente, la IA tendría el potencial de mejorar el monitoreo dinámico y continuo del estado de salud de los pacientes mediante dispositivos conectados, permitiendo ajustar tratamientos en tiempo real (Benda et al., 2024).

En conjunto, estos avances podrían contribuir a optimizar la calidad de la atención, reducir costos y liberar tiempo para que los profesionales se concentren en la atención directa, mediante la automatización de tareas administrativas y la mejora de la eficiencia general del sistema de salud mental (Cross et al., 2024). No obstante, para que su impacto sea positivo, resulta fundamental abordar de manera prioritaria los desafíos relacionados con la privacidad, la transparencia y la confianza en estas tecnologías.

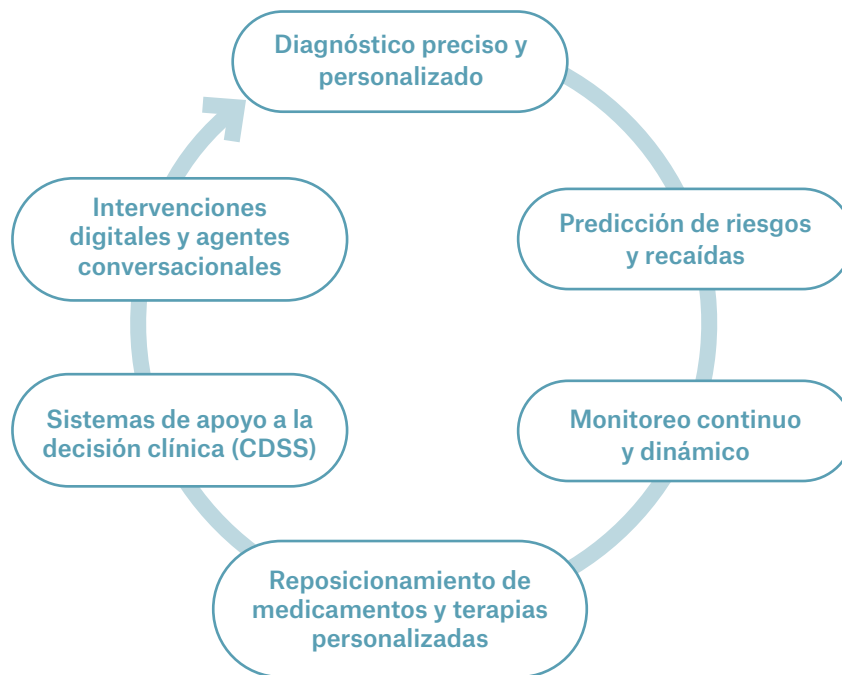
Los algoritmos de aprendizaje automático podrían diferenciar entre los síntomas de los trastornos mentales y los efectos del consumo de sustancias, contribuyendo a una mayor precisión diagnóstica y a la reducción del riesgo de errores (Benda et al., 2024). Asimismo, la IA podría facilitar la predicción de riesgos específicos, como recaídas y/o descompensaciones psicopatológicas, lo que permitiría intervenciones preventivas más oportunas y personalizadas (Cross et al., 2024). Herramientas digitales como los agentes conversacionales han mostrado evidencia preliminar de eficacia en la reducción del consumo de sustancias y los deseos de consumo, mientras que el reposicionamiento

de medicamentos basado en IA ha identificado opciones terapéuticas potenciales para el trastorno por uso de opioides (Ray, Bhardwaj, Malik, Singh, & Gupta, 2022; Zhou, Zheng, John Rush, Volkow, & Xu, 2021). No obstante, para maximizar el impacto de estas tecnologías resulta esencial abordar retos persistentes relacionados con la interoperabilidad de los sistemas, la privacidad y seguridad de los datos, así como la capacitación de los profesionales de la salud en su uso. Una implementación ética, transparente y responsable de la ciencia de datos y la digitalización podría garantizar que los beneficios de la IA se traduzcan en mejoras tangibles en la calidad del cuidado del paciente y en la eficiencia de los sistemas de salud (Sharp et al., 2023; Frimpong et al., 2023).

En este sentido, el diseño de sistemas de análisis de enfermedades basados en datos y tecnologías avanzadas tiene el potencial de transformar el manejo de la salud mental y la Patología Dual. Estas plataformas integradas no solo podrían mejorar la precisión diagnóstica y la personalización de los tratamientos, sino también optimizar el monitoreo continuo y la detección temprana de riesgos, favoreciendo un abordaje más eficiente y centrado en el paciente (Frimpong et al., 2023; Tutun et al., 2023).

Una propuesta desde el análisis de datos y el diseño de sistemas para el uso de tecnologías en salud mental y su aplicación en Patología Dual podría centrarse en el desarrollo de plataformas integradas que combinen datos clínicos, genómicos, conductuales y ambientales, aplicando algoritmos de inteligencia artificial (IA) y aprendizaje automático para abordar la complejidad diagnóstica y terapéutica de estos trastornos. Estas plataformas podrían incluir, entre otras, las siguientes características:

Figura 1: Soluciones de Plataformas integradas mediante IA para su aplicación en Salud Mental y Patología Dual.



- 1 **Diagnóstico preciso y personalizado:** Los algoritmos de aprendizaje automático pueden diferenciar entre síntomas de trastornos mentales y efectos del abuso de sustancias, mejorando la precisión diagnóstica y reduciendo errores. Por ejemplo, herramientas como el algoritmo NEPAR han demostrado ser efectivas para reducir cuestionarios diagnósticos extensos, manteniendo una alta precisión (Tutun et al., 2023). Esto permitiría personalizar los diagnósticos y tratamientos, considerando las interacciones entre los diferentes trastornos y factores asociados.
- 2 **Predicción de riesgos y recaídas:** Los sistemas podrían incluir herramientas predictivas que evalúen el riesgo de recaídas, exacerbaciones o complicaciones, permitiendo intervenciones preventivas oportunas. Por ejemplo, algoritmos basados en datos dinámicos y contextuales han demostrado ser efectivos para predecir síntomas depresivos y clasificar subtipos de trastornos, lo que podría adaptarse al manejo de la patología dual (Ray, Bhardwaj, Malik, Singh, & Gupta, 2022)
- 3 **Monitoreo continuo y dinámico:** La integración de dispositivos conectados y tecnologías de Internet de las Cosas (IoT) permitiría recopilar datos en tiempo real sobre el estado de salud de los pacientes, facilitando ajustes dinámicos en los tratamientos y mejorando el seguimiento del progreso del paciente (Cross et al., 2024; Businelle, Perski, Hebert, & Kendzor, 2024)
- 4 **Reposicionamiento de medicamentos y terapias personalizadas:** El uso de IA para identificar tratamientos potenciales, como en el caso del reposicionamiento de medicamentos para el trastorno por uso de opioides, podría extenderse a otras combinaciones de trastornos mentales y abuso de sustancias, optimizando las intervenciones terapéuticas (Zhou et al., 2021).

- 5 **Sistemas de apoyo a la decisión clínica (CDSS):** Estas plataformas podrían incluir sistemas que utilicen datos históricos y en tiempo real para formular estrategias terapéuticas adaptadas a las necesidades individuales de los pacientes, optimizando la asignación de recursos y reduciendo los costos asociados con el tratamiento.
- 6 **Intervenciones digitales y agentes conversacionales:** Herramientas como chatbots y agentes conversacionales podrían ser incorporadas para proporcionar apoyo emocional, reducir síntomas depresivos y manejar antojos relacionados con el abuso de sustancias, mejorando la adherencia al tratamiento (Ray, Bhardwaj, Malik, Singh, & Gupta, 2022)

Existen múltiples brechas en la atención de los trastornos mentales, los trastornos por uso de sustancias (TCS) y la patología dual, que incluyen la baja tasa de tratamiento recibido por quienes lo necesitan, el estigma asociado, la falta de acceso a servicios especializados, y las desigualdades sociodemográficas que limitan el acceso a tecnologías y recursos (Volkow et al., 2020). Por ejemplo, solo el 19% de las personas con TUS reciben tratamiento (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020), y en México, las brechas de tratamiento alcanzan hasta el 86% en niños y adolescentes (Binkowska et al., 2023). Además, los tratamientos actuales suelen carecer de personalización y continuidad, lo que contribuye a altas tasas de recaída (40%-60%) y a la limitada efectividad a largo plazo. También se identifican barreras tecnológicas, como el acceso inconsistente a dispositivos y redes, y la falta de aplicaciones móviles basadas en evidencia clínica para adicciones específicas (Businelle, Perski, Hebert, & Kendzor, 2024).

En términos de prevención, es crucial implementar programas educativos y campañas de sensibilización dirigidas a adolescentes y comunidades vulnerables, utilizando tecnologías digitales como juegos interactivos y aplicaciones educativas para fomentar comportamientos saludables y reducir el riesgo de inicio en el consumo de sustancias (Patterson Silver Wolf, Ramsey, Epstein, Beeler-Stinn, & Deer, 2022; Businelle, Perski, Hebert, & Kendzor, 2024). También se recomienda fortalecer los sistemas de atención primaria para facilitar la detección temprana y la derivación oportuna a servicios especializados (Binkowska et al., 2023).

Para mejorar la detección y atención, se proponen diversas estrategias. Entre ellas, el uso de tecnologías digitales como aplicaciones móviles y herramientas de realidad virtual, que pueden ofrecer intervenciones personalizadas, monitoreo en tiempo real y soporte continuo (Scott, Dennis, Johnson, y Grella, 2020; Alicja Anna Binkowska a, 2023). Estas tecnologías deben ser accesibles y diseñadas con un enfoque centrado en el usuario para aumentar la adherencia y eficacia. La integración de enfoques multidisciplinarios que combinen intervenciones farmacológicas con estrategias psicosociales, como el manejo de contingencias y la activación conductual, puede mejorar significativamente los resultados en la prevención de recaídas y el tratamiento de los TUS (Businelle, Perski, Hebert, & Kendzor, 2024). En poblaciones vulnerables, como adolescentes y minorías, se sugiere desarrollar intervenciones atractivas y culturalmente adaptadas, como aplicaciones educativas y juegos interactivos (Patterson Silver Wolf et al., 2022). También es crucial fortalecer los sistemas de atención primaria, descentralizar los servicios de salud mental y aumentar la inversión en recursos humanos y tecnológicos (Binkowska et al., 2023).

La integración de agentes conversacionales basados en inteligencia artificial, sensores de bajo costo y metodologías estadísticas avanzadas puede optimizar la personalización de las intervenciones y mejorar la evaluación de resultados (Businelle, Perski, Hebert, & Kendzor, 2024). Estas estrategias, junto con la capacitación continua de los profesionales de la salud y la reducción del estigma mediante

campañas de sensibilización son esenciales para garantizar la sostenibilidad y efectividad (Binkowska et al., 2023), además tienen el potencial de cerrar las brechas existentes y mejorar significativamente la detección y el tratamiento de los trastornos mentales, TUS y la Patología Dual. Consideramos que estas acciones, combinadas con un enfoque integral y centrado en el paciente, tienen el potencial de transformar los sistemas de atención y abordar de manera efectiva las limitaciones actuales.

3. Desafíos en La Implementación

La implementación de tecnologías en salud presenta múltiples desafíos tecnológicos, organizacionales, socioculturales y de sostenibilidad, que dificultan su adopción y uso efectivo en el tratamiento de los Trastornos por consumo de sustancias (TCS) y otras enfermedades tanto mentales como médicas. Entre las barreras tecnológicas se encuentran el acceso limitado o inconsistente a dispositivos y redes, especialmente en poblaciones vulnerables como personas de bajos ingresos o residentes en áreas rurales, quienes suelen enfrentar dificultades para mantener smartphones funcionales o acceso estable a datos móviles y wifi (Raine et al., 2019). Además, muchas aplicaciones móviles requieren demasiado espacio de almacenamiento, lo que conduce a su eliminación por parte de los usuarios. La falta de alfabetización digital y la resistencia al cambio representan también obstáculos importantes, tanto en pacientes como en profesionales de la salud, quienes en ocasiones prefieren mantener métodos tradicionales en lugar de integrar nuevas herramientas en su práctica clínica (Shiferaw et al., 2020).

Otro desafío clave es la baja adherencia a largo plazo: la tasa de abandono promedio en aplicaciones móviles de salud alcanza el 49% a las ocho semanas (Eysenbach et al., 2022). Este problema se ve agravado por la falta de personalización de las intervenciones,

ya que muchas aplicaciones no se adaptan a las necesidades específicas de los usuarios ni incorporan enfoques basados en evidencia, como la terapia cognitivo-conductual. A esto se suman el estigma asociado a los TUS y la falta de capacitación de los profesionales en el uso de estas herramientas, factores que limitan su efectividad. La sostenibilidad constituye otro reto fundamental, dado que estas tecnologías requieren inversiones considerables en infraestructura, seguridad y privacidad de datos, así como en recursos humanos especializados para garantizar su correcto funcionamiento (Raine et al., 2019).

En este contexto, la inteligencia artificial (IA) podría desempeñar un papel relevante en la psiquiatría. Se anticipa que contribuirá a mejorar la eficiencia de la atención, facilitar el acceso en áreas desatendidas y reducir costos en los sistemas de salud (Ferreira et al., 2025). Además, podría ser útil en la detección temprana de riesgos, el monitoreo de síntomas y la prevención de enfermedades mediante técnicas como el fenotipado digital y el análisis en tiempo real de datos clínicos y conductuales. También se plantea que la IA podría ayudar a reducir errores médicos al ofrecer diagnósticos y decisiones terapéuticas más precisas; sin embargo, persisten temores respecto a que genere fallos derivados de algoritmos incompletos o sesgados (Stone et al., 2023). Existe consenso en que la IA no reemplazará la empatía humana ni la relación terapéutica, aspectos esenciales en psiquiatría. De hecho, muchos especialistas expresan preocupación por una posible deshumanización de la atención y por los riesgos éticos relacionados con la privacidad y los sesgos algorítmicos, cuestiones que requieren mayor atención regulatoria y científica (Fleddermann et al., 2021; Stone et al. 2023).

Para mejorar la implementación de las tecnologías de salud móvil (mHealth), se han propuesto diversas estrategias fundamentadas en evidencia. En primer lugar, un diseño centrado en el usuario resulta esencial para garantizar aplicaciones accesibles, fáciles de usar y adaptadas a las necesidades individuales (Ikunne et al., 2022). Esto incluye incorporar recordatorios

personalizados, retroalimentación dinámica, gamificación y módulos seleccionables, con el fin de aumentar la interacción y la adherencia. La personalización puede reforzarse mediante algoritmos avanzados y evaluaciones momentáneas ecológicas (EMA), que permiten adaptar la intervención a características específicas y activar respuestas en tiempo real (Nahum-Shani et al. 2016).

La integración de mHealth con los sistemas de salud tradicionales constituye otra estrategia clave, al facilitar la coordinación entre intervenciones digitales y presenciales y optimizar el seguimiento y la derivación a servicios especializados. Esto puede incluir la prescripción de aplicaciones por parte de profesionales y la combinación con terapias convencionales como el manejo de contingencias o la farmacoterapia (Luo et al. 2025). Asimismo, la capacitación continua de los profesionales de la salud es fundamental para superar resistencias y garantizar una correcta integración de estas herramientas en la práctica clínica (Ikwunne et al. 2022).

Superar las barreras tecnológicas requiere también acciones específicas, como proveer dispositivos móviles preinstalados con aplicaciones clínicas en poblaciones vulnerables y diseñar herramientas que sean accesibles en dispositivos de bajo costo, con un consumo reducido de almacenamiento y datos (Raine et al., 2019). Por último, asegurar la sostenibilidad y la seguridad de estas tecnologías implica desarrollar planes de financiamiento, reforzar la protección de datos y aplicar evaluaciones continuas mediante metodologías innovadoras, como los ensayos microrandomizados (MRT) (Klasnja et al. 2015) y los ensayos aleatorizados de asignación múltiple secuencial (SMART) (Almirall & Nahum-Shani, 2014).

Estas estrategias, combinadas con campañas de sensibilización orientadas a reducir el estigma asociado a los SUD, tienen el potencial de maximizar el impacto de las tecnologías mHealth, mejorando la calidad de la atención y fortaleciendo los sistemas de salud pública.

4. Conclusiones

La inteligencia artificial (IA) se presenta como una herramienta innovadora con impacto potencial en el diagnóstico y tratamiento de la Patología Dual, definida como la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias (TUS) y otro trastorno mental. En la actualidad se enfrentan diferentes retos para el manejo de la Patología Dual, como la dificultad para diferenciar síntomas psiquiátricos de los efectos directos del consumo de sustancias, la falta de herramientas diagnósticas específicas, la fragmentación de los sistemas de atención y el estigma asociado. En este contexto, la IA se presenta como una herramienta innovadora con capacidad para transformar el abordaje de la Patología Dual mediante el análisis de grandes volúmenes de datos, la predicción de recaídas, la personalización de tratamientos y el monitoreo continuo de pacientes. Estas tecnologías podrían optimizar recursos, reducir costos y mejorar el acceso a servicios, especialmente en áreas desatendidas.

Sin embargo, la implementación de la IA enfrenta desafíos significativos, como el acceso limitado a dispositivos, la falta de capacitación profesional, preocupaciones éticas sobre privacidad y sesgos algorítmicos, y la resistencia al cambio por parte de pacientes y profesionales. Además, se subraya la importancia de integrar estas herramientas con los sistemas de salud tradicionales y garantizar su uso bajo criterios éticos claros. Para maximizar su impacto, se propone un diseño centrado en el usuario, la capacitación continua de los profesionales y la implementación de estrategias que combinen intervenciones digitales con enfoques tradicionales.

La IA tiene el potencial de revolucionar el manejo de la Patología Dual, mejorando la precisión diagnóstica, la personalización de tratamientos y la eficiencia de los sistemas de

salud. No obstante, su éxito dependerá de una implementación ética, sostenible y centrada en el paciente, así como de la superación de barreras tecnológicas, organizacionales y socioculturales. Supone un reto tanto para los profesionales como para sociedad, ya que está generando oportunidades prometedoras en la mejora del diagnóstico y abordaje de estos pacientes, pero debe ser dirigido y coordinado por profesionales adecuadamente entrenados y expertos tanto en el campo de la salud mental como en el manejo de las nuevas tecnologías.

Aunque existen incertidumbres y desafíos por resolver, la integración de la IA en este campo de la salud mental representa una oportunidad prometedora para abordar las limitaciones actuales y mejorar la calidad de vida de los pacientes, siendo conscientes que en el futuro nos enfrentaremos a desafíos, que ni siquiera aún se pueden intuir.

Referencias

- Almirall, D., & Nahum-Shani, I. (2014). Introduction to SMART designs for the development of adaptive interventions: with application to weight loss research. *Translational Behavioral Medicine*, 4(3), 260–274. doi:10.1007/s13142-014-0265-0
- Araos P, Pedraz M, Serrano A, Lucena M, Barrios V, García-Marchena N, Campos-Cloute R, Ruiz JJ, Romero P, Suárez J, Baixeras E, de la Torre R, Montesinos J, Guerri C, Rodríguez-Arias M, Miñarro J, Martínez-Riera R, Torrens M, Chowen JA, Argente J, Mason BJ, Pavón FJ, Rodríguez de Fonseca F. Plasma profile of pro-inflammatory cytokines and chemokines in cocaine users under outpatient treatment: influence of cocaine symptom severity and psychiatric co-morbidity. *Addict Biol*. 2015 Jul;20(4):756-72. doi: 10.1111/adb.12156. Epub 2014 May 22. PMID: 24854157.
- Atasoy, H., Greenwood, B. N. i McCullough, J. S. (2019). Electronic Health Records on Health Care Quality and Utilization. *Annual Reviews Public Health*, 487-500.
- Benda, N., Desai, P. M., Zayan, R., Zheng, A., Kumar, S., Harkins, S., . . . Turchioe, M. R. (2024). Patient Perspectives on AI for Mental Health Care: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR Mental Health*, e58462.
- Binkowska AA, Obarska K, Marcowski P, Szymczak K, Lewczuk K, Sollich K, Banaszak M, Woronowicz B, Nowicka M, Skorko M, Gola M. Evaluating the effectiveness of mobile app-based self-guided psychological intervention to reduce craving and lapse risk in problematic substance use and behaviors: Protocol for a randomized control trial in the general population. *Contemp Clin Trials Commun*. 2023 Aug 6;36:101180. doi:10.1016/j.conctc.2023.101180. PMID: 37720591; PMCID: PMC10500479.
- Blithikioti C, F. E. (2025). Reevaluating the brain disease model of addiction. *Lancet Psychiatry*, 12(6), 469-474.
- Businelle, M. S., Perski, O., Hebert, E. T. i Kendzor, D. E. (2024, July). Mobile Health Interventions for Substance Use Disorders. *Annu Rev Clin Psychol*, 20(1), 49-76.
- Cross, S., Bell, I., Nicholas, J., Valentine, L., Mangelsdorf, S., Baker, S., . . . Alvarez-Jimenez, M. (2024). Use of Ia in Mental Health Care: Community and Mental Health Professionals Survey. *JMIR Mental Health*, e60589 p-10.
- Cunningham, J. A., Godinho, A., Schell, C., Studer, J., Wardell, J. D., Garnett, C. i Bertholet, N. (2024). Randomized controlled trial of smartphone app designed to reduce unhealthy alcohol consumption. *Internet Interventions*.
- Eysenbach, G. et al. (2022). Quality, Usability, and Effectiveness of mHealth Apps and the Role of Engagement: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(12), e093932.
- Fleddermann K, Molfenter T, Jacobson N, Horst J, Roosa MR, Boss D, Ross JC, Preuss E, Gustafson DH. Clinician Perspectives on Barriers and Facilitators to Implementing e-Health Technology in Substance Use Disorder (SUD) Treatment Facilities. *Subst Abuse*. 2021 Oct 26;15:11782218211053360. doi: 10.1177/11782218211053360. PMID 34720585; PMCID: PMC8552376.
- Frimpong, J. A., Liu, X., Liu, L. i Zhang, R. (2023). Adoption of Electronic Health Record Among Substance Use Disorder Treatment Programs: Nationwide Cross-Sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*.
- Goldfine, C., Lai, J. T., Lucey, E., Newcomb, M. i Carreiro, S. (2020). Wearable and Wireless mHealth Technologies for Substance Use Disorder. *Current Addiction Reports*, 291-300.
- Hasin DS, Trautman KD, Miele GM, Samet S, Smith M, Endicott J. *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers*. *Am J Psychiatry*. 1996 Sep;153(9):1195-201. doi: 10.1176/ajp.153.9.1195. PMID: 8780425.
- Hatoum AS, Colbert SMC, Johnson EC, Huggett SB, Deak JD, Pathak G, Jennings MV, Paul SE, Karcher NR, Hansen I, Baranger DAA, Edwards A, Grotzinger A; Substance Use Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium; Tucker-Drob EM, Kranzler HR, Davis LK, Sanchez-Roige S, Polimanti R, Gelernter J, Edenberg HJ, Bogdan R, Agrawal A. Multivariate genome-wide association meta-analysis of over 1 million subjects identifies loci underlying multiple substance use disorders. *Nat Ment Health*. 2023 Mar;1(3):210-223. doi: 10.1038/s44220-023-00034-y. PMID: 37250466; PMCID:

PMC10217792.

- Hsu, M., Martin, B., Ahmed, S., Torous, J. i Suzuki, J. (2022). Smartphone Utilization, and Interest in Using Mental Health Apps to Address Substance Use Disorders: Literature Review and Cross-Sectional Survey Study Across Two Sites. *JMIR Formative Research*, e38684 p1-p12.
- Ikwunne, T., Hederman, L., & Wall, P. J. (2022). Design processes for user engagement with mobile health: A systematic review. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*, 13(2), 2 91–303.
- Klasnja, P., Hekler, E. B., Shiffman, S., Boruvka, A., Almirall, D., Tewari, A., & Murphy, S. A. (2015). Microrandomized trials: An experimental design for developing just-in-time adaptive interventions. *Health Psychology*, 34(Suppl), 1220–1228. doi:10.1037/hea0000305
- Khatore, P., Yolanda, H., Joyner, J. i Nadkarni, A. (2025). Digital interventions for alcohol use and alcohol use disorders in low- and middle-income countries: a systematic review. *Oxford Open Digital Health*, 3(1).
- Leshner, A. (1997, Oct 3). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 45-7.
- Luo, W., et al. (2025). Integrating mobile health app data into electronic medical or health record systems: Scoping review. *JMIR mHealth and uHealth*, 13, e66650. doi:10.2196/66650
- Mackey S, Allgaier N, Chaarani B, Spechler P, Orr C, Bunn J, Allen NB, Alia-Klein N, Batalla A, Blaine S, Brooks S, Caparelli E, Chye YY, Cousijn J, Dagher A, Desrivieres S, Feldstein-Ewing S, Foxe JJ, Goldstein RZ, Goudriaan AE, Heitzeg MM, Hester R, Hutchison K, Korucuoglu O, Li CR, London E, Lorenzetti V, Luijten M, Martin-Santos R, May A, Momenan R, Morales A, Paulus MP, Pearson G, Rousseau ME, Salmeron BJ, Schluter R, Schmaal L, Schumann G, Sjoerds Z, Stein DJ, Stein EA, Sinha R, Solowij N, Tapert S, Uhlmann A, Veltman D, van Holst R, Whittle S, Wright MJ, Yücel M, Zhang S, Yurgelun-Todd D, Hibar DP, Jahanshad N, Evans A, Thompson PM, Glahn DC, Conrod P, Garavan H; ENIGMA Addiction Working Group. (Mackey, 2019). *Am J Psychiatry*. 2019 Feb 1;176(2):119-128. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17040415. Erratum in: *Am J Psychiatry*. 2019 May 1;176(5):414. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.1765correction. PMID: 30336705; PMCID: PMC6427822.
- Marino, E., Karns-Wright, T., Perez, M. i Potter, J. S. (2024, December 2). Smartphone App-Based Contingency Management and Opioid Use Disorder Treatment Outcomes. *Jama Network Open*, e2448405 p1/10.
- Mestre-Pintó JJ, Domingo-Salvany A, Martín-Santos R, Torrens M; PsyCoBarcelona Group. Dual diagnosis screening interview to identify psychiatric comorbidity in substance users: development and validation of a brief instrument. *Eur Addict Res*. 2014;20(1):41-8. doi: 10.1159/000351519 PMID: 23921461.
- Mohr, D. C., Lyon, A. R., Lattie, E. G., Reddy, M. i Schueller, S. M. (2017). Accelerating Digital Mental Health Research from Early Design and Creation to Successful Implementation and Sustainment. *Journal of Medical Internet Research*.
- Nahum-Shani, I., Smith, S. N., Spring, B., Witkiewitz, K., Collins, L. M., Tewari, A., Murphy, S. A. (2016). Just-in-time adaptive interventions (JITIs) in mobile health: Key components and design principles for ongoing health behavior support. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(1), 7–17. doi:10.1007/s12160-015-9707-1
- National Institutes on Drug Abuse (US); Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report. Bethesda (MD): 2020 Apr. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/>
- Nielsen DA, Utrankar A, Reyes JA, Simons DD, Kosten TR. Epigenetics of drug abuse: predisposition or response. *Pharmacogenomics*. 2012 Jul;13(10):1149-60. doi: 10.2217/pgs.12.94. PMID: 22909205; P
- Paquette, C. E., Rubalcava, D. T., Chen, Y., Anand, D. i Daughters, S. B. (2021). A Mobile App to Enhance Behavioral Activation Treatment for Substance Use Disorder: App Design, Use, and Integration into Treatment in the Context of a Randomized Controlled Trial. *JMIR Formative Research*.
- Patterson Silver Wolf, D., Ramsey, A., Epstein, J., Beeler-Stinn, S. i Deer, A. (2022). Bridges to Sobriety: Testing the Feasibility and Acceptability of a Mobile App Designed to Supplement an Adolescent Substance Use Disorder Treatment Program. *Clin Soc Work J*, 308-315.
- Raine, R., Iskandar, K., & McKnight, L. (2019). Bridging the digital divide in health care. *The Lancet Digital Health*, 1(2), e60–e68.
- Ray, A., Bhardwaj, A., Malik, Y. K., Singh, S. i Gupta,

- R. (2022). Artificial intelligence and Psychiatry: An overview. *Asian Journal of Psychiatry*.
- Roncero C. De las adicciones a la patología dual: la situación en el siglo XXI . 2025 Servicio de Publicaciones de la Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC) Colección Lidera, n.º 30. ISBN: 978-84-126114-5-8
- Scott, C., Dennis, M., Johnson, K. A. i Grella, C. (2020). A randomized clinical trial of smartphone self-managed recovery support Services. *J Subst Abuse Treat*.
- Shiferaw, K., Zolfo, M., & Blaschke, T. (2020). Assessing digital health literacy and barriers to telehealth adoption in rural settings: A cross-sectional study. *Global Health Action*, 13(1), 1728581.
- Stone, P., Williams, J., & Desai, K. (2023). Evidence, ethics and the promise of artificial intelligence in psychiatry. *Journal of Medical Ethics*, 49(8), 573–580.
- Subrahmanya, S. G., Shetty, D. K., Zeeshan Hameed, B., Paul, R., Smriti, K., Naik, N. i Somani, B. K. (2022). The role of data science in healthcare advancements: applications, benefits, and future prospects. *Irish Journal of Medical Science*, 1473-1483.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2021). Telehealth for the treatment of serious mental illness and substance use disorders.
- Szerman, N., Torrens, M., Maldonado, R., Sigh Balhara, Y. P., Salom, C., Maremmanni, I., WADD. (2022). Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Translational Psychiatry*.
- Torrens M, Serrano D, Astals M, Pérez-Domínguez G, Martín-Santos R. Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry*. 2004 Jul;161(7):1231-7. doi: 10.1176/appi.ajp.161.7.1231. PMID: 15229056.
- Torrens M, Rossi PC, Martinez-Riera R, Martinez-Sanvisens D, Bulbena A. Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? *Subst Use Misuse*. 2012 Jun-Jul;47(8-9):1005-14. doi:10.3109/10826084.2012.663296. PMID: 22676568.
- Tutun, S., Johnson, M. E., Ahmed, A., Irgil, S., Yesilkaya, I., Ucar, E. N., Harfouche, A. (2023). An AI-based Decision Support System for Predicting Mental Health Disorders. *Information Systems Frontiers*, 1261-1276.
- Volkow, N., Koob, G. i McLellan, A. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *N Engl J Med*, 363-371.
- Volkow, N., Torrens, M., Poznyak, v., Sáenz, E., Busse, A., Kashino, W., Gerra, G. (2020). Managing dual disorders: a statement by the Informal Scientific Network, UN Commission on Narcotic Drugs. *World Psychiatry*, 396-397.
- Volkow ND., Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*. 2023 Jun;22(2):203-229. doi: 10.1002/wps.21073. PMID: 37159360; PMCID: PMC10168177.
- UNODC https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_Comorbidities_in_drug_use_disorders.pdf
- World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP)-version 2.0. Geneve.
- Zhou, M., Zheng, C., John Rush, A., Volkow, N. i Xu, R. (2021). Drug repurposing for opioid use disorders: integration of computational prediction, clinical corroboration, and mechanism of action analyses. *Mol Psychiatry*, 5286-5296.

Resumen



ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS Y ACOMPAÑANTE PAR:

Experiencia de abordaje integral de los consumos en contextos de alta vulnerabilidad en Argentina

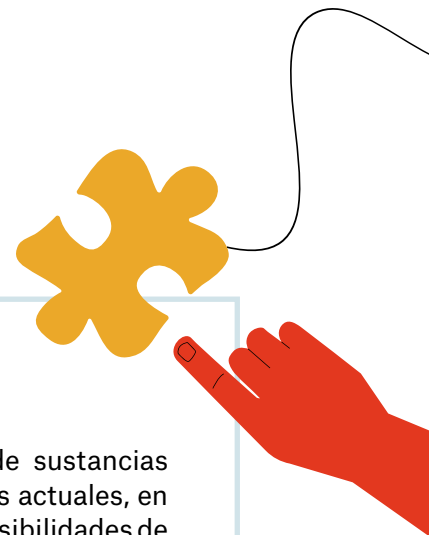
Pablo A. Dragotto^{1*}, y Silvia A. Pisano²

1 Departamento de Acompañamiento Terapéutico,
Facultad de Psicología, Universidad Nacional de
Córdoba, Argentina.

2 Subsecretaría de Atención y Acompañamiento
en materia de Drogas, SEDRONAR, Argentina.

*Autor de correspondencia:

pabloadragotto@gmail.com



La problemática de las adicciones y los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas constituye uno de los principales desafíos socio-sanitarios actuales, en tanto impacta de manera directa en la salud, los vínculos sociales y las posibilidades de inclusión de quienes atraviesan estas situaciones. En los últimos años, los abordajes en salud mental y adicciones han experimentado transformaciones sustantivas, orientándose hacia enfoques comunitarios, integrales y con perspectiva de derechos humanos. Este viraje ha permitido reconocer la importancia de estrategias que contemplen no solo el tratamiento clínico, sino también los procesos de recuperación, participación comunitaria e inclusión social de las personas afectadas. En este marco emergen dos figuras de particular relevancia: el acompañante terapéutico (AT) y el acompañante par. El primero, con formación específica, interviene en distintos dispositivos de salud mental y adicciones brindando contención, seguimiento y apoyo especializado; mientras que el segundo, aporta el acompañamiento desde la propia experiencia vivida, la cercanía y la empatía como herramientas fundamentales. La articulación de ambos roles que se desarrolla en los Centros de Acompañamiento Comunitario (CAACs) en Argentina con el apoyo de Sedronar, constituye una estrategia innovadora que potencia los procesos de recuperación, promueve un abordaje integral y refuerza la construcción de redes comunitarias más solidarias e inclusivas.

Palabras clave

Consumos problemáticos - acompañante terapéutico - acompañante par - abordaje integral - redes comunitarias.

Introducción

La problemática de las adicciones y los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas representa, en la actualidad, uno de los desafíos socio-sanitarios más complejos. En los últimos años, el abordaje de la salud mental y las adicciones ha experimentado transformaciones significativas, impulsadas por modelos comunitarios, de derechos humanos y de recuperación. Los abordajes en el tratamiento y la recuperación de las personas afectadas han evolucionado para ofrecer respuestas integrales y humanizadas.

En este contexto, emergen y se consolidan dos figuras claves: el **acompañante terapéutico (AT)**, ampliamente presente en instituciones de salud mental y adicciones, y el **acompañante par**, como lo implementa la red Hogares de Cristo, a partir de su recorrido de 17 años de trabajo en territorio.

Este artículo presenta un resumen de las características que definen el trabajo de acompañantes terapéuticos y acompañantes pares en el tratamiento, la recuperación y la participación social de personas afectadas por adicciones y consumos problemáticos. Para ello, nos detendremos en la experiencia de implementación llevada a cabo por la red de CAACs⁶ en Argentina, con el apoyo de la Sedronar⁷.

Metodología

Descripción de los roles de Acompañante Terapéutico/a (AT) y Acompañante Par.

Acompañante terapéutico: la intervención profesional en el proceso de recuperación.

El acompañante terapéutico es un agente de salud con formación específica, cuya función es brindar contención, seguimiento y apoyo personalizado a personas con padecimientos psíquicos, discapacidades o situaciones

de consumo problemático. Su accionar está enmarcado en un plan terapéutico multidisciplinario, coordinado generalmente por un equipo de salud mental.

El acompañamiento terapéutico, por su parte, ha sido definido como un dispositivo (Kuras de Mauer, S.; Resnizky, S., 2011) (Dragotto, P. y Frank, ML, 2012), caracterizado como una red que articula distintos actores, algunos de los cuales forman parte de un equipo que, de manera directa o indirecta coordinan acciones e interacciones en un contexto de vida cotidiana con una finalidad terapéutica en sentido amplio. El énfasis está puesto en las relaciones, interacciones y en particular en los vínculos que se establecen con el sujeto acompañado y su entorno, más que en objetivos, técnicas o protocolos de intervención. La disponibilidad de las y los acompañantes terapéuticos (ATS) en una oferta vincular sostenida hacia personas en situación de vulnerabilidad psíquica, social y/o emocional, permite la continuidad de experiencias de cuidado y ligazón con las redes formales e informales de los sistemas de salud y de seguridad social de un modo eficaz y acorde con los marcos normativos vigentes en occidente. El enfoque de restitución de derechos, la perspectiva de género y el respeto por los contextos singulares y comunitarios de las personas, son principios rectores de las políticas de salud mental y abordaje de las adicciones en Argentina y de las recomendaciones realizadas por diversos organismos internacionales en tiempos recientes (OMS, ONU, OPS, entre otros) (OEA, 2010) (SEDRONAR, 2017), además de estar incorporados a los instrumentos legales en los países de la región, directamente o por la vía de tratados internacionales. En sintonía con dichos principios rectores, el AT constituye un dispositivo no intrusivo, respetuoso de las subjetividades singulares de los acompañados y acompañadas y de sus contextos culturales, proveyendo contención vincular y evitando el aislamiento y la segregación. (Dragotto, P, 2022).

Históricamente, el AT en Argentina fue

6 Centros de Atención y Acompañamiento en la Comunidad.

7 Secretaría de Políticas Integrales en Materia de Drogas, Ministerio de Salud, Argentina.

utilizado como una alternativa de tratamiento para pacientes crónicos que no respondían a la institucionalización convencional. Su origen, alrededor del año 1970, se encuentra en movimientos como la antipsiquiatría, la lucha anti asilar, y el emergente campo de la salud mental. Se buscaba desinstitucionalizar a pacientes crónicos y expandir la práctica terapéutica más allá del consultorio tradicional, hacia los entornos de la vida diaria, incluyendo hogares, espacios públicos, escuelas y lugares de trabajo (Dall'Igna Ecker & de Lima Palombini, 2021).

Las características del AT, que se extienden más allá de los confines de las instituciones de tratamiento y se enfocan en “acompañar al paciente en una amplia gama de tareas y actividades diarias” (Dragotto y Frank 2012), lo constituyen en un puente fundamental entre el ámbito clínico y los contextos de la vida real. Este enfoque contrasta marcadamente con la terapia tradicional, que a menudo se limita al análisis verbal dentro de un entorno controlado. En el tratamiento de adicciones, esta característica es de suma importancia, ya que numerosos desencadenantes y desafíos están intrínsecamente ligados a la vida cotidiana y a los entornos sociales. El AT aborda directamente esta brecha, proporcionando apoyo *in situ*, ayudando a los usuarios a navegar situaciones del mundo real, practicar nuevas estrategias de afrontamiento y reconstruir sus vidas dentro de su comunidad, lo que contribuye a una recuperación más sostenible.

En síntesis, las características principales del AT incluyen:

Formación profesional:



Posee capacitación formal en áreas de salud mental y adicciones, lo que le permite planificar y registrar intervenciones, identificar alertas y actuar bajo protocolos claros.

Intervención individualizada:



Diseña estrategias de acompañamiento adaptadas a las necesidades singulares de cada persona, en articulación con psicólogos, psiquiatras y otros profesionales.



Rol de contención y facilitación:

Busca promover la autonomía, favorecer el desarrollo de habilidades sociales y reforzar la adherencia a los tratamientos.



Límites éticos y legales:

Su accionar está regulado por normativas profesionales y principios deontológicos.

Acompañante par: la experiencia compartida al servicio del otro.

El acompañante par es una figura que ha cobrado relevancia en el marco de las comunidades terapéuticas y centros barriales, en especial en dispositivos como los de Hogares de Cristo (Azparren, 2020) (Colectiva Grande y Hogares de Cristo, 2025). Se trata de personas que han transitado personalmente por situaciones de consumo problemático o adicciones y, tras un proceso de recuperación, deciden acompañar a otras personas que atraviesan situaciones similares. Esta relación está marcada por la horizontalidad, la empatía y la validación de la experiencia, generando una identificación genuina y un vínculo de confianza.

Entre las características principales del acompañante par se destacan:



Experiencia vivencial:

El saber del acompañante par proviene de su historia personal, lo que le permite interpretar los desafíos, temores y obstáculos que enfrentan quienes inician un proceso de recuperación.



Modelo de referencia:

Su propio recorrido de superación actúa como inspiración y testimonio de posibilidad de cambio.



Intervención situada:

El acompañamiento suele darse en contextos comunitarios o barriales, privilegiando la cercanía y la accesibilidad.



Rol de mediador:

Facilita el ingreso y la permanencia de las personas en dispositivos de tratamiento, actuando como puente entre el usuario, la familia y la red de atención profesional.

Comparación de roles y metodologías

Formación y saberes

Mientras que el acompañante par basa su accionar principalmente en el conocimiento empírico y la experiencia compartida, el acompañante terapéutico se apoya en una base teórica y técnica. La formación del acompañante terapéutico implica una capacitación formal que lo habilita para identificar signos de alerta, riesgos y criterios de derivación. El acompañante par, en cambio, aporta el valor de lo vivido, legitimando el relato y ofreciendo un modelo esperanzador ante las recaídas u obstáculos. Su formación y capacitación es un espacio de educación no formal aún no validada.

Relación con la persona acompañada

La relación que establece el acompañante par es eminentemente horizontal, caracterizada por la empatía y la identificación mutua. Esto favorece la construcción de un vínculo de confianza, muchas veces determinante para la adherencia al tratamiento. Por su parte, el acompañante terapéutico establece una relación asimétrica, aunque cercana, en la que se resguarda el espacio terapéutico y la distancia profesional, lo cual puede facilitar la contención emocional y la elaboración simbólica de los conflictos.

Metodologías de intervención

El acompañamiento par se da, en la mayoría de los casos, en espacios informales y cotidianos, como el centro barrial, la casa o la comunidad. Su accionar es flexible, atento a las necesidades del momento y centrado en el “estar ahí”. Se trata de alojar, contener, abrazar y “recibir la vida como viene”, como presencia significativa “24/7”, dicen ellos.

Si bien integran el equipo interdisciplinario y participan de las reuniones de equipo, no llevan registro de acciones ni evaluaciones. El acompañante terapéutico, por su parte, si bien por definición trabaja inserto en la vida cotidiana de los acompañados, se diferencia por actuar en base a un plan de acción consensuado con el equipo interdisciplinario, con objetivos de corto, mediano y largo plazo, registro escrito de las intervenciones y parámetros de evaluación.

Alcances y límites

La formación técnica del acompañante par es acotada y básica en la actualidad, por lo que su accionar se construye principalmente en relación a la motivación, la escucha, el acompañamiento, el testimonio y a operar como modelo de identificación para las personas que se acercan a los CAACs en situaciones de gran vulnerabilidad. Su rol es, además, acompañar el proceso terapéutico y la atención integral de la salud, en lo cotidiano. Su accionar no sustituye la intervención profesional en situaciones de crisis agudas, riesgo para la vida o casos que requieren intervenciones clínicas. El acompañante terapéutico, por su parte, está habilitado para intervenir en situaciones complejas, realizar evaluaciones de riesgo y articular con dispositivos de salud.

Impacto en el proceso de recuperación

Diversos estudios y experiencias en el campo de las adicciones muestran que la inclusión de pares en los equipos de atención mejora la adherencia al tratamiento, reduce el estigma y potencia el sentido de pertenencia. El acompañante par logra, muchas veces, “llegar” donde otros dispositivos profesionales encuentran resistencia. El acompañante terapéutico, en tanto, proporciona estructura, contención y estrategias para la autonomía progresiva, siendo clave en la reinserción social y laboral.

El modelo Hogares de Cristo: integración de saberes y prácticas

La red Hogares de Cristo, de amplia presencia en Argentina y América Latina, es pionera en promover la figura del acompañante par.

En sus centros barriales, los equipos están conformados tanto por profesionales de la salud mental como por personas recuperadas, voluntariado y referentes comunitarios. Se prioriza la cercanía, la escucha y la hospitalidad, bajo el lema “recibir la vida como viene”. Se reconoce el valor del testimonio y la necesidad del trabajo interdisciplinario, favoreciendo la integración de ambos perfiles para optimizar los procesos de recuperación. (Rossi Lashayas, 2025)

Experiencias en la implementación: la red de Centros de Atención y Acompañamiento en la Comunidad (CAAC) en Argentina.

(OAD, Sedronar, Min. Salud, Argentina, 2025).

Modelo de Intervención de los CAACs

Los Centros de Atención y Acompañamiento en la Comunidad (CAAC) se definen como espacios de prevención y tratamiento que operan “en y con la comunidad”. Su propósito central es funcionar como una “puerta de entrada” para iniciar procesos de recuperación e inclusión social, especialmente para personas en situación de exclusión social y consumo problemático de sustancias. Operan bajo un modelo de cogestión con Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), lo que es fundamental para su arraigo comunitario.

Principios Fundamentales

El modelo de los CAAC se basa en una serie de principios clave que guían su intervención:



Accesibilidad Real:

Los CAAC no se limitan a esperar la demanda, sino que activamente “salen al encuentro” de aquellos que, debido a su situación de consumo y vulnerabilidad, no pueden acercarse por sí mismos. Este enfoque de “bajo umbral” reduce significativamente las barreras de entrada, permitiendo que los procesos de tratamiento comiencen incluso fuera del espacio físico del

CAAC, estableciendo un vínculo con la persona allí donde se encuentre. Este enfoque proactivo y de baja barrera es una elección estratégica deliberada para superar las profundas barreras sistémicas (como el estigma, la falta de recursos, la grave vulnerabilidad social y la falta de vivienda), que impiden a las personas marginadas acceder a los servicios de salud tradicionales. La implementación práctica, donde los procesos de tratamiento comienzan fuera del espacio físico del CAAC, ilustra vívidamente este compromiso. Este modelo es singularmente eficaz para involucrar a poblaciones altamente marginadas que han sido históricamente excluidas de los sistemas de atención de salud formales. Desafía directamente las limitaciones de los modelos de tratamiento convencionales “impulsados por la demanda”, que a menudo son inaccesibles o intimidantes para las personas cuyas vidas están gravemente afectadas por la adicción y la exclusión social. Al encontrarse con las personas donde están, los CAAC sirven como un primer punto de contacto esencial, fomentando la confianza e iniciando el proceso de recuperación. Allí la presencia de acompañantes pares como referentes reales que han atravesado circunstancias similares y se encuentran en un proceso de recuperación, opera como un modelo de identificación que presentifica en imagen y en encuentro la posibilidad de un futuro mejor para la persona. (Kuras de Mauer, 1985)



Centralidad en la Persona:

Este principio implica recuperar el nombre y la identidad del individuo, abordando el estigma y comprendiendo su historia única de exclusión y vulnerabilidad. Acciones tan sencillas como preguntar cómo desea ser llamada la persona, son fundamentales para este proceso de acompañamiento y construcción de una nueva identidad, despojándose de estigmas como “el drogadicto” o “el delincuente”. Aborda directamente el vacío que las sustancias a menudo llenan para las personas que experimentan una profunda exclusión, ofreciendo una fuente alternativa de pertenencia, propósito y autoestima.



Abordaje Integral:

Abordan múltiples dimensiones de la vida de una persona, no solo el consumo de sustancias. Este enfoque holístico se resume en la frase “acompañar la vida”, que implica trabajar en todos los aspectos del bienestar individual y su contexto social.



Trabajo Interdisciplinario y Comunitario:

Los equipos de los CAACs están conformados por actores de la propia comunidad (operadores, talleristas, acompañantes pares) y un equipo técnico diverso (psicólogos, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos, médicos, psiquiatras, etc.) (OAD, Sedronar, Min. Salud,

Argentina, 2025). Todas las contribuciones profesionales se ponen en común y se validan para determinar estrategias de intervención que respeten la cultura local y las necesidades individuales.



Legitimidad Territorial:

La ubicación de los CAACs no es aleatoria, sino que están estratégicamente emplazados con presencia permanente en el territorio, lo que les otorga reconocimiento y confianza por parte de los actores de la comunidad. Esto facilita el acceso a orientación, contención y tratamiento específico. El centro se transforma en un hogar alojador donde las personas pueden encontrar un nuevo sentido de pertenencia y construir lazos de “familia”.

Servicios y Actividades Ofrecidas

Los CAACs despliegan una amplia gama de actividades y servicios que reflejan su naturaleza integral :

- **Apoyo terapéutico:** Atención terapéutica individual y/o grupal, escucha y contención.
- **Desarrollo educativo y vocacional:** Actividades de inclusión y terminalidad educativa (en muchos casos, llevando la escuela al centro), talleres de capacitación de oficios y talleres productivos.
- **Participación social y recreativa:** Actividades recreativas, culturales y deportivas para promover el bienestar y la integración social.
- **Inclusión socio-laboral:** Apoyo para la inclusión laboral y gestión de trámites esenciales como la obtención del DNI, partidas de nacimiento, nacionalización, acceso a programas sociales, becas y soluciones habitacionales.
- **Acompañamiento holístico:** Atención y acompañamiento integral en el área de salud y en el ámbito de la justicia.
- **Articulación en red:** Armado de redes de articulación con otros efectores territoriales para concretar la integralidad del abordaje desde la intersectorialidad.

Cabe aclarar que los dispositivos ofrecen distintas modalidades de tratamiento: tratamiento comunitario, prevención selectiva e indicada, tratamiento ambulatorio, abordaje convivencial, específico para varones, para mujeres con niños, mixto, personas en situación de calle, etc.

Alcance y Cobertura

La red de Centros de Atención y Acompañamiento en la Comunidad (CAAC) ha logrado una notable expansión y una profunda penetración en el territorio argentino, especialmente en las áreas más vulnerables.

Distribución Geográfica

Actualmente, operan 583 CAACs en el país. (OAD, Sedronar, Min. Salud, Argentina, 2025). Estos centros se distribuyen extensamente en todas las jurisdicciones de Argentina, con un enfoque estratégico en barrios vulnerables. La ubicación geográfica de estos dispositivos no es aleatoria, sino que ha sido evaluada y determinada considerando las características territoriales. Esta distribución estratégica y la profunda penetración en las comunidades vulnerables no son una coincidencia, sino que revelan una estrategia deliberada y basada en la evidencia para ubicar los servicios precisamente donde son más necesarios y accesibles para las poblaciones más vulnerables. Esta ubicación estratégica es fundamental para fomentar la territorialidad y legitimidad, que son principios clave del modelo. Esta distribución geográfica maximiza el potencial del programa para llegar

a poblaciones de alto riesgo, al minimizar las barreras de transporte e integrar los servicios directamente en el tejido social local. Esto mejora la confianza y el compromiso, demostrando un claro compromiso con la planificación de la salud pública impulsada por la equidad y asegurando que los servicios estén disponibles para quienes enfrentan los mayores obstáculos para la atención.

Un dato crucial que subraya esta estrategia es que 425 CAACs, lo que representa el 73% del total, se encuentran a una distancia de 1.000 metros o menos de un “Barrio Popular”, según el Registro Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP) de 2017. Además, de los 6.467 Barrios Populares de Argentina, 1.552 (el 24%) cuentan con un dispositivo de SEDRONAR (incluyendo CAACs) a una distancia similar.

Esta tabla proporciona evidencia cuantitativa de la ubicación geográfica estratégica y efectiva de los CAAC. Demuestra explícitamente la profunda penetración del programa en las áreas urbanas más vulnerables, respaldando directamente las afirmaciones de legitimidad territorial y mayor accesibilidad. Estos datos son cruciales para ilustrar cómo el programa se dirige y acompaña a las poblaciones más necesitadas, contribuyendo así a la equidad en salud.

Tabla 2: Distribución Geográfica de los CAACs y su Proximidad a Barrios Populares

Característica	Cantidad/Porcentaje
Número total de CAACs	583
% de CAACs a ≤ 1.000m de un Barrio Popular (ReNaBaP 2017)	73% (425 CAACs)
Número total de Barrios Populares en Argentina (ReNaBaP 2017)	6.467
% de Barrios Populares con un dispositivo Sedronar a ≤ 1.000m (ReNaBaP 2017)	24% (1.552 Barrios)

Población Atendida y Cobertura

El alcance cuantitativo de los CAACs es significativo. Anualmente, 144.933 personas reciben tratamiento en estos centros, y 1.964.898 personas se benefician de sus programas preventivos. En cuanto a las características demográficas de la población atendida:

- **Edad:** Una proporción sustancial, (el 50%), corresponde a adolescentes y jóvenes de 12 a 29 años. Esto indica un enfoque en la intervención temprana, lo cual es relevante ya que el consumo problemático afecta a individuos en etapas cruciales de desarrollo, lo que podría interrumpir el logro educativo, la integración social y las trayectorias de vida futuras. Al involucrar estratégicamente a los jóvenes en una etapa temprana de sus vidas, los CAAC tienen el potencial de interrumpir los ciclos intergeneracionales de adicción, exclusión social y vulnerabilidad. Esta intervención temprana puede fomentar la recuperación a largo plazo, promover trayectorias de desarrollo más saludables y contribuir significativamente al bienestar general y la capacidad productiva de las comunidades futuras. Este enfoque en la juventud representa una inversión estratégica en salud pública para beneficios sociales a largo plazo.
- **Género:** El porcentaje de mujeres atendidas es mayor en los dispositivos de modalidad ambulatoria y comunitaria (CAAC) en comparación con los dispositivos residenciales.
- **Nivel Educativo:** El 47.7% de los participantes tienen el nivel secundario incompleto. Es importante destacar que el 100% de estas personas reciben acompañamiento en sus procesos de terminalidad educativa.
- **Situación Laboral:** El 45.6% de la población atendida se encuentra desocupada.

Un hallazgo crucial que resalta el impacto de los CAACs en la accesibilidad es que más del 70% de las personas atendidas en estos centros, no habían realizado tratamientos previos en otro centro de atención. Esta proporción es aún mayor entre las mujeres. Esta estadística es un indicador significativo. Implica que la mayoría de los participantes de los CAAC estaban previamente desatendidos por el sistema de salud formal para el tratamiento de adicciones. La observación de que esta proporción es aún mayor entre las mujeres resalta el logro del programa en la superación de barreras específicas relacionadas con el género para

acceder a la atención, que a menudo se ven agravadas por el estigma y los roles sociales. Los CAAC cierran una “brecha de tratamiento” crítica para poblaciones altamente vulnerables y a menudo estigmatizadas que han sido históricamente excluidas de los servicios de salud tradicionales. Este modelo de bajo umbral, basado en la comunidad y de divulgación proactiva, está en una posición única para involucrar a estas personas, lo que representa un logro sustancial en salud pública al expandir el acceso equitativo a la atención y reducir las necesidades insatisfechas.

Tabla 3: Perfil Demográfico de la Población Atendida en CAACs

Característica Demográfica	Descripción/Porcentaje
Edad	50% adolescentes y jóvenes (12-29 años)
Género	Mayor % de mujeres en CAACs (vs. residenciales)
Nivel Educativo	47.7% secundario incompleto; 100% acompañados en terminalidad educativa
Situación Laboral	45.6% desocupados
Historia de Tratamiento Previo	>70% sin tratamientos previos; proporción aún mayor en mujeres

Esta tabla ofrece una instantánea demográfica clara y concisa de la población que llega a los CAAC. Puede considerarse un éxito del programa la participación de grupos vulnerables específicos, como jóvenes, personas con bajo nivel educativo, desempleados, personas en situación de calle y, en particular, mujeres, que a menudo enfrentan barreras únicas para la atención. Comprendemos así el impacto del programa en la equidad, su eficacia en el objetivo y su relevancia para los determinantes sociales más amplios de la salud.

Resultados alcanzados

La evidencia resultante del trabajo de los CAACs demuestra un impacto significativo y multidimensional en la vida de los participantes, lo que valida la efectividad de este modelo de abordaje integral.

Mejoras en seis dimensiones clave

Los cambios experimentados por los participantes se identifican en seis dimensiones fundamentales:

- 1 Satisfacción de necesidades básicas:** Mejora en la alimentación y otras necesidades primarias.

- 2 Salud:** Contribución a la mejora del estado de salud general.
- 3 Redes vinculares:** Fortalecimiento de las relaciones con el entorno y los miembros de la familia.
- 4 Situación judicial:** Acompañamiento y apoyo en procesos legales y judiciales.
- 5 Educación:** Aumento del interés en estudiar y acompañamiento en la terminalidad educativa.
- 6 Trabajo:** Facilitación de la inclusión laboral y formación para el empleo.

Los participantes perciben una mejora general en su bienestar desde que comenzaron a asistir a los centros barriales, atribuyendo la mayoría de los cambios positivos a mejoras en la alimentación, la reducción del consumo y la revinculación familiar. Estos cambios, especialmente para quienes antes vivían en la calle, les permiten proyectarse hacia el futuro.

Esto demuestra que el enfoque integral de los CAACs, al abordar las necesidades fundamentales y fomentar la inclusión social, crea una base estable sobre la cual puede florecer un compromiso terapéutico significativo y un cambio de comportamiento sostenido relacionado con el consumo de sustancias.

Impactos cualitativos y cuantitativos específicos



Accesibilidad Ampliada:

El 70% de las personas atendidas en los CAACs realizaron su primer tratamiento por consumo en estos dispositivos, lo que les permitió acceder por primera vez al sistema de salud. Esto subraya el éxito del programa en la expansión del acceso a la atención para poblaciones previamente desatendidas.



Bienestar relacional y psicológico:

Se observan mejoras en la autoestima y en la calidad de las relaciones con familiares y personas del entorno. La creación deliberada de lazos afectivos y de confianza dentro de los CAACs, facilita un entorno donde las personas pueden hablar sobre sus experiencias, un paso crucial en su recuperación. Las actividades solidarias en los barrios contribuyen a la reconstrucción de vínculos y empoderan a los participantes, transformándolos en fuerzas positivas para el desarrollo comunitario. Esto significa un proceso transformador donde los individuos pasan de ser receptores pasivos de ayuda a participantes activos e incluso contribuyentes dentro de sus comunidades. El concepto general de “Comunidad-Familia” refuerza este papel activo. Al contribuir activamente a sus comunidades, los participantes recuperan un sentido de propósito, dignidad y pertenencia, que son poderosos factores protectores contra las recaídas y la marginación adicional. Esto representa un impacto transformador profundo que se extiende mucho más allá de los resultados clínicos, contribuyendo a comunidades más fuertes y resilientes.



Inclusión educativa y laboral:

Se identifica un aumento del interés en estudiar o trabajar. Los centros acompañan la terminalidad educativa (incluso llevando la escuela al centro) y brindan formación para el trabajo, ayuda para conseguir empleo o para conformar cooperativas. Se han formado 50 cooperativas de trabajo con 150 unidades productivas.



Apoyo legal y social:

La asistencia para obtener documentos de identidad (DNI) desde el ingreso al centro, junto con el acompañamiento continuo y el asesoramiento legal, son factores positivos que facilitan la reintegración social. Proporcionar apoyo legal y administrativo integral no es simplemente un servicio auxiliar, sino un componente fundamental de la verdadera reintegración social. Reconoce que la recuperación no es solo un proceso psicológico o médico, sino también legal y de restitución y ejercicio de derechos ciudadanos. Sin abordar estas barreras sistémicas, la recuperación completa y la participación significativa en la sociedad siguen estando gravemente limitadas. (Norro, 2017).



Reducción del consumo: Aunque el abordaje es integral, la reducción del consumo de drogas es un factor clave que facilita cambios positivos en todas las demás dimensiones de la vida.

Discusión: Desafíos y perspectivas

La complementariedad entre el acompañante par y el acompañante terapéutico, es un desafío y una oportunidad para los equipos de atención. La formación conjunta, la supervisión interdisciplinaria y la inclusión de prácticas de autocuidado y prevención del “burnout” son puntos críticos a desarrollar. Asimismo, la validación institucional, académica y la regulación legal de la figura del acompañante par siguen siendo temas a profundizar.

Conclusiones

El abordaje de las adicciones y los consumos problemáticos requiere de múltiples miradas y herramientas. La comparación entre el rol del acompañante par (como el que impulsa Hogares de Cristo) y el acompañante terapéutico, permite visibilizar la riqueza y potencia de la experiencia compartida y del saber profesional. La recuperación se fortalece cuando ambos roles dialogan, se integran y trabajan juntos (como parte de un equipo interdisciplinario, integral e integrado), con respeto a la singularidad de cada persona y la dignidad de las historias de vida.

Referencias

- Azparren, A. L. (2020). *La dimensión territorial y religiosa en el abordaje de los consumos de drogas*. Revista Cultura y Droga.
- Colectiva Grande y Hogares de Cristo. (2025). Flacso. Obtenido de https://www.flacso.org.ar/wp-content/uploads/2019/04/Cuadernillo-Taller-acompanantes-pares_Colectiva-jovenes.pdf
- Dall'Igna Ecker, D., & de Lima Palombini, A. (2021). Acompanhamento terapêutico e direitos sociais: Territórios existenciais e sujeito bio-psico-político-social. *Psicologia Clínica*, 357-378.
- Dragotto, P. y Frank ML. (2012). *Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en AT*. Córdoba: Brujas.
- Dragotto, P. (2022). *El dispositivo de acompañamiento terapéutico en el tratamiento de sujetos con consumos problemáticos y adicciones*. En J. Ramirez Richmond, Inscribir el psicoanálisis. San José de Costa Rica: ACIEP.
- Kuras de Mauer, S. (1985). *Acompañantes Terapéuticos y Pacientes Psicóticos*. Buenos Aires: Trieb.
- Kuras de Mauer, S.; Resnizky, S. (2011). *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Norro, D. (2017). CAACS (Casas De Atención Y Acompañamiento Comunitario). *Un dispositivo desde el abordaje integral comunitario en adicciones. X Jornadas de investigación, docencia, extensión y ejercicio profesional*. Buenos Aires.
- OAD, Sedronar, Min. Salud, Argentina. (2025), Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/oad_2023_casas_de_atencion_y_acompanamiento_comunitario_crecimiento_de_la_red_asistencial_respuestas_implementadas_y_personas_atendidas_durante_2022
- OEA, C. (2010). Recuperado, de http://www.cicad.oas.org/main/aboutcicad/basicdocuments/hemispheric/HemisphericDrugStrategy_2010_SPA.pdf
- Red Hogares de Cristo. (2022). *Manual de prácticas y experiencias en centros barriales*.
- SEDONAR. (2017). *Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas*. Recuperado, de Sedronar: www.sedronar.gov.ar



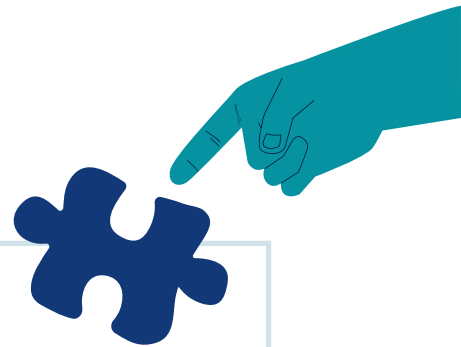
INCORPORA:

Un puente para la inserción laboral inclusiva

Fundación "la Caixa"¹ y Projecte Home Catalunya*

¹ Fundació "la Caixa", Àrea Inclusió Social.
Barcelona, España.

*Autor de correspondencia:
info@projectehome.org



Resumen

El Programa Incorpora, impulsado por la Fundación “la Caixa” desde 2006, es una iniciativa pionera en la inserción sociolaboral de personas en situación de vulnerabilidad ante el empleo. Su objetivo es garantizar el derecho al trabajo mediante un modelo inclusivo que une a personas, entidades sociales y empresas. El acompañamiento técnico personalizado permite superar barreras como la falta de formación, el estigma social o la exclusión previa, ofreciendo itinerarios de inserción adaptados y un seguimiento continuado tras la contratación.

En el ámbito de la inserción sociolaboral, el trabajo en red es una herramienta fundamental para generar oportunidades reales de inclusión. Las entidades sociales, al colaborar entre sí y con el sector empresarial, multiplican su impacto ya que permite acompañar de forma más integral a las personas en situación de vulnerabilidad y ofrece una mejor calidad de servicio a las empresas. Actualmente, más de 400 entidades sociales colaboran en el programa, logrando más de 39.000 inserciones laborales anuales en toda España. Un ejemplo destacado es Projecte Home Catalunya, que desde 1995 trabaja en la rehabilitación de personas con adicciones. Gracias a su participación en Incorpora, se han conseguido resultados significativos: en 2024, atendieron a 257 personas y lograron 119 inserciones laborales. En el colectivo de personas con adicciones, el programa Incorpora logra un nivel de eficacia ligeramente superior al del conjunto del programa, en términos de inserciones laborales respecto al total de personas atendidas. El modelo de intervención combina acompañamiento a la persona y a la empresa, promoviendo entornos laborales inclusivos y fortaleciendo la responsabilidad social corporativa.

El Programa Incorpora se consolida como un puente hacia una sociedad más justa y cohesionada, demostrando que con apoyo integral y alianzas sólidas es posible transformar la vida de las personas más vulnerables y avanzar hacia un modelo de inclusión sostenible.

Palabras clave

Inclusión sociolaboral, Empresa inclusiva, Inserción Laboral, Vulnerabilidad ante el empleo, Adicciones, Cohesión Social.

1.Introducción.

Fundación “la Caixa”: ayudar a crear un mundo mejor

Desde 1904, la misión de la Fundación “la Caixa” es construir una sociedad mejor y más justa dando oportunidades a las personas que más lo necesitan, y hacerlo siempre desde la confianza, la excelencia y el compromiso social. Con un presupuesto anual de 600 M€ en 2024, los principales ámbitos de actuación son cuatro: Programas y convocatorias sociales; Cultura y ciencia; Educación y becas; e Investigación y salud.

Con el lema «solo es progreso si progresamos todos», el objetivo de la Fundación “la Caixa” es el desarrollo de soluciones duraderas para lograr la transformación social mediante programas propios y convocatorias con entidades sin ánimo de lucro que contribuyan a aumentar la calidad de vida de los más vulnerables; la mejora de la sociedad a través de la divulgación de la cultura y la ciencia como herramientas de crecimiento personal y de cohesión social; el impulso de la educación y la formación de excelencia mediante un sistema de becas como motor del progreso y el bienestar social; y la promoción de la investigación y la innovación en salud para lograr avances en medicina y otras ciencias de la vida.

En el ámbito social, la Fundación “la Caixa” focaliza su acción de manera dual. Por un lado, mediante un conjunto de programas gestionados de forma directa por la propia institución y centrados en la lucha contra la pobreza infantil (Programa CaixaProinfancia), la inserción sociolaboral de personas vulnerables ante el empleo (Programa Incorpora), la atención a las personas mayores (Programa de Personas Mayores) y la humanización de la salud (Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas). En segundo lugar, a través de las Convocatorias de Proyectos Sociales, que canaliza la colaboración con las entidades

sociales en proyectos con incidencia directa sobre personas y colectivos en situación de vulnerabilidad, a la vez que frecuentemente complementan y en ocasiones anticipan la labor de la propia institución.

2. Programa Incorpora, al servicio de la sociedad desde 2006

Conseguir un empleo es muchas veces el primer paso hacia un cambio positivo y profundo en la vida de las personas. Por eso, la Fundación “la Caixa” creó en 2006 Incorpora, un programa de intermediación que trabaja para promover la igualdad de oportunidades y la no discriminación en el acceso al mercado laboral, y que se ha convertido en un referente internacional en responsabilidad social empresarial. Se trata de un planteamiento vivo, con capacidad de adaptarse en todo momento a las necesidades de las personas, de las empresas y de los territorios.

2.1 Marco de actuación del Programa Incorpora

El programa Incorpora se enmarca en tres principios básicos que refuerzan la importancia de la inclusión sociolaboral:

-  Los derechos humanos y el derecho al trabajo, basado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 23), que reconoce el trabajo como un derecho fundamental.
-  La Responsabilidad Social Empresarial (RSE) o la estrategia DEI, que promueve políticas y prácticas en las empresas basadas en la diversidad, la equidad y la inclusión a partir de la incorporación en las empresas de personas en situación de vulnerabilidad.
-  Las políticas de Inclusión social, que se alinean con estrategias nacionales

e internacionales de empleo inclusivo, como la Agenda 2030 y los ODS, especialmente el ODS 8 (Trabajo decente y crecimiento económico).

2.2 Personas destinatarias: Personas vulnerables ante el empleo

Se consideran personas vulnerables ante el empleo a aquellas que enfrentan dificultades significativas para acceder al mercado

laboral y desarrollar una actividad productiva por factores socioeconómicos, de salud, procedencia, discapacidad, origen cultural, edad, por falta de formación/acreditación, entre otros. Estas barreras pueden limitar sus oportunidades de conseguir un trabajo estable e inclusivo, afectando su integración social, su autonomía económica y personal y en consecuencia su inclusión en la sociedad.

El programa Incorpora atiende, pues, a personas que se enfrentan a múltiples barreras y factores de exclusión como, por ejemplo:

- **Personas en situación de pobreza o falta de recursos básicos:** Personas sin recursos económicos suficientes para cubrir sus necesidades básicas, que carecen de una red de apoyo y/o viven en un entorno familiar y/o social desestructurado, que dificulta su acceso a la formación y al empleo.
- **Personas con discapacidad:** Personas con discapacidad física, sensorial, intelectual o mental que requieren adaptaciones y apoyo en el proceso de inserción laboral.
- **Personas mayores de 45 años desempleados:** Se trata de personas que sufren discriminación por edad y dificultades para reinserirse en el ámbito laboral.
- Jóvenes procedentes del sistema de protección de menores, que tienen baja formación, baja cualificación y sin experiencia laboral, lo que reduce sus oportunidades de inserción en el mercado de trabajo.
- Mujeres en situación de vulnerabilidad, que incluyen víctimas de violencia de género, familias monoparentales o con responsabilidades familiares no compartidas, que dificultan la conciliación laboral.
- **Personas privadas de libertad o exreclusas:** Personas que buscan reincorporarse a la sociedad tras haber cumplido una pena en un centro penitenciario.
- Personas migrantes, que enfrentan prejuicios por razones étnico-culturales, barreras idiomáticas, falta de convalidación de sus estudios, etc que dificultan su acceso al empleo.
- **Personas con problemas de salud mental:** Personas que, debido a que tienen un trastorno mental, encuentran obstáculos adicionales para su inserción en el ámbito laboral.
- Personas que han pasado por un proceso de adicción, y que, a las barreras propias vinculadas con la salud, enfrentan barreras sociales y personales para acceder a un trabajo.

3. Agentes Implicados: Principales actores y roles que intervienen en el Programa Incorpora

3.1 Entidades Sociales

Las entidades sociales son el agente clave que permite llevar a cabo el Programa Incorpora. Se trata de entidades del tercer sector, con amplia trayectoria en materia de inserción laboral en cada uno de los territorios. Están altamente profesionalizadas, tienen una extensa experiencia y un importante bagaje en el acompañamiento de los perfiles que atienden desde el programa.

El personal técnico de inserción laboral ejerce su responsabilidad en el Programa desde dos funciones distintas:



Técnico de inserción laboral / Orientador laboral, que diseña y programa los itinerarios personalizados de inserción para el acompañamiento de las personas. Este acompañamiento cubre desde las primeras fases en las que la persona se encuentra en una situación de empleabilidad hasta que ya se ha insertado y tiene que adaptarse al puesto de trabajo.



Propector laboral, que tiene como objetivo prospectar, identificar y captar empresas, conocer sus perfiles profesionales y necesidades de contratación, y conseguir la derivación de las ofertas de empleo.

Actualmente, el programa colabora con más de 400 entidades sociales que trabajan en red con el tejido empresarial en España, que atienden más de 89.000 personas al año y se consiguen más de 39.000 inserciones. En el siguiente gráfico se muestran las principales magnitudes del programa Incorpora en España.

Gráfico 1: Distribución de las entidades sociales Incorpora en España y principales magnitudes. (Elaboración propia)

411	Entidades sociales
(9)	Entidades peronas con adicción)
1.182	Técnicos/as profesionales
89.131	Personas atendidas
25.376	Empresas visitadas
39.006	Ofertas gestionadas
15.028	Empresas contratantes
30.048	Inserciones



3.2 El caso de Projecte Home Catalunya

Desde 1995, Projecte Home Catalunya trabaja en el tratamiento, la prevención y la sensibilización sobre las adicciones, con el objetivo fundamental de demostrar que la rehabilitación es posible. Su misión consiste en promover la autonomía y la dignidad de las personas, mediante un trabajo colectivo orientado a la prevención y el tratamiento de las adicciones, así como a la reinserción social en Cataluña.

En esta línea, la Memoria 2024 de Projecte Home Catalunya subraya que trabajar en el ámbito de las adicciones supone “una lucha contra el miedo y contra el prejuicio”, y destaca que cada historia compartida y cada inserción laboral contribuyen a romper tabúes y a construir una sociedad más justa e inclusiva (Projecte Home Catalunya, 2025). Este estigma genera sentimientos de vergüenza, culpa y aislamiento, y constituye uno de los principales obstáculos para que las personas soliciten ayuda a tiempo, especialmente en el ámbito laboral, donde persiste la falsa percepción de que quienes han estado en tratamiento son menos competentes.

3.2.1 Perfil de las personas atendidas en Projecte Home Catalunya

Desde hace quince años, la combinación del consumo de cocaína y alcohol ha sido responsable de más del 80% de las demandas de ayuda registradas en Projecte Home Catalunya. Este dato evidencia un fenómeno de cronificación del consumo entre las personas que llegan a la entidad y pone de manifiesto la persistencia en el uso de sustancias consideradas clásicas, a pesar de la aparición de nuevas drogas.

En este sentido, el perfil general de las personas atendidas muestra una predominancia de problemas de adicción a la cocaína (44,8%) y al alcohol (40,0%), seguidos a mucha distancia por el consumo de cannabis (4,7%) y otras sustancias o conductas adictivas. El tiempo medio de consumo antes de iniciar tratamiento es de 20,3 años, una cifra que refuerza la

tesis de la cronificación y la dificultad de una intervención precoz en muchos casos.

El análisis del perfil de las personas usuarias revela también diferencias significativas según el género. La mayoría de las personas atendidas son hombres (85%) con una edad media de 43 años, un consumo mayoritario de cocaína y un alto grado de vulnerabilidad socioeconómica, ya que a menudo dependen de prestaciones sociales o se encuentran en situación de desempleo. En el caso de las mujeres, que representan el 15% del total de atenciones a nivel de Cataluña, la edad media se sitúa en los 45 años y el consumo mayoritario es de alcohol. También presentan un elevado grado de vulnerabilidad económica.

Gráfico 2: Perfil de las personas atendidas en Projecte Home Catalunya.
(Elaboración propia)

Hombre de media edad y con dependencia económica, el perfil tipo

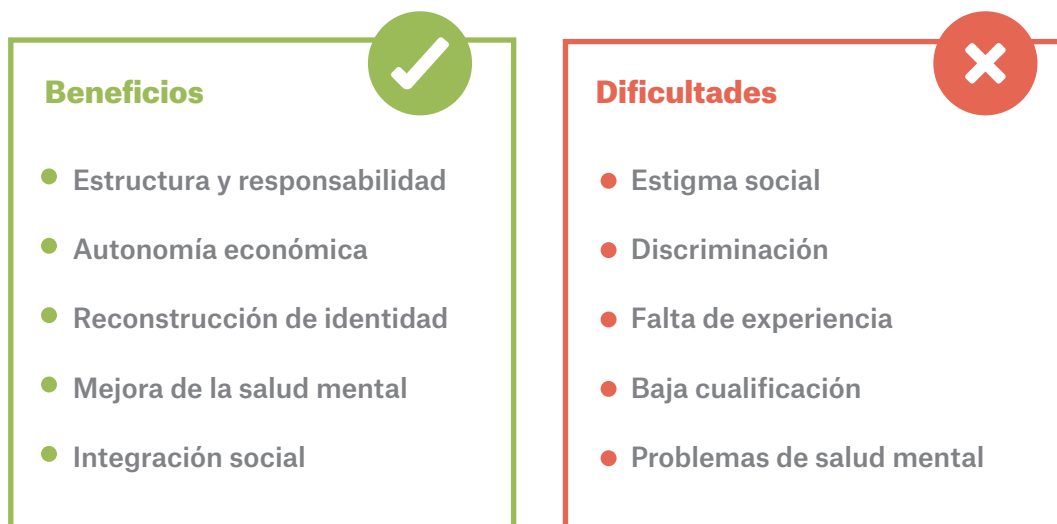
Datos de las personas en tratamiento de los centros de Projecte Home Catalunya

	Hombres 85%	Mujeres 15%
Edad	43 años	45 años
Consumo	Cocaína	Alcohol
Patología Dual	29,8%	50,8%

En cuanto a la presencia de patología dual, es decir, la coexistencia de trastornos por consumo de sustancias y trastornos mentales, esta afecta al 33,2% del total de personas atendidas, con una incidencia especialmente elevada en el caso de las mujeres (50,8%).

Las personas que han superado adicciones se enfrentan a múltiples barreras para reincorporarse al mercado laboral, entre ellas el estigma social, la discriminación por su historial, la falta de experiencia profesional reciente, la baja cualificación o la falta de formación específica, y, en muchos casos,

Gráfico 3: Beneficios y dificultades de la inserción laboral de las personas con adicciones.
(Elaboración propia)



problemas de salud mental asociados (patología dual). Además, las dificultades en las relaciones familiares y sociales, la exclusión social previa y la falta de referentes laborales estables dificultan aún más la inserción.

No obstante, la reinserción laboral es clave para aportar estructura, sentido de responsabilidad y autoestima, favorece la autonomía económica y personal, y es un factor protector frente a las recaídas. El trabajo contribuye a la reconstrucción de la identidad social y personal, mejora la salud mental y facilita la integración plena en la sociedad.

En respuesta a esta situación, Projecte Home Catalunya no solo acompaña a las personas con adicciones en el proceso de abandono de la sustancia, sino que también las dota de herramientas terapéuticas, emocionales y sociales que facilitan una reintegración con garantías, tanto para ellas como para sus familias. Resulta imprescindible que las empresas superen la visión de riesgo asociada a este perfil y comiencen a valorarlo como una oportunidad. Las personas que han pasado por este proceso son ejemplos de superación y compromiso, y pueden enriquecer cualquier equipo, contribuyendo a hacerlo más resiliente y consciente.

3.2.2 Projecte Home Catalunya en el Programa Incorpora

Projecte Home participa activamente en el Programa Incorpora con el objetivo de potenciar la integración sociolaboral de las personas con adicciones, favoreciendo así su reinserción social y la recuperación de su autonomía. La colaboración con este programa permite ofrecer un acompañamiento integral que no solo facilita el acceso al empleo, sino que también responde a las necesidades específicas de este colectivo, contribuyendo a superar las barreras que dificultan su inclusión en el mercado laboral. Al formar parte de la red Incorpora, Projecte Home Catalunya ha adoptado la metodología de trabajo que la Fundación “La Caixa” ha creado para este proyecto.

3.3 Empresas

La empresa inclusiva y diversa no solo se dedica a cumplir la legislación vigente en relación con el compromiso social o con su ideario de responsabilidad social corporativa, sino que tiene unas políticas de recursos humanos basadas en los valores de la inclusión, la igualdad de oportunidades y la no discriminación.

El programa Incorpora está abierto a cualquier empresa comprometida con estos valores de responsabilidad social. Así, el programa trabaja y da servicio tanto grandes empresas como a PYMES y negocios locales, en sectores como Hostelería, Comercio y retail, Logística y transporte, Industria y manufactura, Servicios y atención al cliente, Limpieza, Construcción, etc.

Al participar en el programa Incorpora, las empresas pueden obtener diversas ventajas, entre ellas:

- Selección de candidatos adecuados para la cobertura de sus vacantes
- Acompañamiento en todo el proceso de contratación e integración del trabajador, incluso en la post-contratación hasta asegurar la correcta adaptación al puesto de trabajo.
- Mejora de la responsabilidad social corporativa (RSC) y fortalecimiento de la imagen de la empresa y su compromiso con la inclusión social.
- Acceso a bonificaciones y beneficios fiscales: Dependiendo de la contratación, pueden acceder a incentivos fiscales y ayudas económicas.
- Impacto positivo en la comunidad: Contribución al desarrollo social y a la igualdad de oportunidades.

Los interlocutores en las grandes y medianas empresas para el programa Incorpora son aquellas personas o departamentos clave que facilitan la implementación del programa y la contratación de personas en situación de vulnerabilidad:

- ◆ Departamentos de Personas o de Recursos Humanos: se refiere a los responsables de los procesos de selección e incorporación de personal, que evalúan las necesidades de la empresa, coordinan la contratación de los candidatos de Incorpora y facilitan la adaptación de los nuevos empleados.

- ◆ Departamentos de Responsabilidad Social Empresarial (RSE) o de Políticas de Diversidad, Equidad e Inclusión (DEI), que tienen como objetivo crear entornos laborales más justos e inclusivos y garantizar que todas las personas que se incorporen a la empresa sean bienvenidas, respetadas y tengan igualdad de oportunidades, independientemente de su origen, género, edad, orientación sexual, habilidades u otras características personales.

En las pequeñas empresas, negocios o comercios, al carecer de departamentos de recursos humanos la interlocución la asume la propiedad o la gerencia de estas.

4. Metodología de intervención del Programa Incorpora

La metodología del Programa Incorpora se basa en dos ejes fundamentales para garantizar una inserción laboral efectiva: el acompañamiento a la persona y el acompañamiento a la empresa. Por un lado, brinda apoyo integral a personas vulnerables ante el empleo, ofreciéndoles orientación y acompañamiento para mejorar sus oportunidades de acceso al mercado laboral. Por otro lado, asesora y guía a las empresas en el proceso de gestión de sus ofertas laborales, facilitando la selección y la adaptación de los nuevos empleados y promover a su vez entornos laborales inclusivos. Gracias a este enfoque dual, Incorpora no solo impulsa la empleabilidad de personas en situación de vulnerabilidad, sino que también demuestra a las empresas que el desarrollo económico y el compromiso social deben ir de la mano.

4.1 Metodología de intervención con la persona

La metodología de trabajo del Programa Incorpora de la Fundación “la Caixa” es muy transversal. A partir del proyecto vital de cada persona, se consensua cómo mejorar

su empleabilidad con el apoyo del personal técnico de inserción laboral. Se pretende que, cuando la persona acceda a un empleo, supere la experiencia con éxito.

El modelo se centra en los aspectos positivos del desempeño, es decir, en lo que una persona es capaz de hacer. Surge como respuesta innovadora a aquellos modelos más basados en los déficits y las discapacidades. Pone en valor los recursos con los que cuenta un individuo para asumir progresivamente nuevos roles, adquirir habilidades y capacidades.

4.1.1 Proceso de Acogida y evaluación del Perfil de Competencias y de Empleabilidad

El primer paso de una persona en situación de vulnerabilidad cuando accedes al servicio Incorpora es la realización de una entrevista y una valoración integral por parte del personal técnico de la entidad.

Este proceso de acogida es fundamental para diseñar el itinerario personalizado de inserción y consta de las siguientes fases:

- a** Fase de Acogida: Establecimiento del primer contacto con la persona, para conocer su situación personal, recoger y analizar los datos curriculares, identificar las necesidades y las expectativas de la persona y valorar su objetivo profesional. Asimismo, a nivel procedimental la persona firma el consentimiento informado que asegura la confidencialidad y el compromiso del participante.
- b** Evaluación del perfil conocimientos y competencias, experiencia y empleabilidad, con el objetivo de conocer y analizar las habilidades, las competencias y las posibles barreras para la inserción laboral de la persona, con el fin de diseñar un itinerario personalizado.
- c** Elaboración del Itinerario de inserción personalizado, que incluye un plan adaptado a las necesidades, capacidades y objetivos de la persona, así como el

seguimiento continuado para evaluar los avances de la persona y ajustar su plan de inserción laboral si es necesario.

4.1.2 Apoyo en la intermediación laboral

El técnico Incorpora facilita el contacto entre las personas que acompaña y las empresas, buscando el ajuste del perfil de la persona y los requisitos de la oferta laboral.

Este proceso contempla la mediación entre la empresa y la persona candidata para garantizar un proceso de selección inclusivo. Asimismo, también incluye la coordinación con la empresa para la adaptación del puesto de trabajo si es necesario (especialmente en casos de discapacidad o dificultades específicas).

4.1.3 Inserción Laboral y Acompañamiento en el Puesto de Trabajo

El seguimiento y el apoyo post-contratación tiene como objetivo garantizar la correcta adaptación e integración de la persona al puesto de trabajo, e incide tanto en la persona contratada como en la empresa.

Esto se traduce en un seguimiento inicial durante los primeros días trabajo, el contacto regular con la persona trabajadora y la empresa en las siguientes semanas para detectar posibles dificultades y la intervención del técnico Incorpora en caso de problemas de adaptación o necesidades específicas de formación.

Este acompañamiento post-contratación es clave para consolidar el empleo y asegurar la estabilidad laboral de la persona.

4.2 Metodología de intervención con la empresa

Desde la perspectiva del acompañamiento a la empresa, los técnicos del Programa Incorpora llevan a cabo las siguientes acciones:

4.2.1 Diagnóstico del tejido empresarial y de los sectores de actividad

El diagnóstico del tejido empresarial del territorio es un elemento metodológico clave del trabajo con la empresa. Implica disponer de información actualizada de la zona, con especial atención a nuevas empresas, a puestos de trabajo disponibles, a tendencias en los diferentes sectores de actividad, para orientar mejor la prospección de empresas y, a la vez, la orientación a las personas atendidas

4.2.2 Prospección de empresas

Una vez realizado el diagnóstico del tejido empresarial del territorio, la prospección tiene como objetivo identificar empresas concretas de sectores que puedan tener vacantes adecuadas para los perfiles de los beneficiarios del programa y que puedan estar abiertas a la contratación inclusiva. La prospección se realiza en el marco de las empresas ordinarias, ya que por lo general la inserción laboral en las empresas protegidas (Centros Especiales de Empleo y Empresas de Inserción), no es el objetivo del Programa Incorpora.

En el primer contacto con las empresas, se presentan los objetivos del programa Incorpora a las áreas de recursos humanos, explicando los beneficios de la contratación de personas en riesgo de exclusión y cómo el programa les ofrece apoyo y un servicio en todo el proceso.

Desde Projecte Home Catalunya se trabaja en **sensibilizar a las empresas sobre la realidad de las personas con adicciones**, mostrando que la recuperación es posible y que la inserción laboral es un paso clave en su proceso. Se realiza acompañamiento tanto al candidato como a la empresa durante todo el proceso de selección, adaptando los perfiles a las necesidades reales del puesto y ofreciendo seguimiento posterior, tanto de la empresa como de la persona candidata, para asegurar una integración exitosa. La colaboración en red y la experiencia acumulada en el Programa Incorpora permiten generar confianza y romper prejuicios.

Por otra parte, es cierto que nos encontramos ciertas reticencias de algunas empresas cuando

escuchan “Proyecto Hombre”, sigue habiendo mucha estigmatización. Pero a medida que las empresas van comprobando de primera mano el éxito en el proceso, la inserción y la calidad de las personas insertadas, se va generando más confianza en el programa y en la entidad.

4.2.3 Intermediación laboral y procesos de selección

La intermediación es el proceso por el cual la entidad social Incorpora ayuda a vincular las personas atendidas por el programa con las ofertas que comparten las empresas e incluye la presentación de candidaturas adecuadas a los perfiles demandados y mediación entre la empresa y la persona candidata para garantizar un proceso de selección inclusivo. Esta fase incluye, en relación con los profesionales de la empresa que participan en el proceso de selección, sensibilizar sobre los beneficios de la diversidad en la empresa y la contratación inclusiva y el asesoramiento sobre medidas de apoyo y adaptaciones para facilitar la integración.

4.2.4 Seguimiento post-contratación

Por último, el acompañamiento post-inserción es clave para consolidar el empleo y promover la estabilidad laboral. Una vez se produce la inserción, se da un apoyo a la persona trabajadora y a la empresa. El técnico Incorpora realiza el seguimiento de la inserción con la persona de referencia designada por la empresa, para explorar de forma conjunta la adaptación y la evolución de la persona insertada, así como el aprendizaje y el buen desempeño de las tareas. El seguimiento de la adaptación del puesto se configura, por tanto y de forma explícita, como parte integrante del derecho fundamental a la no discriminación.

Este seguimiento después de la contratación permite también dar visibilidad, ante los compañeros y el supervisor/responsable de esta persona, al potencial y al talento que tiene la persona incorporada.

En definitiva, el éxito de una inserción laboral ofrece ventajas y beneficios por partida doble. Por un lado, para las personas empleadas

supone la posibilidad de un trabajo y significa una oportunidad de encarrilar su vida y pensar en el futuro. Por el otro, para la empresa significa aportar talento y valor humano a su plantilla, mejorar su imagen y desarrollar su responsabilidad social empresarial, además de los incentivos y bonificaciones fiscales que pueda comportar. El objetivo con las empresas es generar fidelización, para construir así una relación duradera y satisfactoria que vaya más allá de la gestión de una determinada oferta de trabajo.

Las empresas que participan valoran positivamente la colaboración, destacando el acompañamiento y la adaptación de los perfiles a sus necesidades. La confianza se construye a través del trabajo en red, la formación y el apoyo continuo, lo que permite a las empresas sentirse seguras y respaldadas en el proceso.

4.3 Trabajo en red y Gestión de alianzas

Dado que las personas que buscan empleo están vinculadas a un territorio concreto, la visión del Programa plantea un trabajo en red, desde el territorio, para el territorio y con el territorio.

El programa está presente en toda España a través de 20 grupos territoriales y cada uno tiene una Coordinación Territorial Incorpora que se pone al servicio de la red o grupo para lograr una estrategia común.

El funcionamiento colaborativo implica aplicar la metodología propia del programa y establecer una serie de acuerdos y procedimientos formales que definen cómo las diferentes entidades sociales trabajan conjuntamente para lograr unos objetivos compartidos. Esto requiere un esfuerzo de coordinación, pero también establecer relaciones de confianza entre profesionales de entidades distintas. Es un factor diferencial e innovador del Programa Incorpora.

Los objetivos compartidos invitan al esfuerzo conjunto y a la colaboración entre entidades; el hecho de conseguir resultados a partir del

esfuerzo compartido contribuye a generar confianza mutua y sentido de pertenencia al Programa Incorpora. Se fomenta, de este modo, la visión de equipo y se promueve la misión, la visión y los valores del Modelo Incorpora.

La realización de actividades conjuntas por parte de personal técnico de entidades diferentes de un mismo territorio facilita el trabajo colaborativo. La prospección conjunta de empresas, la gestión de ofertas compartidas, la realización de espacios de reflexión sobre buenas prácticas, la formación compartida, el diseño de planes de acción de empresas, etc. son algunas de las actuaciones que contribuyen al desarrollo de la identidad corporativa como entidades Incorpora.

4.3.1 La Coordinación de los Grupos Incorpora

Un profesional de una de las entidades del territorio ejerce como Coordinador territorial Incorpora, poniéndose al servicio del grupo territorial Incorpora. Tiene un papel fundamental para lograr una estrategia común en el territorio.

Los objetivos básicos del papel de la coordinación se centran en:

- a Ofrecer un servicio coordinado y homogéneo, con criterios de trabajo unificados, en todos los territorios donde Incorpora tenga presencia.
- b Asegurar el seguimiento de la prestación de los servicios por parte de las entidades sociales, para promover la calidad de la atención e impulsar acciones de mejora fruto de la reflexión conjunta.
- c Focalizar los esfuerzos de los responsables en aquellas tareas relevantes para la consecución de los objetivos del Programa Incorpora, potenciando las sinergias y el trabajo conjunto entre entidades.

La coordinación resulta clave para el funcionamiento del modelo de trabajo en red.

4.3.2 Plan de Trabajo de los Grupos territoriales

La coordinación de cada Grupo Incorpora lidera la elaboración del plan de trabajo anual, que establece unos objetivos compartidos por todas las entidades que forman parte. Para facilitar el logro de estos objetivos, cada entidad articula sus objetivos con los consensuados por el Grupo y, de este modo, se contribuye a lograr los objetivos anuales del Grupo Incorpora de su territorio.

Por ejemplo, algunos objetivos específicos que se pueden establecer a nivel del Grupo Incorpora del territorio para lograr colaborativamente pueden ser:

-  Realizar derivaciones de personas a acciones de formación que realicen las entidades del Programa Incorpora.
-  Promover la inserción de personas de otras entidades del Grupo en ofertas compartidas
-  Derivar personas a servicios de autoempleo de la red territorial
-  Orientar a empresas hacia el diseño o el desarrollo de formación que mejore la cualificación de su personal.
-  Localizar empresas para las prácticas no laborales vinculadas a la formación.

El trabajo colaborativo en red favorece, en definitiva, la eficiencia y la efectividad para dar respuesta a las necesidades de las empresas y de las personas del territorio. Además, facilita que los diferentes agentes que intervienen en un territorio —como las administraciones públicas, los servicios públicos, las universidades, las agrupaciones o gremios profesionales, las empresas, etcétera— se articulen alrededor de las personas más vulnerables. Es decir, se suman esfuerzos para construir territorios socialmente responsables que contribuyan a una sociedad más cohesionada y con más oportunidades para quienes más lo necesitan.

4.3.3 Plataforma tecnológica Incorpora

Una de las principales herramientas facilitadoras de este trabajo en red es la plataforma tecnológica del Programa Incorpora, que guía a nivel procedimental las actuaciones realizadas por parte de las entidades sociales de la red Incorpora con cada persona y con cada empresa.

La plataforma tecnológica Incorpora cumple múltiples funciones, entre ellas:

 **Gestión de usuarios y candidaturas:** Permite registrar, hacer seguimiento y actualizar los perfiles de las personas usuarias atendidas, así como las ofertas laborales disponibles y los procesos de selección en curso.

 **Coordinación inter-entidades:** Facilita el trabajo en red entre distintas entidades sociales del programa, facilitando a nivel operativo la derivación de personas candidatas, la complementariedad de servicios y el aprovechamiento de recursos.

 **Seguimiento y evaluación del impacto:** Proporciona datos sobre indicadores de actividad e inserción (número de personas atendidas, contrataciones, perfiles atendidos, calidad de los procesos, etc.), lo que permite evaluar la efectividad del programa en tiempo real.

 **Gestión documental y trazabilidad:** Centraliza la documentación relacionada con cada participante y con cada empresa, lo que asegura la trazabilidad del itinerario de inserción y el cumplimiento de requisitos legales y administrativos, así como de los estándares de calidad que tiene fijados el Programa.

 **Comunicación con el equipo de gestión del programa:** Sirve de canal de información y de comunicación entre la dirección y la coordinación del programa y los técnicos de las entidades. La plataforma tiene un entorno colaborativo, que hace las funciones de biblioteca y gestión documental de todas las guías y documentos relacionados con la metodología de intervención.

Disponer de una plataforma común, por lo tanto, es esencial porque facilita:

-  **Homogeneidad en la intervención:** Garantiza que todas las entidades trabajen con los mismos criterios, formatos y procedimientos, lo que mejora la calidad y coherencia del programa a nivel estatal.
-  **Trabajo en red real y efectivo:** La colaboración entre entidades (en un mismo grupo) se vuelve ágil y efectiva cuando todos usan la misma herramienta.
-  **Recogida y análisis de datos centralizado:** Una única plataforma permite consolidar datos de forma automática, fiable y estandarizada, facilitando la toma de decisiones basada en evidencias.
-  **Eficiencia operativa y ahorro de recursos:** Evita duplicidades, mejora la gestión del tiempo y optimiza recursos humanos y tecnológicos.
-  **Seguridad y cumplimiento legal:** Una única plataforma garantiza el cumplimiento del RGPD y otras normativas de protección de datos, mediante protocolos unificados de seguridad y acceso.

5. Líneas del Programa Incorpora

En el marco del programa Incorpora se han implementado unas líneas de intervención específicas para los grupos de personas con mayores dificultades de acceso al mercado laboral.

5.1 Línea Reincorpora

En colaboración con la administración, se ofrece a las personas privadas de libertad la oportunidad de rehacer su vida y abrirse camino hacia un futuro mejor por medio de un itinerario

personalizado de inserción sociolaboral. Este itinerario incluye acompañamiento, formación, servicio a la comunidad, orientación laboral, intermediación, apoyo en la contratación y seguimiento post-contratación.

5.2 Línea Salud Mental

Los estigmas, el miedo y el desconocimiento dificultan la inserción laboral de las personas con problemas de salud mental, uno de los grupos con mayor tasa de desempleo. A través de esta línea, los técnicos de Incorpora realizan un trabajo de asesoramiento y sensibilización en las empresas, poniendo el acento en las competencias profesionales y las habilidades de estas personas

5.3 Línea Incorpora Joven

Trabaja con jóvenes en situación de alta vulnerabilidad social y muy especialmente con aquellos que provienen del Sistema de Protección de Menores. Promueve el retorno educativo y la inserción laboral y contempla un acompañamiento con mentoría

Por otro lado, el programa tiene también dos líneas que aportan recursos para el desarrollo de competencias de los perfiles profesionales:

5.4 Línea Incorpora Autoempleo

Se ofrece atención y asesoramiento individualizado a las personas que se quieren integrar en el mercado laboral a través del autoempleo, ofreciendo un apoyo y una guía en la definición del plan de negocio, el análisis de las fuentes de financiación y el apoyo en la consolidación del plan de negocio.

5.5 Línea Incorpora Formación

El programa Incorpora diseña e imparte, en colaboración con las empresas, acciones para la formación técnica, entreno y la formación en habilidades y las competencias necesarias de los puestos de trabajo.

6. Resultados del Programa Incorpora

A lo largo de su trayectoria, el programa Incorpora ha demostrado un impacto significativo en la integración sociolaboral de personas en situación de vulnerabilidad. Los resultados que se muestran a continuación obtenidos en el 2024 permiten valorar el grado de cumplimiento de los objetivos del programa y su contribución a una sociedad más inclusiva.

Durante el 2024 en Projecte Home Catalunya, el servicio de inserción laboral atendió a 257 personas con adicciones, consiguiendo 119 inserciones laborales (69 en la provincia de Barcelona y 50 en Tarragona). En los últimos cinco años, es decir, desde 2020 hasta la fecha de hoy, se han insertado a más de 620 personas y, desde que se colabora con Incorpora, cientos de personas han logrado incorporarse al mercado laboral.

Gráfico 4: Distribución de las personas atendidas por el Programa Incorpora en el 2024 en España. (Elaboración propia)

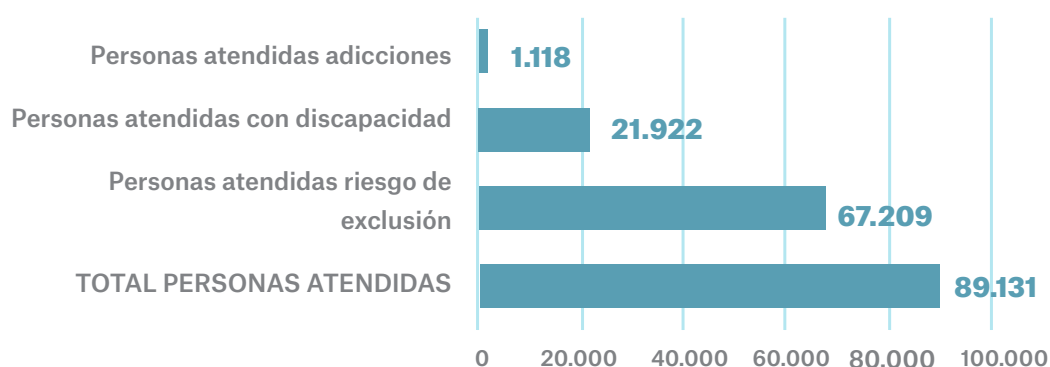


Gráfico 5: Inserciones conseguidas por el Programa Incorpora en España, en el 2024. (Elaboración propia)

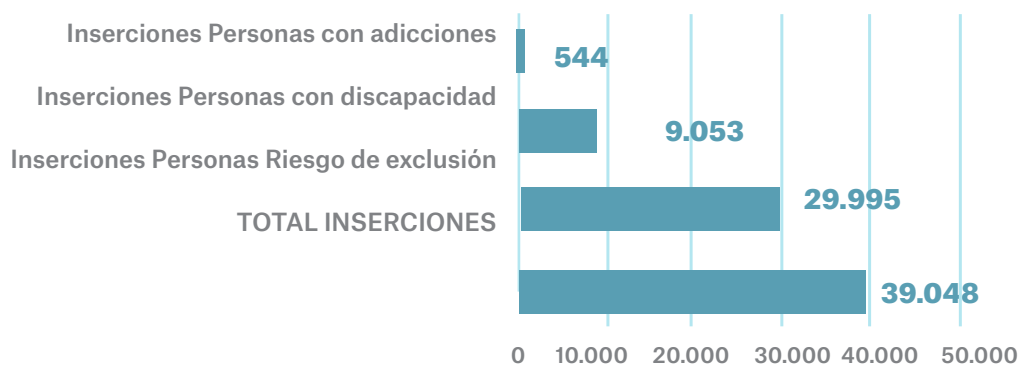
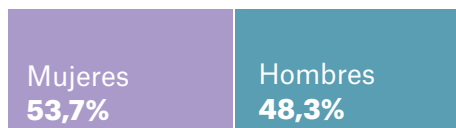


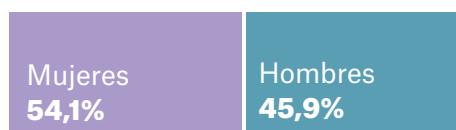
Gráfico 6: Porcentaje de inserciones conseguidas respecto a las personas atendidas, por el programa Incorpora en el 2024. (Elaboración propia)

INDICADORES INCORPORA (todos colectivos)

89.131 Personas atendidas



39.048 Inserciones



% inserciones respecto personas atendidas

43,8%

INDICADORES PERSONAS CON ADICCIONES

1.117 Personas atendidas (9 entidades)



544 Inserciones (353 empresas distintas)



% inserciones respecto personas atendidas

48,6%

Gráfico 7: Personas atendidas en el Programa Incorpora de Projecte Home Catalunya. (Elaboración propia)



**Personas
atendidas**

257

	Total	Hombres	Mujeres
Provincia de Barcelona	133	68,4%	31,6%
Provincia de Tarragona	124	54,8%	45,2%

**Inserciones
laborales
conseguidas**

119

	Total	Hombres	Mujeres
Provincia de Barcelona	69	66,7%	33,3%
Provincia de Tarragona	50	48,0%	52,0%

El seguimiento es continuo, con acompañamiento en la orientación, formación, realización de cápsulas formativas en el ámbito laboral, búsqueda de trabajo, selección y en la adaptación al puesto, para asegurar la estabilidad y el éxito de la inserción. Esto nos permite conocer a las personas de principio a fin y poder encontrar las ofertas más

adecuadas para cada una de las personas y viceversa, a las personas más adecuadas para cada oferta que nos llega. Además, se realiza un seguimiento a la contratación a los 6 meses y al año para conocer si la persona continúa trabajando en esa empresa, en otra o bien ya no trabaja, y así poder volver a incorporarla de nuevo.

7. Conclusiones

Programa Incorpora, un modelo de inclusión para una sociedad más justa y sostenible

El programa Incorpora trasciende el ámbito de la inserción laboral para convertirse en una herramienta transformadora que teje redes de colaboración entre personas, entidades sociales y empresas. Su enfoque integral y humanista —basado en el acompañamiento personalizado y el compromiso compartido— demuestra que es posible generar oportunidades reales donde antes había barreras. Al fomentar la inclusión sociolaboral de personas en situación de vulnerabilidad y al implicar activamente al tejido empresarial en la construcción de una economía más justa, Incorpora contribuye no solo a reducir desigualdades, sino también a cimentar una sociedad más cohesionada y resiliente.

La efectividad del programa es especialmente significativa en las personas que han pasado por procesos de adicción, donde el porcentaje de inserciones laborales (48,6%) supera incluso la media global del programa (43,8%). Esto demuestra que, con los medios y el apoyo adecuado, la reinserción es posible y real.

En este contexto, la participación de Projecte Home Catalunya resulta clave para potenciar la integración sociolaboral de personas con adicciones, un colectivo especialmente vulnerable que requiere un abordaje integral que combine recursos terapéuticos, emocionales y sociales. Más de una década de experiencia en reinserción sociolaboral, sumada a una colaboración activa con el Programa Incorpora, ha permitido superar barreras significativas, especialmente el estigma social, facilitando una reinserción laboral efectiva y duradera.

Este dato no solo evidencia la eficacia del acompañamiento y la formación adaptada a las necesidades de este colectivo, sino que también subraya la importancia de un modelo inclusivo y sostenible, que garantice la dignidad y autonomía de las personas con adicciones.

En un contexto global que exige sostenibilidad en todos los ámbitos —económico, social y ambiental—, programas como Incorpora nos recuerdan que la sostenibilidad empieza por las personas. Final del formulario

Referencias

Fundación “la Caixa”. (s.f.). Programa Incorpora. Recuperado septiembre 3, 2025, de <https://fundacionlacaixa.org/es/programa-incorpora>

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (s. f.). Agenda 2030. Conoce la Agenda. <https://www.dsca.gob.es/es/agenda-2030/conoce-la-agenda>

Projecte Home Catalunya. (s.f.). Projecte Home Catalunya. Recuperado septiembre 3, 2025, de <https://www.projectehome.cat/>

Projecte Home Catalunya (2025). *Rompiendo con el tabú. Memoria Anual 2024*. Projecte Home Catalunya. <https://www.projectehome.cat/es/memoria-anual-projecte-home/>

United Nations. (s. f.). La Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.



6

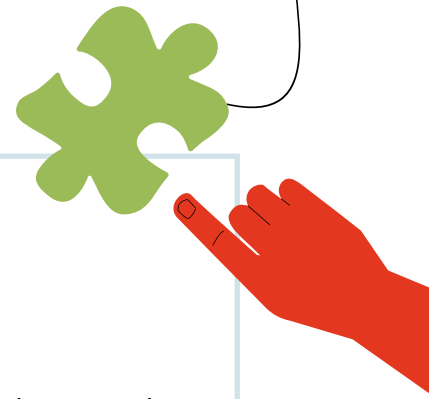
SERVICIOS DE APOYO ORIENTADOS A LA RECUPERACIÓN EN CHILE:

Fundamentos, experiencias y aprendizajes

Daniela Nieto Aravena y Francisca Oblitas
Valdés*

Servicio Nacional para la Prevención y
Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
SENDA, Chile.

*Autor de correspondencia:
aoblitas@senda.gob.cl



Resumen

El presente artículo examina la experiencia de Chile en el diseño e implementación de servicios de apoyo orientados a la recuperación para personas con trastornos por uso de sustancias. Estos dispositivos buscan consolidar los logros alcanzados en tratamiento, reducir el estigma social y ampliar las oportunidades de inclusión, en coherencia con compromisos internacionales como la UNGASS 2016, la Declaración Ministerial de 2019 y la Resolución 67/1 de la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas (2024).

Desde un enfoque de derechos humanos, género e interseccionalidad, se fundamenta la necesidad de acompañar a las personas con apoyos que trasciendan lo clínico y fortalezcan dimensiones sociolaborales, habitacionales, comunitarias y de participación. Se integra el marco teórico de la recuperación, según organismos internacionales (SAMHSA, UNODC, EMCDDA), con la experiencia nacional sistematizada en cuatro líneas impulsadas por SENDA: Orientación Sociolaboral (OSL), Vinculación con la oferta social, Viviendas de Apoyo a la Integración Social (VAIS) y programas de recuperación basada en pares (PER).

La experiencia chilena evidencia que la recuperación sostenible requiere políticas públicas basadas en derechos, resiliencia institucional y cooperación intersectorial e internacional. De este modo, se avanza hacia un modelo integral donde la recuperación es entendida no solo como un resultado individual, sino como un proceso colectivo que articula salud, inclusión social y justicia.

Palabras clave

Recuperación, adicciones, integración social, políticas públicas, SENDA, servicios de apoyo a la recuperación.

Introducción

El trastorno por uso de sustancias constituye un desafío complejo de salud pública, caracterizado por su naturaleza multifactorial, curso crónico y efectos transversales en la vida de las personas. Más allá de los impactos en la salud física y mental, estos trastornos generan consecuencias sociales significativas: estigmatización, pérdida de empleo, debilitamiento de vínculos familiares, exclusión habitacional y, con frecuencia, procesos de judicialización. Tales dinámicas configuran un entramado de exclusión social que refuerza la vulnerabilidad de quienes atraviesan experiencias de consumo problemático.

En América Latina, estas problemáticas se ven intensificadas por desigualdades estructurales persistentes, tales como la limitada cobertura de servicios de salud, la alta prevalencia de empleo informal, la violencia de género y la precariedad socioeconómica. En el caso chileno, a pesar de haberse consolidado un modelo de tratamiento con enfoque socio-sanitario, se mantenía el desafío crítico de garantizar la sostenibilidad de los logros terapéuticos y de reducir el riesgo de recaídas tras el egreso de los programas.

Frente a este escenario, la creación de **Servicios de Apoyo Orientados a la Recuperación** constituye una innovación estratégica en la respuesta pública. Estos dispositivos no solo buscan acompañar los procesos de integración social y fortalecer la autonomía de las personas, sino también transformar las condiciones estructurales que perpetúan la exclusión, promoviendo trayectorias de vida más estables y dignas.

El desarrollo de estos servicios se enmarca en compromisos internacionales que han ampliado la noción de recuperación como derecho humano y como responsabilidad compartida de los Estados. Documentos como la UNGASS 2016, la Declaración Ministerial de 2019 y, más recientemente, la Resolución 67/1 de la Comisión de Estupefacientes (2024), llaman a garantizar el acceso a servicios voluntarios, accesibles, sensibles al género,

a la edad y culturalmente pertinentes. Bajo esta orientación, la experiencia chilena no solo responde a necesidades nacionales, sino que se inscribe en un debate global sobre cómo construir sistemas integrales de apoyo a la recuperación, basados en evidencia y sostenidos en la cooperación internacional.

Marco teórico

La integración social en el contexto del consumo problemático de sustancias debe concebirse no como un simple retorno a una vida "normalizada", sino como un proceso dinámico de transformación sostenida que articula múltiples dimensiones de la persona y su entorno social. En este sentido, el modelo chileno de integración social despliega una concepción que descansa en dos ejes teóricos interrelacionados: por un lado, un enfoque relacional que entiende la inclusión como co-construcción, y por otro, un enfoque diferencial de derechos humanos que exige reconocer las desigualdades estructurales y las particularidades identitarias de las personas. Dentro de esta matriz teórica, la noción de recuperación actúa como puente que vincula el cambio individual con la sostenibilidad social del proceso, profundizando la noción de integración no como fin sino como horizonte en permanente construcción. (Sepúlveda et al., 2025)

Ahora bien, hablar de integración exige también comprender la noción de exclusión. Desde el marco conceptual del área de Integración Social, la exclusión se define como el impedimento de participar plenamente en la vida económica, social y ciudadana, o cuando los recursos personales, familiares y culturales resultan tan reducidos que impiden alcanzar un nivel de vida aceptable para la sociedad (Gallie & Paugam, 2003). Se trata de un fenómeno estructural, multidimensional y dinámico, que puede ser tanto causa como consecuencia del consumo problemático de sustancias. Por una parte, la exclusión genera condiciones de vulnerabilidad que favorecen el consumo; por otra, los efectos sociales y culturales del

consumo problemático pueden reforzar los procesos de marginación y estigmatización, cerrando círculos de exclusión. Así, la integración no puede entenderse solo como un acompañamiento individual, sino como un proceso político y social destinado a desmontar barreras estructurales y simbólicas que perpetúan la desigualdad.

El enfoque relacional implica que la integración no se resuelve por la mera adaptación del sujeto ni por su esfuerzo aislado, sino por la capacidad de los entornos —familia, redes sociales, comunidad, instituciones públicas y privadas— para transformarse junto con ese sujeto. Bajo esta perspectiva, las relaciones sociales no son un respaldo pasivo, sino elementos constitutivos del cambio: los vínculos permiten sostener motivaciones, articular apoyo mutuo y generar reconocimiento, confianza y capital social. Esto exige que las políticas y los dispositivos no se limiten a intervenir sobre las personas, sino que también se orienten a modificar estructuras institucionales, protocolos, estigmas y prácticas culturales que históricamente han excluido o fragmentado redes de apoyo. La bidireccionalidad en esta lógica es esencial: mientras la persona recorre una trayectoria de cambio, la comunidad y las instituciones deben asumir la corresponsabilidad de adaptarse para que el camino de integración no se quiebre.

A ese componente relacional se suma la dimensión diferencial de derechos humanos: reconocer que las trayectorias de consumo, recuperación e integración no transcurren en un “vacío social”, sino en contextos marcados por ejes múltiples de desigualdad —género, edad, etnia, orientación sexual, discapacidad, situación socioeconómica— que configuran condiciones de partida distintas. Este enfoque diferencial exige políticas sensibles al contexto, que reconozcan interseccionalidades y no traten a todas las personas como si atravesaran procesos homogéneos. Las barreras estructurales, simbólicas y culturales deben identificarse y desmontarse, para que los dispositivos de integración respondan no solo con acciones generales, sino con adaptaciones específicas según las

necesidades y vulnerabilidades de cada sujeto o grupo. En ese sentido, la integración deja de ser un objetivo uniforme y tiende a volverse un tejido plural en el que se reconocen las diferencias. (Sepúlveda et al., 2025).

La recuperación se inserta en este marco como el eje central que articula la transformación desde lo individual hacia lo social. Desde la perspectiva de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2012, la recuperación es “un proceso de cambio a través del cual los individuos mejoran su salud y bienestar, viven una vida autodirigida y luchan por alcanzar su máximo potencial”. No es un estado fijo ni un objetivo estático, sino una trayectoria en la que pueden ocurrir recaídas o retrocesos, lo que demanda resiliencia y un enfoque holístico. Asimismo, SAMHSA identifica cuatro dimensiones principales que estructuran el proceso de recuperación: salud, vivienda estable, propósito y comunidad. Junto con esa definición, SAMHSA promueve diez principios orientadores que deben permear tanto el diseño como la implementación de servicios —entre ellos, esperanza, autodirección, apoyo entre pares, enfoque holístico, cultura y responsabilidad social. Estos principios operan como criterios de coherencia para construir dispositivos integrados, centrados en las personas, capaces de acompañar trayectorias complejas con flexibilidad.

Dentro del marco chileno, esa visión de recuperación —no como retorno a un punto de origen sin huellas, sino como un camino sostenido de transformación— se ha incorporado precisamente en los discursos de integración social. En el documento “Marco conceptual sobre Integración Social (SENDA, 2015)” de SENDA, se plantea que la recuperación implica no solo logros puntuales (como abstinencia o reducción del consumo), sino su sostenibilidad en el tiempo, y la capacidad de mantener un estilo de vida transformado que incorpore el ejercicio ciudadano pleno. En esa línea, el concepto de “capital de recuperación” —entendido como conjunto de recursos internos y externos que potencian la capacidad para iniciar y sostener ese proceso— resulta central: ese

capital abarca dimensiones físicas, humanas y sociales (por ejemplo, salud, competencias personales, redes sociales, apoyo comunitario). Si el capital de recuperación es escaso o frágil, se debilita la sostenibilidad del cambio, y la integración social corre el riesgo de perderse ante eventos adversos.

La noción de sostenibilidad de los cambios cobra un sentido estratégico en el modelo de integración: no basta con intervenciones transitorias o proyectos de corto plazo; es imprescindible que los logros (mejoría en salud, reinserción laboral, fortalecimiento de redes) se mantengan frente a tensiones estructurales: estigma social, desempleo persistente, precariedad habitacional, discriminación institucional. Esa sostenibilidad exige prácticas institucionales resilientes, continuidad de apoyos y políticas que proyecten la trayectoria más allá del programa específico. En otras palabras, en el terreno de la integración social los cambios no se anudan sólo al sujeto, sino al tejido social, político e institucional que debe sostener dichos cambios.

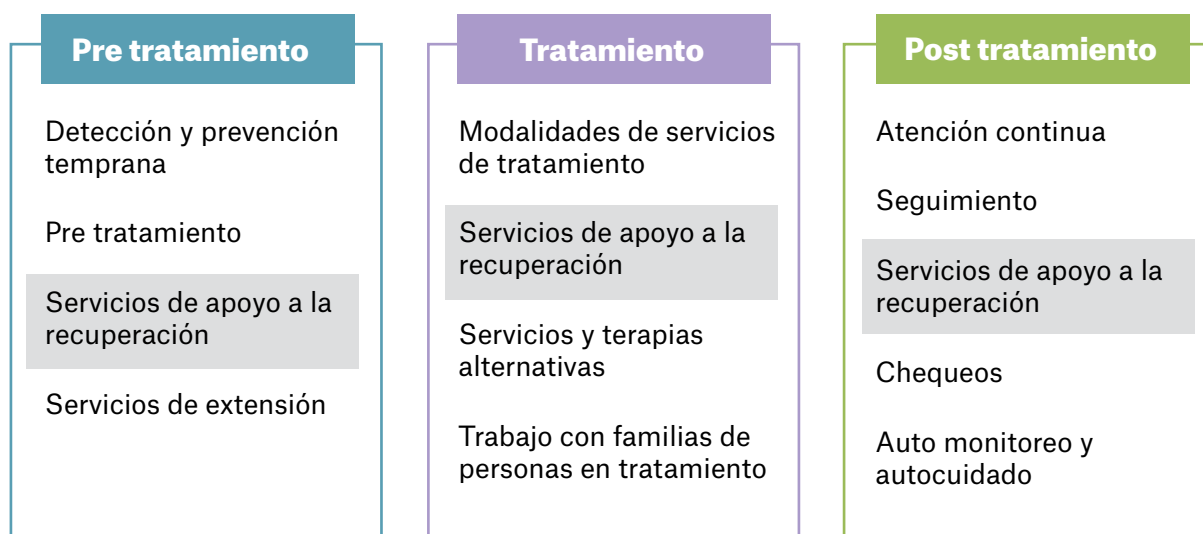
El modelo relacional, con su énfasis en la co-construcción y adaptación mutua, complementa esta visión de sostenibilidad: si la comunidad y las instituciones participan activamente en el proceso, el riesgo de rupturas o desvinculación disminuye. Los dispositivos de integración social deben pensar no solo en acompañar al sujeto, sino en fortalecer las capacidades comunitarias, institucionales y culturales de respuesta. La integración sostenible pasa por fomentar redes de apoyo locales robustas, generar espacios de participación ciudadana y promover cambios normativos y culturales que legitimen la inclusión como valor colectivo.

De ese modo, en el modelo chileno de integración social, la recuperación no es un elemento accesorio ni un subproceso clínico: es el eje articulador que permite construir un puente entre el enfoque relacional y el enfoque diferencial. La co-construcción relacional otorga densidad social al proceso de recuperación, mientras que la sensibilidad diferencial legitima la pluralidad de trayectorias. La sostenibilidad de los cambios depende de que esas relaciones y esas sensibilidades no se disuelvan con el tiempo, sino que se institucionalicen en redes, prácticas, normas y cultura social. En consecuencia, la integración social se convierte en un proceso en el que el sujeto, acompañado por su comunidad y en un contexto institucional transformado, recorre una trayectoria de recuperación que no termina en la abstinencia, sino que se proyecta hacia un horizonte de participación, dignidad y justicia social.

Estrategia implementada por SENDA

Ante el desafío de crear sistemas de atención diversos y en asociación a otros ámbitos que permitan abordar las consecuencias socio sanitarias en personas por consumo problemático de sustancias y propender a una mejor salud, bienestar y calidad de vida, SENDA ha avanzado en el diseño de servicios de apoyo a la recuperación en todo el continuo de su respuesta institucional, en el marco de una atención continua y complementaria, tal como se describe en la siguiente figura.

Figura 1: Continuo de Recuperación Impulsado por SENDA



Fuente: elaboración propia.

Estos servicios de apoyo transversales a la oferta de SENDA son impulsados por el área de Integración Social, a través de programas, estrategias e iniciativas que se complementan a las modalidades de servicios de tratamiento y de post tratamiento, entregando apoyos para mejorar las condiciones de inclusión social a través de Orientación Sociolaboral (OSL), Dispositivos de Viviendas de Apoyo a la Integración Social (VAIS), Vinculación con la oferta Social y Programa de Recuperación Basada en Pares.

Orientación Sociolaboral (OSL)

Dispositivos de orientación y acompañamiento Sociolaboral orientados a la mejora de condiciones de empleabilidad, oportunidades formativas y laborales en el territorio. Otorga acompañamiento técnico a las personas que se encuentran en tratamiento, y que necesitan realizar un proceso de formación para el empleo, incorporarse a un trabajo dependiente o independiente. Este proceso de orientación es personalizado, ya que permite trabajar a partir de las necesidades, intereses y motivaciones de la persona, buscando así la participación

activa a través del establecimiento de una ruta o itinerarios laborales que guiarán el proceso de orientación hacia las metas y objetivos que cada persona considere importantes.

El objetivo del programa es desarrollar y mejorar competencias personales, sociales y laborales en personas que se encuentran en procesos de recuperación por consumo problemático de sustancias, que faciliten su acceso y mantenimiento en un empleo o emprendimiento, a través de un proceso de orientación y acompañamiento Sociolaboral.

Está dirigido a personas adultas que se encuentran en programas de tratamiento en convenio con SENDA-MINSAL

Viviendas de Apoyo a la Integración Social (VAIS)

Provee una instancia habitacional transitoria, a personas que han finalizado su proceso de tratamiento y que carecen de un soporte familiar o de un espacio habitacional adecuado para sostener los procesos de cambio, a través del fortalecimiento de un conjunto

de habilidades personales, que permitan el logro de una vida independiente y autónoma, socialmente normalizada e integrada en su entorno familiar, laboral y social.

Las viviendas son espacios convivenciales, en donde las personas comparten instalaciones, actividades y responsabilidades de la vida diaria, con otras personas que se encuentran en el mismo proceso de inserción y autonomía, además de trabajar una serie de objetivos, los que son co-construidos con profesionales y técnicos de la VAIS.

El programa busca promover la autonomía y mejora de las condiciones de inclusión social de personas adultas de la red de recuperación del consumo problemático de drogas y alcohol, a través del desarrollo de habilidades y el mejoramiento de condiciones de habitabilidad.

Atiende a personas adultas egresadas por alta terapéutica de programas de tratamiento en convenio con SENDA-MINSAL

Vinculación con la oferta social

Esta estrategia de trabajo surge como respuesta ante la desvinculación de las personas con uso problemático de sustancias, con las ayudas sociales del Estado, lo que genera debilitamiento en las relaciones entre persona y Estado, y el ejercicio de ciudadanía, que permite dar sustentabilidad a la Recuperación.

Los profesionales de Integración social tienen como objetivo mediar entre las necesidades de integración social de personas adultas en tratamiento y la oferta de programas sociales, acercando la oferta y permitiendo la efectiva participación de personas adultas a los programas disponible en sus territorios.

La estrategia está dirigida a Personas adultas en programas de tratamiento de población general en convenio SENDA-MINSAL.

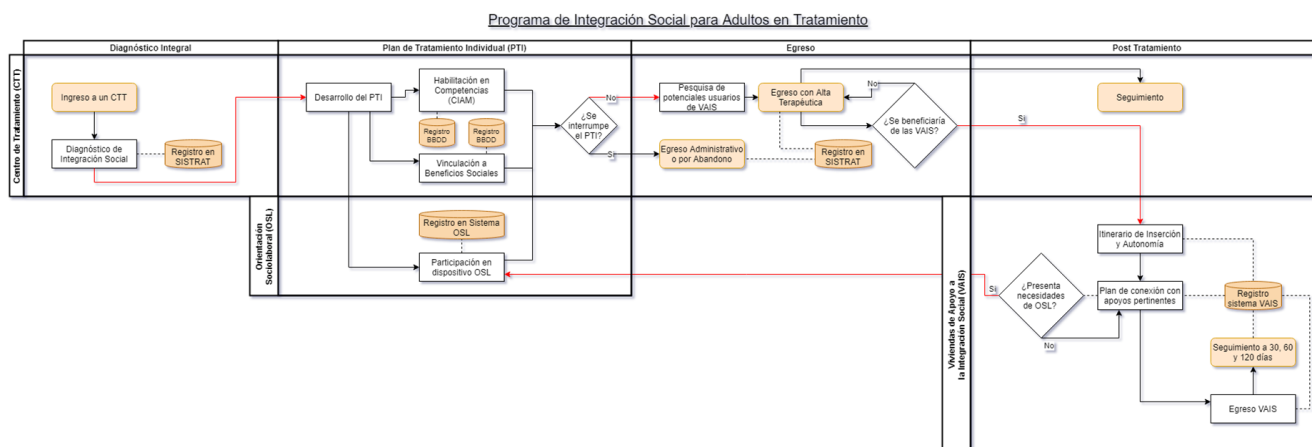
Programa Par Especialistas en Recuperación (PER)

El apoyo de pares a la recuperación se define como “el proceso de dar y recibir asistencia no profesional y no clínica para lograr la recuperación de largo plazo de los trastornos por uso de sustancias”. Este apoyo es proporcionado por personas que están “acreditadas por la experiencia” para ayudar a otras personas a iniciar la recuperación, mantenerse en ella, y aumentar la calidad de la vida personal y familiar en la recuperación de largo plazo. El apoyo de pares para la recuperación puede incluir actividades que involucran, educan y apoyan a las personas mientras realiza los cambios necesarios para recuperarse del trastorno por uso de sustancias. Debido a que este apoyo es proporcionado por pares que han tenido éxito en el proceso de recuperación, encarnan un poderoso mensaje de esperanza, así como una gran cantidad de conocimiento experiencial (SAMHSA, 2009)

El programa PER, está dirigido a personas egresadas (alta terapéutica, abandono y alta administrativa) de programas de tratamiento de población general en convenio SENDA MINSAL, que requieren de un soporte social para mejorar su bienestar.

La conjunción de programas y estrategias de Integración Social a la oferta de tratamiento configura un modelo de Servicios de Apoyo a la Recuperación en diferentes niveles y con diferentes énfasis, lo que pueden fortalecerse en una relación complementaria. En este modelo se integra a la sociedad civil, instituciones y oferta del Estado, personas en procesos avanzados de recuperación, servicios de salud, programas VAIS y OSL, en distintos momentos de las trayectorias de Recuperación de una persona.

Figura 2: Flujograma sistemas de apoyo a la Recuperación de SENDA



Conclusiones

La experiencia chilena en el diseño e implementación de servicios de apoyo orientados a la recuperación pone de manifiesto que la sostenibilidad de los procesos de cambio en personas con trastornos por uso de sustancias no depende únicamente de la provisión de tratamientos clínicos eficaces, sino de la capacidad de los sistemas sociales, institucionales y comunitarios de generar condiciones estables para la inclusión. Este aprendizaje es especialmente relevante en América Latina, donde los factores estructurales de desigualdad y vulnerabilidad profundizan los riesgos asociados al consumo problemático.

Uno de los principales aportes de la estrategia impulsada por SENDA radica en situar la recuperación como un proceso colectivo y relacional, antes que como un objetivo individual o estático. En coherencia con la literatura internacional (SAMHSA, EMCDDA, UNODC), la recuperación se concibe como una trayectoria dinámica, en la cual la persona en proceso de cambio transita por diferentes momentos de avance y retroceso. La innovación chilena consiste en haber articulado esta concepción con un enfoque relacional de integración social, que reconoce que las trayectorias de recuperación se sostienen

en la medida en que los entornos familiares, comunitarios e institucionales son capaces de transformarse junto a la persona. Este giro teórico-práctico desplaza la responsabilidad exclusiva desde el individuo hacia la corresponsabilidad social, visibilizando que la inclusión es una tarea compartida.

A la vez, el enfoque diferencial de derechos asegura que las intervenciones no se diseñen bajo la premisa de trayectorias homogéneas, sino que respondan a la diversidad de experiencias, identidades y desigualdades que atraviesan a las personas. En sociedades marcadas por brechas de género, desigualdad socioeconómica, discriminación étnica y estigmas asociados al consumo, la aplicación de este enfoque constituye una garantía de pertinencia y equidad. Así, la recuperación deja de ser un itinerario único y se transforma en un entramado plural de trayectorias, donde los apoyos se adaptan a las condiciones y vulnerabilidades específicas de cada persona o grupo.

Los programas desarrollados por SENDA — Orientación Sociolaboral (OSL), Viviendas de Apoyo a la Integración Social (VAIS), Vinculación con la Oferta Social y el Programa de Especialistas en Recuperación Basada en Pares (PER)— ilustran cómo estas perspectivas se traducen en dispositivos concretos. OSL fortalece el capital humano y laboral, potenciando la autonomía económica como un

factor protector frente a recaídas. VAIS ofrece un soporte habitacional transitorio que responde a una de las principales brechas estructurales para la reintegración. La vinculación con la oferta social actúa como puente entre ciudadanía y Estado, revirtiendo procesos históricos de desvinculación institucional. Finalmente, el PER aporta un valor singular al integrar el saber experiencial de personas en recuperación, quienes encarnan un mensaje de esperanza y legitimidad difícilmente alcanzable por dispositivos exclusivamente técnicos. La conjunción de estos servicios configura un modelo integral de apoyos, con potencial de replicabilidad y adaptación en otros países de la región.

En términos de política pública, la experiencia chilena evidencia un tránsito desde paradigmas centrados en la abstinencia como fin último

hacia una visión más compleja, donde lo central es la construcción de condiciones sostenibles de vida digna. Este cambio de paradigma se alinea con compromisos internacionales como la UNGASS 2016, la Declaración Ministerial de 2019 y la reciente Resolución 67/1 de la Comisión de Estupefacientes (2024), que exhortan a los Estados a ampliar el acceso a servicios voluntarios, sensibles al género y culturalmente pertinentes. Chile, a través de SENDA, aporta no solo evidencias programáticas, sino también un marco conceptual robusto que enriquece el debate global sobre cómo materializar la recuperación como derecho.

El análisis comparado permite observar que la sostenibilidad de los procesos de recuperación exige tres condiciones estratégicas:

- 1 Institucionalización y resiliencia: los apoyos no pueden depender exclusivamente de proyectos piloto o de la voluntad de actores locales, sino que deben estar asegurados mediante marcos normativos, financiamiento estable y políticas transversales. La resiliencia institucional implica que los dispositivos de apoyo logren mantenerse y adaptarse frente a cambios políticos, económicos o sociales.
- 2 Participación y capital social: la recuperación sostenible requiere que las comunidades no sean meros receptores de políticas, sino actores activos en la construcción de entornos inclusivos. Espacios de participación ciudadana, redes de apoyo local y vínculos horizontales entre usuarios, familias y organizaciones comunitarias son esenciales para consolidar trayectorias de integración.
- 3 Evaluación y aprendizaje continuo: es indispensable contar con metodologías de evaluación sensibles al contexto, que recojan no solo indicadores cuantitativos de egreso o abstinencia, sino también variables cualitativas relacionadas con calidad de vida, bienestar subjetivo, reducción del estigma y ejercicio de ciudadanía. La incorporación de la voz de las personas en recuperación en los procesos de evaluación resulta clave para legitimar y ajustar los dispositivos.

De cara al futuro, el desafío principal radica en consolidar la articulación intersectorial e internacional. A nivel nacional, es prioritario robustecer los vínculos entre salud, vivienda, trabajo, educación y justicia, de modo que los apoyos a la recuperación no se perciban como esfuerzos aislados, sino como parte de un

sistema integral de protección social. A nivel internacional, se vuelve urgente fortalecer la cooperación Sur-Sur y el intercambio de buenas prácticas, situando a América Latina como referente en la construcción de sistemas integrales de recuperación sensibles a las realidades del Sur global.

En este escenario, Chile puede ofrecer aprendizajes valiosos: la creación de dispositivos habitacionales como VAIS en contextos de déficit de vivienda, la implementación de programas basados en pares en entornos con alta estigmatización, y la consolidación de rutas sociolaborales en economías marcadas por la informalidad. Estos elementos constituyen aportes técnicos que, más allá del caso nacional, dialogan con desafíos comunes de la región.

Finalmente, la integración de los enfoques relacional y diferencial reafirma que la recuperación no debe ser entendida como la superación individual de un problema, sino como la expresión de un proyecto político y social de inclusión, equidad y dignidad. Este planteamiento interpela a los Estados a avanzar hacia sistemas de apoyo orientados

a la recuperación que sean sostenibles, institucionalizados y culturalmente pertinentes, capaces de transformar no solo las vidas de las personas, sino también las estructuras sociales que reproducen la exclusión.

En suma, la experiencia chilena demuestra que la recuperación sostenible no es una meta alcanzable únicamente desde la clínica ni desde lo individual. Es, sobre todo, un horizonte en construcción que exige voluntad política, marcos conceptuales sólidos, financiamiento estable, participación activa de la sociedad y un compromiso internacional compartido. La recuperación, concebida como derecho y como proceso colectivo, representa así un pilar esencial para avanzar hacia sociedades más inclusivas, equitativas y justas

Referencias

Betty Ford Institute (2007). (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute (2007). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 221-228.

Comisión de Estupefacientes (CND). (2024). Promoting recovery and related support services for people with drug use disorders (Resolución 67/1). Naciones Unidas.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2021). Recovery, reintegration and social support in drug treatment. Lisboa: EMCDDA.

Gallie, D., & Paugam, S. (2003). Social Precarity and Social Integration (Report for the European Commission, based on Eurobarometer 56.1). Office for Official Publications of the European Communities.

SAMHSA. (2012). SAMHSA's working definition of recovery: 10 guiding principles of recovery. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

SAMHSA. (2010). Recovery-oriented systems of care (ROSC): Resource guide. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Sepúlveda, M., Díaz, J., & Núñez, H. (2025). Enfoque relacional y diferencial de derechos para la integración social. SENDA.

SEDA. (2024). Datos administrativos de programas de integración social. Gobierno de Chile.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2008). Handbook on sustainable livelihoods for drug control. Viena: UNODC.



SELLO DE CALIDAD DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS:

Un compromiso de buenas prácticas

Jessica Bolaños¹, Jorge Olivares^{2*} y Selva Careaga³.

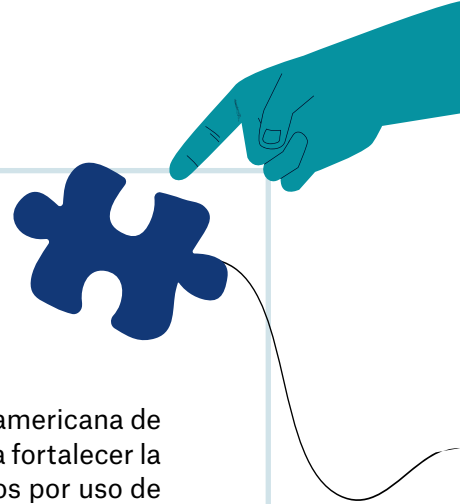
1 Federación Latinoamericana de Comunidades
Terapéuticas (FLACT), Costa Rica.

2 FLACT, Brasil.

3 FLACT, Chile.

*Autor de correspondencia:

jholivarescalderon@gmail.com



Resumen

El documento presenta el Sello de Calidad de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT), un instrumento diseñado para fortalecer la calidad de los servicios de tratamiento para personas con trastornos por uso de sustancias en América Latina. Basado en los informes de la UNODC y la OMS, se subraya la magnitud del problema de las drogas a nivel global y la necesidad de garantizar acceso a tratamientos efectivos, equitativos y centrados en la persona. Se destaca el papel de las Comunidades Terapéuticas (CT) como espacios de atención integral, que combinan dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en el proceso de recuperación, aunque también se reconoce que han enfrentado críticas por prácticas inadecuadas en algunos contextos.

El Sello de Calidad FLACT surge como una estrategia para profesionalizar y estandarizar la atención, alineándose con criterios internacionales promovidos por organismos como la UNODC, la CICAD y la WFTC. El proceso de construcción incluyó la identificación de 56 criterios organizados en cinco ámbitos de análisis, elaborados y validados mediante consultas con expertos, pilotajes en comunidades terapéuticas de varios países y revisión de guías internacionales. Estos criterios contemplan aspectos como gestión institucional, competencias del personal, condiciones de infraestructura, respeto de los derechos humanos, seguimiento y continuidad de la atención.

Se justifica la implementación del Sello a partir de beneficios como la detección de necesidades internas, la mejora en la capacitación, la transparencia institucional, la generación de evidencia sobre la efectividad de los programas y la creación de confianza ante autoridades, usuarios y familias. También se plantea como un distintivo que diferencia a los centros que cumplen estándares de aquellos informales que vulneran derechos. Finalmente, se enfatiza que el Sello FLACT constituye una herramienta para asegurar buenas prácticas, consolidar redes regionales y avanzar hacia un sistema de atención más justo y eficaz para personas afectadas por los trastornos por uso de sustancias.

Palabras Clave

Calidad en el tratamiento, criterios clave, adicción, trastornos por uso de sustancias (TUS), comunidad terapéutica, derechos humanos.

Introducción

De acuerdo con el último informe mundial sobre drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC, 2024), el número de personas que usan drogas en el mundo aumentó un 20 % en los últimos 10 años, lo que significa que 292 millones de personas han consumido alguna sustancia psicoactiva. También señala que el cannabis sigue siendo la droga más ampliamente consumida en todo el mundo (228 millones de consumidores), seguido por los opioides (60 millones de consumidores), las anfetaminas (30 millones de consumidores), la cocaína (23 millones de consumidores) y el éxtasis (20 millones de consumidores).

El mismo informe da cuenta que si bien alrededor de 64 millones de personas en el mundo sufren de trastornos por el uso de drogas, solo una de cada 11 recibe tratamiento. Las mujeres tienen menos acceso al tratamiento que los hombres, y solo una de cada 18 mujeres con trastornos por consumo de drogas recibe tratamiento en comparación con uno de cada siete hombres. Se reconoce que la respuesta ante este fenómeno debe ser integral, con acciones en el ámbito del control de la oferta y de la reducción de la demanda, y atender esta realidad es responsabilidad de los estados en conjunto con la sociedad civil.

Con relación a la reducción de la demanda, la necesidad de implementar programas preventivos para evitar el consumo de sustancias o retrasar la edad de inicio del consumo se reconoce como prioritaria. En cuanto al tratamiento para las personas que presentan trastornos por uso de sustancias, éste debe ser abordado como cualquier otro problema de salud brindando atención de calidad, segura, oportuna, accesible, asequible, eficiente, equitativa y centrada en las personas, sin estigmatizar su condición (OMS, 2019).

De acuerdo con las orientaciones internacionales la actual junta directiva de la FLACT, en un esfuerzo por fortalecer la organización y acompañar a sus miembros en los retos que enfrentan los servicios de

tratamiento, ha impulsado la elaboración de textos y guías de apoyo para los equipos técnicos que permiten avanzar hacia un plan de mejora continua de la calidad de las CT afiliadas. En esta oportunidad se destaca la “Guía de procedimientos, implementación y seguimiento de servicios terapéuticos en comunidades terapéuticas afiliadas a la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Sello de Calidad FLACT”. (FLACT, 2024).

Marco teórico

Existe consenso en que la recuperación de las personas que presentan trastornos por uso de sustancias, en tanto trastorno crónico, es un proceso largo que requiere ser atendido por una variedad de dispositivos psicosociales para responder a la complejidad del trastorno (bio, psico, social, espiritual) y así brindar un continuo de atención integral en la etapa postratamiento (White 2006; White y Kurtz, 2006). Por otro lado, cabe señalar que, desde hace más de una década, tanto en Estados Unidos como en el Reino Unido, el tratamiento de las personas que presentan un trastorno por uso de sustancias ha evolucionado hacia la visión de un tratamiento orientado hacia la recuperación de los usuarios (Groshkova y Best, 2011). White y Kurtz (2006) definen a la Recuperación del trastorno por uso de sustancias, como el proceso por medio del cual los problemas severos asociados al uso de alcohol y otras drogas son resueltos simultáneamente con el desarrollo de los diversos ámbitos de la vida de la persona.

Desde la sociedad civil, las Comunidades Terapéuticas (CT) y los servicios de atención residenciales para el tratamiento para personas con trastornos por uso de sustancias han estado presente desde hace décadas en América Latina y, como resultado del proceso de crecimiento y reconocimiento que tuvieron a fines de los años 80, surge la necesidad de agrupar a estos centros en una organización denominada Federación Latino Americana de Comunidades Terapéuticas (FLACT). En la

actualidad la FLACT está presente en 14 países y cuenta con alrededor de 550 miembros (CT afiliadas), lo que permite atender directamente un promedio de 13 mil personas por año.

En este contexto, “la Comunidad Terapéutica (CT) representa una posibilidad de atención integral para personas que sufren las consecuencias del consumo de sustancias; es una posibilidad dentro de un rango de otras alternativas de atención. Lo que distingue a la CT de las otras modalidades de tratamiento es que cuenta con un modelo de trabajo basado en una visión integral de las personas (biológico, psicológico, emocional-espiritual y social) donde la intervención se basa en los principios de respeto, participación, colaboración y ayuda mutua. Por esta razón algunos autores opinan que la CT es “una escuela de la vida”, “una nueva familia” o representa “una micro sociedad” y así, dejar las drogas se produce de manera natural asociada al cambio de vida que ocurre paulatinamente en un entorno protegido”. Olivares, J. presidente de la FLACT, 2022.

La Comunidad Terapéutica en tanto modelo de atención, es un método sensible, que se adapta a diferentes colectivos tales como población adulta, mujeres, adolescentes, jóvenes, incluso niños. La mirada que imprime es integral (Comas, 1988, 2010), el planteamiento del modelo es de educación en conductas resilientes, la mejora en la gestión de las emociones, fortalecimiento de la autoeficacia, autoestima y autoconcepto, entrenamiento en habilidades socioemocionales, estilos de afrontamiento al estrés; entre otras áreas de la estructura psicoemocional y de la personalidad, dañadas por la dependencia a sustancias; a la vez que toma en cuenta las fortalezas que toda persona posee más allá de la adicción. En suma, es un espacio micro social de convivencia, que brinda los elementos terapéuticos y educativos necesarios para que la persona, en interacción con el grupo, construya y lleve a la práctica su plan de vida; el fundamento, siendo reiterativos, es que la persona es agente y protagonista de su propio cambio (Mejía, 2021). Por otro lado, se debe mencionar que el modelo CT también ha sido objeto de

duras críticas a partir de casos documentados, que han sido expuestos a la opinión pública a nivel mundial, por las siguientes situaciones: vulneración de derechos de las personas, afectación de libertades, trato degradante, daño moral, maltrato físico y psicológico, así como exposición al peligro. Estos incidentes han tenido un impacto significativo en la percepción pública y la credibilidad de las CT. Esta percepción negativa ha sido difícil de revertir y ha afectado directamente a los centros que operan con profesionalismo y se ajustan a los estándares de calidad internacionalmente validados.

El modelo ha sido ampliamente adaptado para diferentes poblaciones y entornos, el prototipo residencial tradicional, a largo plazo, para adultos, es el que ha documentado la eficacia en la rehabilitación de individuos dependientes de sustancias (Abeijón, 2010). En términos generales, las revisiones sistemáticas sobre la eficacia de las CT son limitadas en número, y sus hallazgos no han convergido hacia una dirección o consenso uniforme. No obstante, existe una coincidencia en la importancia de seguir adelante con la investigación en este campo. En tanto las CT desarrollan una intervención compleja, los estudios no solo deben mejorar su rigurosidad metodológica, sino aclarar los criterios de medición sobre lo que significa la efectividad. En tal sentido, los resultados de las investigaciones deben aportar conocimiento sobre cuáles son los componentes realmente eficaces, para qué tipo de personas es útil y en qué contexto (Magor-Blatch et al., 2014).

En este contexto, la Federación Mundial de Comunidades hace público su rechazo a las situaciones de abuso denunciadas, destacando la importancia de la investigación como base para brindar tratamientos de calidad, eficaces, basados en la evidencia científica y reconociendo que, para la gestión de la mejora continua y el desarrollo de estándares de calidad, se debe optar por los principios que promueven los organismos internacionales que estimulan y fomentan el bienestar y la calidad de vida de las personas a nivel mundial (WFTC, 2016).

Considerando esta realidad, es que se viene incentivando como un elemento prioritario el cumplimiento de estándares de calidad en el tratamiento para el uso de sustancias en los diversos modelos que se ofrecen. Instituciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en materia de políticas de lucha contra la droga (COPOLAD), la Federación Europea de Asociaciones de Intervinientes en Toxicomanía (ERIT), y la FLACT, han producido documentos sobre la necesidad de determinar e instalar criterios mínimos y estándares de calidad en la atención y el tratamiento. Estos criterios se centran en el respeto a los derechos humanos, la gestión de calidad, el acceso a servicios y la continuidad de la atención, las competencias del personal profesional y la seguridad de las instalaciones. El propósito es facilitar procesos y sistemas de mejora continua, basados en la evidencia (CICAD, 2014; COPOLAD, 2014; Martin, 2000; ONU, 2012; WHO & UNODC, 2020).

Es importante reiterar que desde sus orígenes la FLACT se propuso como objetivos el capacitar, fomentar el conocimiento y desarrollar destrezas en las personas (monitores, operadores, personas rehabilitadas y personas con experiencia vivida) que atendían a los pacientes o personas en tratamiento. La responsabilidad de transformar y profesionalizar el trabajo de las comunidades terapéuticas y mejorar la calidad de la atención ha sido el gran desafío, sin embargo, aún es necesario seguir progresando.

Capacitar y formar a los equipos técnicos, mejorar los procesos de intervención y revisar/actualizar los protocolos de actuación disponibles en estos servicios, de manera de cumplir con los estándares internacionales de calidad que existen en la actualidad para los centros de tratamiento para personas con trastornos por uso de sustancias, son tareas que requieren un esfuerzo permanente y, en este proceso, la FLACT ha sido apoyada de manera permanente por la Comisión

Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

En consonancia con esto, la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC, Palma de Mallorca, España, 2016) y sus miembros asociados, acuerdan un conjunto de acciones y recomendaciones a implementar durante los 10 siguientes años, y la denominan “La Declaración de Mallorca” consensuada como una guía para las CT, con miras a la mejora continua en la calidad de los servicios. Estas recomendaciones se entienden como un esfuerzo por mejorar la calidad de la atención de los centros asociados y asegurar intervenciones que estén basadas en la evidencia científica. El primer punto que destacar es que “se reconoce a la CT como uno de los enfoques más efectivos para la rehabilitación y recuperación de las personas adictas y sus familias a escala mundial, e incide directamente en la lucha contra la estigmatización de la población adicta”. Además, destaca asuntos tales como: adaptar las intervenciones a las necesidades de la persona atendida y a su diversidad cultural, económica, social y religiosa; incorporar la perspectiva de género en el tratamiento; reforzar el seguimiento para la mejora de la reinserción social y reducir episodios de recaída; incorporar equipos interdisciplinarios que cuenten con capacitación y formación continua, entre otros.

Metodología: Sello de Calidad FLACT

Para el desarrollo y construcción del instrumento se realizaron los siguientes pasos:

- 1 definir cuáles de los criterios de calidad consensuados (Criterios Clave) son aplicables e ineludibles para las CT,
- 2 revisar las normas de calidad para Latinoamérica propuestos en el “Sello de Calidad FLACT” (Palacios, 2015).
- 3 hacer una síntesis entre ambos instrumentos concluyendo en una propuesta de Criterios de Calidad FLACT. El desafío de dicha síntesis era considerar la especificidad del modelo CT respetando los criterios consensuados e incluso examinar la posibilidad de establecer algunos nuevos criterios específicos para las CT. Para el desarrollo de esta etapa se contó con la colaboración del experto Ítalo García, consultor del UNODC, COPOLAD y Plan Colombo en materias vinculadas a validación y pilotaje de criterios de calidad y evidencia para programas de tratamiento de drogas, lo que nos permitió construir o actualizar criterios adecuados y pertinentes a lo que se está buscando.
- 4 someter los criterios de Calidad para el modelo CT, a revisión y validación por parte de un equipo de profesionales, expertos, directivos de Comunidades Terapéuticas de Costa Rica, Perú, Brasil y Paraguay.
- 5 construir el descriptor del criterio de manera simple y concreta para evitar los errores de interpretación y luego identificar verificadores para su cumplimiento.
- 6 solicitar la opinión y validación del Sr. Rodrigo Portilla y equipo de Plan Colombo, expertos en calidad
- 7 someter el instrumento a una prueba piloto lo que permitiría adecuar el lenguaje, ajustar los descriptores de los criterios y establecer los verificadores apropiados al contexto y realidad de las comunidades terapéuticas en América Latina. La prueba piloto se aplicó en dos comunidades terapéuticas de Colombia y dos comunidades terapéuticas de Chile.

Para la selección del país donde realizar el pilotaje se tomaron en consideración diversas variables tales como: voluntariedad de la Asociación de Comunidades Terapéuticas del país; voluntariedad de las comunidades para participar; que fuesen programas residenciales para adultos.

El pilotaje consideró las siguientes actividades:

- entrevistas al director(a); director(a) administrativo
- entrevista al equipo técnico
- revisión de fichas y documentos
- entrevista a personas que están en tratamiento (5 personas por centro, elegidas de forma aleatoria y que aceptan ser entrevistadas)
- revisión de las instalaciones del centro

Se puede señalar que el Sello de Calidad FLACT está alineado con los estándares internacionales respecto de los criterios para evaluar calidad en los servicios de tratamiento ya que se utilizaron como base los denominados “Criterios Clave de Calidad para servicios de tratamiento de trastornos por consumo de drogas” -Proyecto UNODC en Latino América y el Caribe- siguiendo la línea

de desarrollo de las “Normas internacionales para el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas” (UNODC/WHO, 2020) en América Latina 2020-2021.

En síntesis, para las comunidades terapéuticas en particular se han definido 56 criterios a observar. La siguiente tabla muestra el número de criterios por ámbito a evaluar.

Cuadro 1. Ámbitos y criterios de evaluación

Ámbito	Número	Cantidad
Gestión de la comunidad terapéutica	1-16	16
El tratamiento está centrado en las necesidades de la persona atendida	17-25	9
La CT identifica las necesidades del grupo y las satisface de manera inclusiva	26-30	5
La CT tiene buenas prácticas e implementa intervenciones basadas en la evidencia	31-46	16
El servicio promueve la salud , la seguridad y los derechos humanos de las personas atendidas	47-56	10
Total		56

Como se puede observar, el instrumento se estructuró en base a ámbitos o componentes que permiten agrupar los criterios o estándares de calidad y así facilitar su monitoreo, supervisión y definición de los procesos de mejora. En concordancia con los Criterios Clave (UNODC, OMS), se han propuesto 5 ámbitos de análisis y 56 criterios. Cada

criterio tiene su descriptor y sus verificadores respectivos.

En el siguiente cuadro se describen los ámbitos de análisis que se consideran esenciales y de los cuales derivan posteriormente los criterios a observar.

Cuadro 2. Descripción de los ámbitos

Ámbito	Descripción del ámbito
Gestión de la comunidad terapéutica	Este ámbito da cuenta de las capacidades que tiene la CT para responder a aspectos estructurales y de proceso, tales como si tiene un marco conceptual o enfoque del problema y su abordaje basado en la evidencia; define un plan de trabajo claro -con objetivos, sistemas de monitoreo, políticas y reglas de funcionamiento conocidas y apropiadas al tipo de servicio que ofrece-; y/o si cuenta con la acreditación y certificación correspondiente, lo que garantiza una infraestructura pertinente, financiamiento y gestión de los recursos suficiente para brindar una atención de calidad. Este ámbito hace referencia también a la capacidad que tiene el centro de contar con un equipo calificado, multiprofesional, habilitado para trabajar con la población con trastornos por consumo de sustancias, que se supervisa y apoya de manera regular para asegurar una atención y práctica de calidad basada en la evidencia, de manera de evitar el desgaste y fortalecer el trabajo en equipo.
El tratamiento está centrado en las necesidades de la persona atendida	Este ámbito da cuenta de aspectos del proceso de tratamiento integral, que permite observar si existe un plan de tratamiento individual que sea monitoreado y evaluado regularmente; si existe un proceso de diagnóstico integral, centrado en los recursos y competencias, más que en las debilidades; si el tratamiento es voluntario y el consentimiento informado forma parte de la carpeta de la persona atendida; si se trabaja en red, de manera de generar mayores oportunidades de atención a la persona atendida, y si el egreso es planificado y acompañado.
La CT identifica las necesidades del grupo y las satisface de manera inclusiva	Este ámbito permite observar si se cuenta con el equipo técnico suficiente y capacitado para atender de manera inclusiva a población diversa (por género, edad, cultura, diversidad sexual, creencia política o religiosa, entre otras) , si cuenta con los protocolos adecuados y si está claramente explicitado que la atención no discrimina ni estigmatiza.
La CT tiene buenas prácticas e implementa intervenciones basadas en la evidencia	Este ámbito da cuenta de las actividades que se realizan y los procesos que se llevan adelante con las personas atendidas. También permite monitorear su desarrollo en el programa. Tener un sistema de registro del paciente, desde su ingreso hasta el alta o su egreso, con los objetivos que se plantean en su plan de tratamiento individual, su evolución y cambios observados, es información clave, tanto para la persona atendida como para el programa por cuanto posibilita evaluar resultados y asegurar la atención apropiada para cada caso.
El servicio promueve la salud , la seguridad y los derechos humanos de las personas atendidas	En este ámbito se consideran los cuidados generales en el ámbito de la seguridad, la promoción de la salud y el bienestar, entendiendo que un programa que está estructurado en función de la calidad cumple criterios como: comida saludable, gestión de la atención en salud en general, promoción de actividades que facilitan la integración social, espacios seguros y limpios. Finalmente, si la persona atendida se siente a gusto, respetada y protegida en el centro, y sabe que puede manifestar sus quejas de manera confidencial, si lo requiriera.

Resultados esperados

Se proponen 10 razones que justifican el aplicar el Sello de Calidad FLACT:

- 1 Detectar, como equipo de trabajo, sus propias necesidades. Al analizar las dimensiones y cada uno de los criterios que se presentan se puede determinar si hay aspectos que habían dejado de observar en tanto ejecutores de un programa.
- 2 “Escuchar” las percepciones que tienen las personas atendidas sobre el servicio y el equipo. Atender los comentarios y sugerencias de los propios usuarios da cuenta de un equipo de trabajo abierto a la crítica, así como preocupado por las necesidades de la persona atendida.
- 3 Se reconoce que el fenómeno de las drogas – tipos y modalidad de consumo – es variable y se requiere cada vez mayor especialización. La capacitación y actualización permanente es uno de los aspectos claves en los tratamientos de calidad. Estrechamente relacionado con este aspecto es la importancia de cuidar el bienestar de los profesionales y técnicos que trabajan con una población altamente demandante.
- 4 Permite observar resultados con datos concretos. Al utilizar instrumentos validados, protocolos claros, mantener registros de lo realizado, facilita el demostrar los resultados del trabajo realizado y generar evidencia que el tratamiento en modalidad comunidad terapéutica sí sirve.
- 5 Contar con un documento escrito (Programa de Tratamiento) que explicita claramente los objetivos que se persiguen con el tratamiento propuesto, su duración, los contenidos, las actividades, los responsables de estas, entre otros aspectos, facilita su implementación y se enfrentan mejor los imprevistos. Permite ajustarlo cuando es necesario, se comenten menos errores, da seguridad al equipo técnico, el trabajo se hace más efectivo y eficiente.
- 6 Contar con un documento escrito (Manual Operativo) que explicita los valores, la visión que se tiene sobre el problema de las drogas, la misión que se ha planteado la comunidad como centro de tratamiento, la modalidad de abordaje que utiliza; que presenta al equipo profesional y técnico que tiene, explicita las formas de financiamiento, entre otros aspectos, facilita a la comunidad tomar decisiones informadas, transparenta el trabajo y genera confianza en los usuarios, sus familias y las autoridades.
- 7 Certificar que el centro esté en buenas condiciones y sea un lugar seguro y digno para brindar atención, beneficia al equipo de trabajo que puede desempeñar mejor sus funciones y garantiza el respeto de los derechos fundamentales.
- 8 Brindar tratamiento a personas con trastornos por uso de sustancias es una responsabilidad que requiere profesionalización con equipos altamente capacitados; no basta la buena voluntad.
- 9 Asegurar un tratamiento voluntario que respeta los derechos de las personas atendidas, reconociendo su diversidad étnica, cultural, política, religiosa, sexual.
- 10 Implementar buenas prácticas, basadas en la evidencia, en concordancia con los criterios de calidad de los servicios internacionales en estas materias no sólo asegura resultados positivos sino también se forma parte de una gran red global preocupada por la atención de personas desprotegidas, estigmatizadas y vulneradas.

Este instrumento puede utilizarse con diferentes objetivos, cuya finalidad última es generar condiciones para implementar planes de mejora continua de la calidad en cada una de las comunidades terapéuticas y asociaciones de los países miembros de la

FLACT y brindar un servicio que beneficie a un número importante de personas y sus familias que sufren por las consecuencias del uso de sustancias psicotrópicas. En síntesis, el Sello de Calidad FLACT, permite:

- 1 A los presidentes y directivos de las asociaciones de CT de los países mostrar a las autoridades correspondientes (salud, gobierno local, desarrollo comunitario) que la Federación y sus asociados están en consonancia con los organismos internacionales en cuanto a relevar la importancia de la calidad y el respeto a los derechos humanos en los programas de tratamiento (OMS, UNODC, COPOLAD, CICAD, WCTF, Proyecto Hombre).
- 2 A las Asociaciones nacionales utilizar esta guía como instrumento de análisis de la realidad de las comunidades de su país y promover la capacitación para motivar a los afiliados en adoptar estos criterios como un compromiso.
- 3 A las comunidades terapéuticas afiliadas, generar espacios de capacitación interna e intercambio de buenas prácticas tomando como base este Sello, e implementar posteriormente estrategias de desarrollo conjuntas. También pueden establecer criterios para generar datos, líneas base de información y posteriormente evidencia en base a resultados.
- 4 Tomar este Sello como instrumento de autoobservación y autoevaluación para implementar cambios, mejoras e implementar estrategias de desarrollo.
- 5 A la actual Junta Directiva de la FLACT, dar cuenta de la urgencia que tiene este tema en la agenda y su compromiso con demostrar que las Comunidades Terapéuticas bien lideradas, con programas de atención y equipos de calidad son un aporte importante en el continuo de atención para personas con trastornos por uso de sustancias.
- 6 A la FLACT liderar un proceso de acreditación a partir de un instrumento que se denomina SELLO DE CALIDAD FLACT. Aquella comunidad terapéutica que adopte las normas de calidad propuestas en este instrumento y cuente con este sello se distinguirá por la calidad, un equipo técnico fortalecido y su compromiso con el bienestar y respeto a los derechos humanos de las personas atendidas lo cual será reconocido internacionalmente.
- 7 Hacer distinción de los centros informales, que no cuentan con programas terapéuticos ni equipos idóneos; y donde se falta a los derechos humanos de las personas que buscan ayuda.

Conclusiones

Como se ha señalado anteriormente, las Comunidades Terapéuticas tienen el potencial de generar un impacto significativo en la vida de las personas que enfrentan trastornos por uso de sustancias (un antes y un después), así como en sus familias y comunidades, en tanto son un componente esencial y efectivo dentro de un sistema de atención integral de salud, que abarca desde la prevención hasta el tratamiento y la reintegración social, por lo que preocuparse y velar por la calidad del servicio es una responsabilidad ineludible.

Se reconoce que el enfoque y la metodología – de vida en comunidad como base de la recuperación – ya sea en modalidad residencial o ambulatoria, puede marcar una diferencia notable en la trayectoria de recuperación de las personas, siempre y cuando el programa esté bien gestionado, sus intervenciones estén basadas en la evidencia, sus equipos reciban capacitación y actualización permanente, se respeten los derechos humanos de las personas atendidas y se trabaje articulada y coordinadamente con otros prestadores de servicios sociales y de salud. (“Guía de procedimientos, implementación y seguimiento de servicios terapéuticos en comunidades terapéuticas afiliadas a la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, FLACT, Pág. 5, 2024)

El Sello de Calidad FLACT, como instrumento, tiene como objetivo validar y reconocer aquellas comunidades que implementan un programa de calidad, cuentan con equipos capacitados y tienen las certificaciones correspondientes en sus países de origen. También se busca acompañar a aquellas CT que, en tanto no cumplen con todos los criterios, requieren apoyo y asesorías o capacitaciones para mejorar su desempeño. En otro nivel, pero buscando los mismos objetivos, está el desafiar a aquellas CT que no cumplen con los criterios mínimos consensuados a mejorar sus prácticas de manera de ser incorporadas como socios activos de las asociaciones nacionales y por consiguiente a la FLACT. También el objetivo del Sello FLACT es validar a la propia federación como una entidad reguladora ante otros organismos nacionales e internacionales, proyectándola como una institución que está preocupada por el tratamiento basado en la evidencia científica, el cuidado de los equipos, la inclusión, el respeto a los derechos humanos y el bienestar general de las personas atendidas.

Así contar con el Sello FLACT implicaría un valor agregado en sí mismo para cualquier Comunidad Terapéutica de América Latina.

Referencias

- Abeijón, J. A. (2010). La Metodología de la Comunidad Terapéutica. En D. Comas Arnau "La Comunidad Terapéutica y la terapia Sistémica" (Ed.), (pp. 42-63). Fundación Atenea. En: <https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf>
- CICAD. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2014). Guía de Criterios Indispensables para la Apertura y el Funcionamiento de Centros de Tratamiento para Personas con Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas. En: <https://academiasenda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/06/CICAD-Criterios-Indispensables-para-Centros-de-Tratamiento.pdf>
- COPOLAD. Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (2014). Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para acreditación de los programas. Madrid. En: <https://fase2.copolad.eu/es/publicacion/45>
- Comas, D. (1988). El Tratamiento de la Drogodependencia y la Comunidad Terapéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/pndtratamientocctt.pdf>
- Comas, D. (2010). La Metodología de la Comunidad Terapéutica. Fundación Atenea Grupo Gid. Recuperado de <https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf>
- Groshkova, T. and Best, D. (2011) The Evolution of a UK Evidence Base for Substance Misuse Recovery. Journal of Groups in Addiction & Recovery, Vol. 6, 20-37 (DOI: 10.1080/1556035X.2011.571135)
- Magor-Blatch, L., Bhullar, N., Thomson, B., & Thorsteinsson, E. (2014). A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. Therapeutic Communities, 35(4), 168-184. <https://doi.org/10.1108/TC-07-2013-0024>
- Martin, J. (2000). Indicadores de Calidad en Comunidades Terapéuticas. Federación Europea de Asociaciones de Intervinientes en Toxicomanías.
- Mejía, Elvira. (2021). CICAD/FLACT Guía de Buenas Prácticas, para prestadores de servicios de tratamiento por consumo de drogas en el modelo de Comunidad Terapéutica. Documento en edición no publicado.
- OMS, 2019. Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal.
- ONU. Organización de las Naciones Unidas (2012). Declaración Conjunta: Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas. 1-3. Recuperado en: https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_statement-closure-compulsory-drug-detention-rehab-centers_es.pdf
- Palacios, J. (2015) Normas de Calidad para Latinoamérica. Documento FLACT (Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. Instrumento de calidad de atención a personas con problemas derivados del consumo de sustancias, que son atendidas en comunidades terapéuticas, Santiago.
- UNODC, 2024. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/languages/2412382S.pdf
- <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html>
- UNODC/WHO, 2020 "NORMAS INTERNACIONALES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR EL USO DE DROGAS" EN AMÉRICA LATINA 2020-2021.
- WFTC World Federation Therapeutic Communities. (2016). Declaración de Mallorca. En : https://www.proyectohombreastur.org/pdfs/Declaracion_de_Mallorca.pdf
- WHO, & UNODC. (2020). International standards for the treatment of drug use disorders. Recuperado de <https://doi.org/10.18356/0489b59b-en>

8

LOS AVANCES DEL TRATAMIENTO COMUNITARIO:

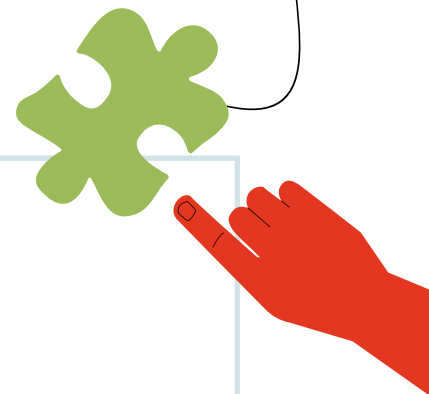
Desafíos y prácticas de implantación de políticas de abordaje territorial en relación con las drogas

Raquel Barros¹, Maysa Mazzon¹ y Mercedes Alonso^{2*}

1 RAISSS/ Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en materia de política de drogas COPOLAD III, Brasil

2 Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en materia de política de drogas COPOLAD III, Bélgica

*Autor de correspondencia:
mercedes.alonso@copolad.eu



Resumen

COPOLAD III ha trabajado con los países de América Latina y Caribe en el abordaje territorial de las vulnerabilidades asociadas a las drogas utilizando la metodología del Tratamiento Comunitario ECO2 con el propósito central de contribuir a la mejora de las políticas capaces de alcanzar a poblaciones en contextos de alta vulnerabilidad, caracterizadas por el limitado o nulo acceso a servicios estatales de atención y como principal estrategia con una aproximación integrada, que contempla dimensiones como la ocupación y trabajo, vivienda, asistencia básica, educación, rehabilitación y reducción de daños o cultura y ocio.

Entre 2023 y 2025 COPOLAD, a través de su asistencia técnica especializada, la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS), desarrolló e implementó con los países la metodología de trabajo para este abordaje territorial a partir del tratamiento comunitario, identificando buenas prácticas comunitarias para poblaciones vulnerables, visibilizando redes de actuación comunitaria no formales y desarrollando experiencias piloto.

La territorialización se afirma como una estrategia central para construir políticas inclusivas y adaptadas a las comunidades, al articular actores formales e informales y acercar las políticas públicas al territorio.

En este marco, los países desarrollaron cuatro modalidades de territorialización que muestran distintas formas de adaptar cada enfoque a las particularidades de los contextos nacionales y comunitarios. El proceso permitió consolidar una red de países comprometidos con la territorialización, fortaleciendo la cooperación regional y el intercambio de estrategias para la reducción de la demanda de drogas.

Palabras clave

Consumo de drogas, enfoque comunitario, territorialización, vulnerabilidad, redes, desarrollo local.

1. Introducción

El Programa COPOLAD (Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en materia de políticas de drogas) en su tercera edición incluye una línea de trabajo de apoyo a los países en el abordaje de vulnerabilidades de desarrollo relacionadas con el consumo de drogas en el territorio (COPOLAD III, 2023). Los puntos centrales de este trabajo son: el enfoque comunitario, el foco en la población extremadamente vulnerable, los procesos de territorialización, la seguridad comunitaria e inclusión social, las comunidades, las redes, la perspectiva de derechos humanos y el desarrollo local.

El enfoque comunitario en el ámbito de drogas facilita respuestas en, con, y desde los territorios, siendo el empoderamiento comunitario un elemento esencial para la sostenibilidad y el desarrollo integral (COPOLAD III, 2023, Guía de vulnerabilidades). Para hacer frente a este desafío se promovió la sensibilización y construcción conjunta de acciones y propuestas de territorialización, así como el acercamiento e integración en la construcción de políticas en los espacios de convivencia y relación comunitaria usando como base la metodología del Tratamiento Comunitario ECO2.

El proceso ha contado con la participación de 13 países: 6 de Caribe (Bahamas, Belice, Jamaica, República Dominicana, Surinam y Trinidad & Tobago) y 6 de América Latina (Brasil, Colombia, Perú, Chile, Costa Rica y Uruguay) y Portugal.

El propósito central fue contribuir a la mejora de las políticas capaces de alcanzar a poblaciones en contextos de alta vulnerabilidad, caracterizadas por el limitado o nulo acceso a servicios estatales de atención, ya sea por desconocimiento de su existencia o por desconfianza hacia las instituciones. Para ello, se buscó generar condiciones que permitieran la instalación de programas de apoyo y acompañamiento en el propio territorio, sustentados en las redes operativas locales y en estrategias de articulación que fortalecieran los vínculos comunitarios y la

integración interinstitucional. Este enfoque partió de la premisa de que la territorialización de las políticas requiere un conocimiento de las dinámicas locales y una metodología flexible que facilite la incorporación de actores formales e informales en la respuesta a las problemáticas vinculadas al consumo problemático de sustancias.

Entre los principales resultados previstos se encontraban: (i) la construcción de una propuesta de dispositivos de bajo umbral, capaces de ofrecer atención accesible y adaptada a las condiciones de las comunidades; (ii) el diseño de un modelo de intervención en contextos de alta vulnerabilidad, orientado a responder a las necesidades específicas de grupos hasta ahora no atendidos; (iii) la generación de estrategias de reducción de daños y gestión de riesgos, con énfasis en poblaciones expuestas a mayor exclusión social; (iv) la gestión de recursos necesarios para la implementación, el pilotaje y la eventual ampliación y replicabilidad de la oferta; y (v) la incorporación de la experiencia y el conocimiento de líderes comunitarios como insumo clave para el desarrollo de propuestas contextualizadas, con potencial de expansión a distintos contextos.

2. Marco teórico: revisión literatura actualizada

El abordaje de los consumos problemáticos requiere considerar tanto las vulnerabilidades sociales que inciden en el uso de sustancias, como la implementación de estrategias comunitarias y territoriales que fortalezcan los recursos disponibles en cada contexto (Amaro et al., 2021; Camarotti, 2015; Infocop, 2021; Moura & Silva, 2025; Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [Sedronar], 2019).

La territorialización se fundamenta en el principio de que las vulnerabilidades sociales, especialmente el uso de drogas, no son exclusivamente individuales, sino el

resultado de múltiples factores que afectan a comunidades enteras. De esta manera, la perspectiva tradicional, que restringía la asistencia a las personas usuarias de drogas al ámbito médico y psicológico, fue complementada por un enfoque más integral, que reconoce las diversas vulnerabilidades enfrentadas por todas las personas que conforman el territorio y busca ofrecer apoyo en múltiples ejes de actuación (Amaro, Sanchez, Bautista, & Cox, 2021; Camarotti, 2015; Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [Sedronar], 2019).

La territorialización se puede entender como el proceso de identificación y comprensión del territorio específico donde se inserta una comunidad, abarcando aspectos geográficos, sociales, culturales, económicos y políticos que definen dicho territorio. Implica mapear los recursos, las vulnerabilidades y las dinámicas relacionales presentes en el lugar (Di Méo, 1999; Haesbaert, 2011; Monken & Barcellos, 2005; Raffestin, 2011; Santos, 2000).

En este sentido, la comunidad se concibe como un sistema de redes que da forma y revitaliza un territorio (Castells, 2000). Este territorio puede ser un espacio geográfico, social o simbólico, donde las personas están conectadas por vínculos afectivos, culturales e históricos (Haesbaert, 2011), ya sea a través de redes formales -organizaciones e instituciones como escuelas, unidades de salud, ONG y servicios gubernamentales (Monken & Barcellos, 2005)-, informales -conexiones sociales y afectivas que surgen naturalmente dentro de la comunidad, sin una estructura institucional formal (Di Méo, 1999)-, o una combinación de ambas.

Se busca una transformación fundamental desde, en y con la comunidad. En este caso, lo que se busca no es constituir servicios, sino posicionar la acción como un dispositivo relacional que garantice a las comunidades y a las personas la restitución de derechos. El resultado esperado no es, por tanto, una serie de prestaciones que se desarrollan en forma específica o secuenciada por un protocolo especializado, como lo podrían imaginar desde dispositivos profesionalizados de

“arriba hacia abajo”; sino la construcción de capital social. Como señalan Dekker y Uslaner, el capital social está constituido por el valor de las redes sociales que, por un lado, vinculan entre sí a personas que comparten elementos comunes y, por el otro, construyen puentes y relaciones con personas más enfocadas en las diferencias, proponiendo como base de la relación una norma de reciprocidad (Dekker & Uslaner, 2001; Uslaner, 2001).

Esta perspectiva se articula con los aportes de Monken y Barcellos (2005), quienes destacan cómo el territorio se convierte en un recurso estratégico para la vigilancia en salud y para comprender los procesos sociales que lo configuran.

El Tratamiento Comunitario ECO2 se originó en América Latina en 1989, cuando un conjunto de organizaciones comenzó a desarrollar un abordaje comunitario en territorios de alta vulnerabilidad, siendo formalizado con esta denominación en 2001. ECO2 constituye una base teórica que orienta la reflexión metodológica y conceptual, integrando nociones como redes sociales, representaciones sociales, exclusión y sufrimiento social grave. A partir de este marco, el TC se consolidó como una metodología aplicada de investigación y formación en la acción, destinada al trabajo con personas, grupos, comunidades y redes en condiciones de umbral cero. Su desarrollo inicial se centró en el campo de las drogas -prevención, reducción de daños, tratamiento y reinserción social- con perspectiva comunitaria y de salud pública. Posteriormente, se amplió hacia problemáticas sociales más amplias, (Milanese, Merlo, & Laffay, 2001; Milanese et al., 2018; Da Lima, Barros da Silva, & al., 2020).

COPOLAD III en conjunto con la Red Americana de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS) ha utilizado la metodología del Tratamiento Comunitario ECO2 como la principal estrategia adoptada para la ampliación del enfoque de actuación, que antes estaba centrado en las personas usuarias de drogas, para abarcar a toda la población vulnerable del territorio. (COPOLAD III, 2024).

3. Metodología: participantes y fases

3.1 Identificación y selección de países

El proceso de territorialización de políticas tuvo como primer paso identificar los países que ya desarrollaban acciones en esta área con la población vulnerable o aquellos países interesados en la territorialización de sus políticas. Para ello, se conformó un Grupo de Trabajo (GT) con los países interesados. Se llevaron a cabo reuniones iniciales con el objetivo de comprender las buenas prácticas existentes en cada país y establecer directrices para la identificación y sistematización de estas iniciativas.

Participaron 16 países en el GT: De América Latina: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Perú, San Vicente y las Granadinas, San Cristóbal y Nieves, Uruguay, Venezuela; De Caribe: Bahamas, Barbados, República Dominicana, Surinam, Trinidad y Tobago; De la Unión Europea: Bulgaria, Grecia, Portugal.

Los criterios de selección para la participación en esta línea de trabajo y en los grupos técnicos se basaron en tres elementos fundamentales: el interés demostrado por los países en avanzar en procesos de territorialización, la motivación y disponibilidad de las entidades competentes para asumir compromisos, y la identificación previa de un territorio piloto donde implementar la experiencia.

3.2 Fases desarrolladas

3.2.1. Taller Multipaís

En 2023 se llevó a cabo en Fortaleza, Brasil, un Taller Multipaís que marcó el inicio de un proceso más amplio de trabajo. El encuentro tuvo como propósito incentivar el intercambio de experiencias entre los países, promover la reflexión conjunta y avanzar en la definición de objetivos para la elaboración de las Hojas de Ruta nacionales.

Durante el taller, las delegaciones realizaron visitas a comunidades de Moura Brasil, lo que permitió ampliar la visión más allá de las redes institucionales formales y reconocer la importancia de las redes sociales y comunitarias en el territorio. Como cierre significativo, se celebró una feria cultural con elementos representativos de cada país en un espacio de intercambio que consolidó el reconocimiento de la diversidad cultural como parte esencial de los procesos de territorialización.

3.2.2. Reuniones bilaterales

El proceso de territorialización avanzó con reuniones en las que se proporcionaron directrices para la realización de un mapeo territorial más profundo, lo que permitió, tanto la formulación de un diagnóstico detallado en cada localidad, como el acercamiento de los equipos técnicos a los territorios. Este mapeo⁸ posibilitó el levantamiento de recursos existentes y la identificación de las vulnerabilidades específicas de cada localidad, fundamentales para la formulación de estrategias eficaces en la implementación de políticas.

8 Como ejemplo, en el caso de Bahamas, el mapeo se realizó en dos comunidades: Ábaco y Fox Hill. En ambas se georreferenciaron los territorios, identificando recursos, vulnerabilidades y actores formales e informales. Documentos disponibles en: Abaco - https://drive.google.com/file/d/1oh71wdrWB-WXI-PnZ-ZORVm8qKfpY6p1o/view?usp=share_link. Fox Hills - https://drive.google.com/file/d/16ruoXOI5cQDdFEfrOKxQUZOqjFsapwb_/view?usp=share_link.

3.2.3. Fase formativa – Formación

Se elaboró la “[Guía de abordaje de las vulnerabilidades sociales ligadas a las drogas](#)”, documento que sistematiza 22 experiencias de América Latina, el Caribe y la Unión Europea y que busca respaldar la formulación e implementación de estrategias territoriales eficaces.

A finales de 2023 se inició la capacitación en el modelo ECO2, estructurada en diez módulos teóricos complementados con actividades prácticas que totalizaron 120 horas de formación en 10 semanas consecutivas. El curso tuvo como finalidad preparar a profesionales y actores locales en la implementación de programas de territorialización. . Tras el proceso formativo, cada país seleccionó un territorio y designó un/a asesor/a local, encargado/a de articular al gobierno con el territorio, acompañar la implementación y proveer insumos para la elaboración de un plan o guía adaptada a la realidad nacional.

3.2.4. Fase operativa – Mapeo e implementación

Con la etapa formativa concluida, la metodología avanzó hacia la consolidación de los proyectos piloto. Inicialmente se definieron indicadores, criterios y una hoja de ruta. Posteriormente, se trabajó en herramientas prácticas para la selección de territorios. Con los equipos nacionales conformados, se introdujo el uso del sistema Teia Social (<https://portal.teiasocial.net/>) como herramienta digital para la construcción de los pilotos. Finalmente, se acordaron compromisos por parte de los países para garantizar la continuidad y sostenibilidad del proceso.

3.2.5. Proyectos piloto

Se llevaron a cabo reuniones bilaterales con cada uno de los países participantes, orientadas a la planificación y el desarrollo de sus proyectos piloto de territorialización. Para

este fin, se puso a disposición un modelo de proyecto estandarizado que contemplaba, en primer lugar, información general como el objetivo, la duración prevista, el territorio y la comunidad de implementación, así como la identificación de la persona responsable en el ámbito gubernamental y del asesor/a local designado/a. Finalmente, se requería detallar los resultados esperados y las acciones prioritarias a ejecutar, constituyendo así una herramienta metodológica para asegurar coherencia, viabilidad y capacidad de evaluación en los proyectos piloto.

3.2.6. Asesor local

El/la Asesor local que acompañó cada uno de los procesos constituye una figura clave en la implementación de los proyectos piloto, ya que se trata de profesionales con experiencia de campo en políticas y prácticas dirigidas a comunidades vulnerables, y con conocimiento directo del territorio y de los actores involucrados. Para asumir este rol fue requisito haber completado con éxito el curso ECO2 (COPOLAD III).

Entre sus principales responsabilidades se encontraban: participar en el proceso formativo, utilizando instrumentos de recolección de información crítica y acompañando a los equipos locales en la implementación de los pilotos; describir el contexto territorial, sus vulnerabilidades, recursos y potencialidades; y documentar paso a paso el desarrollo de las prácticas comunitarias con población vulnerable. Asimismo, debía identificar y presentar innovaciones o aspectos diferenciales que puedan ser transferidos a otros territorios, y aportar evidencias del potencial de la comunidad en la que actúa.

En conjunto, los/as asesores locales desempeñaron un rol estratégico que combinaba proximidad territorial, rigor metodológico y capacidad de articulación institucional, convirtiéndose en un actor fundamental para la adaptación de la territorialización a la realidad concreta de cada país.

3.2.7. Cartas de compromiso

De los países de América Latina y Caribe invitados a participar en el proceso, en una primera fase, se recibieron 19 Hojas de Ruta procedentes de 17 países, (Bahamas y Brasil remitieron dos cada uno). Posteriormente, se recibieron 16 Cartas de Compromiso, de las cuales finalmente, COPOLAD suscribió 15 de ellas con Bahamas, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica, Perú, Surinam, Trinidad y Tobago y Uruguay. Este recorrido evidencia cómo, a partir de una invitación amplia, se fue consolidando un núcleo de países con compromisos formalizados, mientras otros quedaron en el camino por no enviar documentos o por no lograr la validación final.

3.2.8. Asesoría técnica local

La Asesoría técnica local se diferenció del rol del Asesor local. La Asesoría técnica local fue un apoyo especializado proporcionado directamente por COPOLAD III y RAISSS en aquellos países que no contaban con antecedentes significativos en trabajo comunitario o procesos de territorialización. El objetivo fue ofrecer un acompañamiento más intensivo en la fase inicial, garantizando la instalación metodológica del modelo y la construcción de capacidades básicas para sostener el proceso en el tiempo.

En todos los casos, la asesoría técnica local compartió un hilo conductor: formación en

el modelo ECO2, fortalecimiento de redes formales e informales y acompañamiento en la construcción de. Como ejemplos en Uruguay (Canelones) se priorizó la sensibilización y capacitación inicial de actores locales en el modelo ECO2, territorialización y trabajo en redes; en Belice y Jamaica el énfasis estuvo en la consolidación de equipos locales, mapeo territorial y diseño de estrategias comunitarias sostenibles, resultando en las Hojas de Rutas nacionales; en Bahamas la atención se centró en dos comunidades particularmente vulnerables (Ábaco y Fox Hill), con fuerte componente de formación práctica lo que resultó en mejor articulación interinstitucional; en Trinidad y Tobago, la asesoría técnica y formación impulsó la transición de programas tradicionales de prevención hacia procesos de territorialización, el mapeo puso énfasis en el trabajo en procesos de educación comunitaria, arteterapia y salud mental y avanzó con el compromiso asumido por NADAPP y el Consejo Nacional de Drogas.; mientras que en República Dominicana el proceso se enfocó en el proyecto *Alas de Transformación*, orientado al sistema penitenciario y la reintegración de mujeres privadas de libertad.

3.2.9. Pasantías y fortalecimiento de la Red

Se organizaron en 2024 una serie de pasantías internacionales a Brasil, Colombia y Portugal, que tuvieron como propósito ofrecer la posibilidad de conocer de manera directa las experiencias de referencia, así como reflexionar





colectivamente sobre temas prioritarios para la territorialización de políticas de drogas. Las temáticas abordadas fueron: comunidad, género e inclusión económica (Brasil, agosto 2024); dispositivos comunitarios (Colombia, diciembre 2024); y derechos humanos, sistema penitenciario y territorialización en entornos carcelarios (Portugal, octubre 2024). Cada pasantía incluyó micro procesos de formación sobre las estrategias de acción implementadas en los distintos contextos, favoreciendo el intercambio técnico-metodológico y la consolidación de aprendizajes aplicables a sus propios territorios.

3.2.10 Seguimiento y monitoreo

La verificación de avances se realiza a partir de la recolección sistemática de datos, que incluye la revisión de los check lists de indicadores diseñados para el proceso de territorialización, el análisis de informes de progreso y documentos estratégicos que detallan acciones y resultados, y la realización de entrevistas con actores clave -funcionarios gubernamentales, líderes comunitarios y representantes de la sociedad civil- que permiten recoger información cualitativa sobre el impacto de las iniciativas. En conjunto, este procedimiento asegura una evaluación integral, combinando evidencias cuantitativas y cualitativas, y proporciona insumos clave para la mejora continua de las políticas de territorialización.

4. Resultados alcanzados - hallazgos sistemáticos

La territorialización se afirma como una estrategia central para construir políticas inclusivas y adaptadas a las comunidades, al articular actores formales e informales y acercar las políticas públicas al territorio. El proceso permitió consolidar una red de países comprometidos con la territorialización, fortaleciendo la cooperación regional y el intercambio de estrategias para la reducción de la demanda de drogas.

En este marco, los países desarrollaron cuatro modalidades de territorialización que muestran distintas formas de adaptar cada enfoque a las particularidades de los contextos nacionales y comunitarios.

4.1. Territorialización a partir de dispositivos comunitarios: Construcción de redes de atención en las comunidades.

La primera, modalidad adoptada por Perú, Brasil, Uruguay, Chile y Colombia se basó en los dispositivos comunitarios, construyendo redes de atención en los propios barrios y comunidades del entorno. Son programas de territorialización donde la creación de

dispositivos de atención emerge como una actividad central, actuando como puntos de articulación entre las comunidades y las instituciones.

Los dispositivos de atención son estructuras dentro de la comunidad donde se desarrollan actividades en cogestión entre la comunidad, los equipos y las personas en seguimiento que buscan visibilizar y fortalecer las redes sociales existentes en las comunidades. Funcionan como catalizadores de acciones colectivas, promoviendo el diálogo y la interacción entre los actores comunitarios y las instituciones. Al establecer un canal de comunicación, estos dispositivos permiten que las demandas y necesidades de la comunidad sean escuchadas y atendidas de manera más eficaz.

La implementación de estos dispositivos no solo facilita la articulación entre diferentes actores sociales, sino que también destaca el protagonismo de la comunidad en el proceso de construcción de protección social. Al reconocer y valorar las competencias locales, los dispositivos comunitarios promueven el empoderamiento de los individuos, incentivando la participación activa en la construcción de soluciones para los desafíos enfrentados.

La visibilidad proporcionada por los dispositivos de atención es fundamental para la creación de una red de apoyo que fortalece la resiliencia de la comunidad. Además, la construcción de competencias colectivas, a través de capacitaciones y formaciones, potencia la capacidad de los individuos para organizarse y enfrentar situaciones adversas.

4.2 Territorialización a partir de la transición desde acciones de prevención a las acciones de territorialización.

La segunda surgió de la transición de acciones de prevención hacia acciones de territorialización, asumida por Trinidad y Tobago, Bahamas y Costa Rica, donde se

amplían programas preventivos ya existentes para transformarlos en intervenciones territoriales. La territorialización, en el contexto de la prevención de problemas sociales como el consumo de drogas, implica un enfoque que va más allá de la simple transmisión de contenidos o desarrollo de habilidades. Mientras que los programas de prevención tradicionales se centran en ofrecer información y desarrollar habilidades para evitar el uso de sustancias, la territorialización se enfoca en el fortalecimiento de las conexiones y redes dentro de la comunidad, valorando los recursos locales y promoviendo la participación activa de los habitantes.

Los programas de prevención suelen ser diseñados desde una perspectiva institucional, donde los expertos definen el contenido y las estrategias a seguir. Este enfoque puede limitar la efectividad de las intervenciones, ya que no siempre toma en cuenta las realidades y necesidades específicas de la comunidad. Por otro lado, la territorialización busca ampliar esta mirada institucional, reconociendo y valorando los recursos y capacidades existentes en el territorio.

El modelo de territorialización se centra en el fortalecimiento de las conexiones y redes sociales dentro de la comunidad. Al involucrar a los habitantes en la toma de decisiones y en la ejecución de actividades, se promueve un sentido de pertenencia y responsabilidad colectiva.

Este enfoque no solo contribuye a la prevención del consumo de drogas, sino que también fortalece el tejido social de la comunidad. Al valorar y utilizar los recursos locales, se generan oportunidades para el desarrollo de habilidades, la creación de vínculos y la promoción de una cultura de apoyo mutuo. Además, la participación activa de los miembros de la comunidad en la construcción de sus propias soluciones aumenta la efectividad y sostenibilidad de las intervenciones.

4.3 Territorialización a través de la formación con líderes y lideresas comunitarios.

La tercera modalidad se centró en la formación directa de líderes comunitarios, puesta en práctica en Jamaica y Belice, reconociendo su papel clave en la movilización local. La territorialización mediante la formación directa con líderes comunitarios es un enfoque estratégico que busca fortalecer las capacidades locales a través de un proceso de formación en acción. Este modelo se basa en la implementación de experiencias piloto que, tras ser evaluadas, pueden ser escaladas para beneficiar a un mayor número de comunidades. Este proceso se desarrolla en tres etapas fundamentales: (a) formación sobre la metodología, (b) entrada en la comunidad, y (c) mapeo comunitario.

Este proceso de territorialización se estructura en tres etapas. En primer lugar, la formación, que busca capacitar a líderes y lideresas comunitarios en enfoques participativos orientados al empoderamiento y a la generación de iniciativas locales inclusivas. En segundo lugar, la entrada en la comunidad para construir relaciones de confianza y comprender las dinámicas sociales, culturales y económicas del territorio. Finalmente, el mapeo comunitario, ejercicio de diagnóstico participativo para identificar recursos, capacidades y desafíos de la comunidad, fortaleciendo el sentido de pertenencia y garantizando la sostenibilidad de las acciones implementadas.

El proceso de territorialización se sustenta en cuatro principios fundamentales. En primer lugar, el empoderamiento local, que busca convertir a las personas en protagonistas de la identificación y solución de sus problemáticas, fortaleciendo la autonomía y la responsabilidad colectiva. En segundo lugar, el fortalecimiento de redes, entendido como la creación y consolidación de vínculos de apoyo entre actores comunitarios, esenciales para la resiliencia social y el intercambio de recursos y conocimientos. Un tercer principio es la sostenibilidad de las iniciativas, garantizada mediante la participación activa de líderes y

comunidades en el diagnóstico y en la gestión de recursos, lo que favorece la permanencia de las acciones a largo plazo. Finalmente, la adaptabilidad y flexibilidad, que permiten ajustar las estrategias a las necesidades cambiantes de los territorios y responder de manera efectiva a los desafíos y oportunidades que emergen en contextos locales dinámicos.

4.4 Territorialización a partir de la construcción de apoyo para personas privadas de libertad y egresadas del sistema penitenciario.

La cuarta modalidad se vinculó con el apoyo a personas privadas de libertad y a quienes egresan del sistema penitenciario, implementada en República Dominicana y Surinam, integrando la perspectiva de reinserción social al trabajo territorial.

En el marco de las políticas públicas dirigidas a personas privadas de libertad o egresadas del sistema penitenciario, la territorialización adquiere un papel central al favorecer la construcción de redes de apoyo que faciliten su inclusión social y económica. Este proceso requiere la articulación entre instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y actores comunitarios, con el fin de generar estrategias sostenibles que reduzcan la reincidencia y promuevan procesos de reintegración efectivos.

A estas experiencias se suma el caso de Portugal, donde el *Plano Operacional de Respostas Integradas* (PORI), coordinado por ICAD, representa una política nacional que articula actores y recursos para abordar los comportamientos adictivos y las dependencias desde un enfoque integral. El PORI financia y estructura intervenciones que combinan prevención, tratamiento, reinserción social y participación comunitaria, constituyendo un modelo de territorialización a escala nacional que promueve la autonomía de las comunidades y la sostenibilidad de las acciones.

Las redes de apoyo constituyen un componente vital de este enfoque. Por un lado, las redes no formales (familiares, vecinos y amistades) proporcionan un respaldo emocional y práctico que contribuye a la resiliencia y a la readaptación cotidiana. Por otro lado, las redes institucionales, programas estatales, ONGs y movimientos sociales- aportan recursos materiales, formación y oportunidades de inclusión social.

Asimismo, el fortalecimiento de estas redes exige atender a tres elementos centrales: la participación social; la comunicación, a través de canales efectivos que permitan intercambio de información y construcción de confianza; y la capacitación. Juntos, estos elementos refuerzan el sentido de pertenencia y responsabilidad, favoreciendo la sostenibilidad de las iniciativas y la adaptación a las particularidades de cada territorio.

4.5 Consolidación del proceso de territorialización

La consolidación del proceso de territorialización requiere avanzar en varias dimensiones complementarias. En primer lugar en la evaluación de planes y guías a nivel nacional, que garantice el compromiso institucional y un seguimiento sistemático de los resultados. A ello se suma la necesidad de formación y acompañamiento continuo, orientados al fortalecimiento de la red y a la actualización constante de capacidades. Un tercer componente es la inclusión de la perspectiva de género, indispensable para asegurar que los programas respondan de manera equitativa a las diferentes realidades de hombres y mujeres en los territorios. También resulta fundamental la validación de indicadores de territorialización, que permitan medir avances, identificar brechas y orientar la toma de decisiones. Finalmente, la sistematización de experiencias acumuladas constituye un insumo estratégico para la formulación de nuevas políticas públicas basadas en evidencia y en la replicabilidad de buenas prácticas.

5. Resultados alcanzados - mapeo de resultados

En el marco del Tratamiento Comunitario y del metamodelo ECO2, el diseño de políticas y pilotos de territorialización se estructura a partir de cuatro dimensiones interdependientes: comunidad, actores, recursos y vulnerabilidad.

La comunidad es concebida como un territorio vivo que combina espacios físicos y relaciones sociales, donde los habitantes no son receptores pasivos, sino protagonistas del proceso de cuidado. Los actores, tanto formales como informales, incluyen instituciones públicas, liderazgos comunitarios, familias, organizaciones y las propias personas en situación de consumo o vulnerabilidad. Los recursos, tangibles e intangibles, abarcan desde equipamientos y servicios hasta vínculos de confianza, redes de solidaridad y saberes culturales, que a menudo resultan más determinantes que los financieros para sostener los procesos comunitarios. Finalmente, la vulnerabilidad no se entiende como una condición individual, sino como un fenómeno social, histórico y contextual, vinculado a desigualdades estructurales, rupturas de vínculos comunitarios y experiencias de estigmatización.

En este sentido, tanto el TC subraya que toda vulnerabilidad conlleva también potencialidad, en la medida en que los territorios poseen capacidades, solidaridades y conocimientos que pueden activarse colectivamente para transformar condiciones de exclusión en procesos de resiliencia y organización social.

Este marco se concreta en la práctica a través del trabajo simultáneo con comunidad, actores, recursos y vulnerabilidades. Esta articulación teórica es coherente con el diseño implementado por los países participantes. Se identificaron 14 comunidades en 12 países, con más de 348 actores y alrededor de 123 recursos movilizados, junto a un primer registro de 74 condiciones de vulnerabilidad específicas en cada territorio.

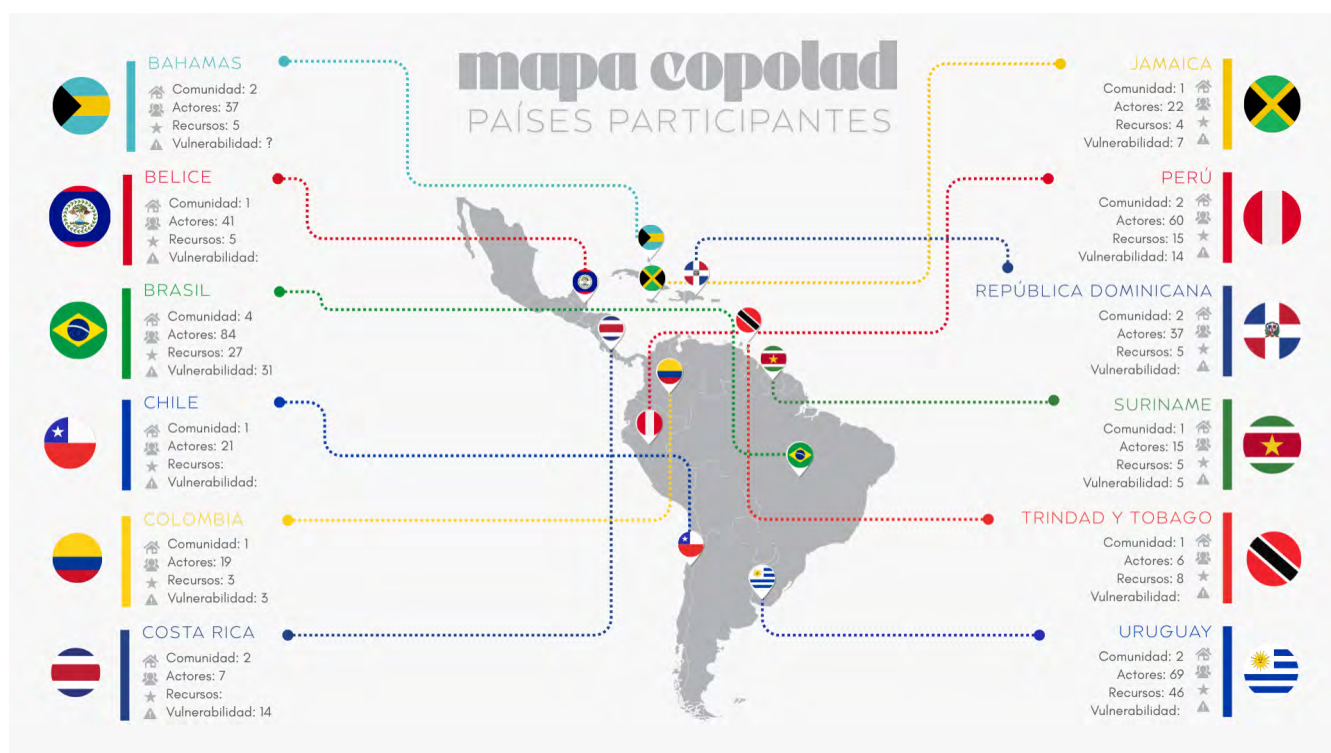
Cabe señalar que en el mapeo inicial algunos países no lograron identificar de manera sistemática los recursos y las condiciones de vulnerabilidad en sus territorios, lo que refleja tanto la heterogeneidad de las capacidades nacionales como la necesidad de fortalecer herramientas comunes de diagnóstico territorial. En el marco de este proceso se logró la formación de 195 personas en los distintos países (Gráfico).

Estos datos permiten comprender que la territorialización requiere tanto del reconocimiento de los riesgos y desigualdades que generan vulnerabilidad como de la activación de recursos y vínculos comunitarios que potencian la resiliencia.

Los países participantes elaboraron una serie de productos desde guías metodológicas

y sistematizaciones de experiencias hasta planes nacionales y propuestas temáticas específicas. Estos documentos constituyen un insumo clave para orientar la implementación de políticas sensibles al territorio y adaptadas a contextos de alta vulnerabilidad.

El conjunto de productos elaborados muestra una marcada orientación hacia guías metodológicas (Belize, Colombia, Costa Rica y Jamaica), lo que evidencia la prioridad de contar con instrumentos prácticos y transferibles para orientar procesos de territorialización en contextos diversos. En este grupo destaca Brasil, que elaboró una guía de alcance nacional, orientada a la actuación territorial con población en situación de vulnerabilidad, para ser diseminada en todo el país como modelo de referencia, lo que representa un nivel más alto de institucionalización.



Algunos países avanzaron en la formulación de planes y políticas nacionales (Bahamas, República Dominicana, Trinidad & Tobago y Surinam), lo cual refleja la intención de integrar la territorialización en marcos normativos de las políticas públicas. Otros optaron por la sistematización de experiencias locales (Chile y Perú), destacando la importancia de capitalizar aprendizajes situados para construir modelos replicables.

Finalmente, emergen propuestas temáticas específicas como la de Uruguay, centrada en mujeres y género diverso, que subrayan la necesidad de enfoques diferenciados en las políticas de drogas. Esta diversidad de productos revela la capacidad de los países de traducir los principios comunes de territorialización en respuestas adaptadas a sus realidades nacionales.

6. Conclusiones

Aportaciones y recomendaciones

Para un proceso de territorialización un primer eje necesario de actuación importante es la creación de espacios de diálogo, donde representantes de distintos países puedan intercambiar aprendizajes, desafíos y resultados, enriqueciendo el conocimiento colectivo y facilitando la adopción de mejores prácticas.

Un segundo eje es el desarrollo de capacidades de manera que se fortalezcan las habilidades de líderes y líderes comunitarios, representantes gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil. Este componente fomenta el intercambio entre países y la adaptación de estrategias a las particularidades locales, asegurando intervenciones más pertinentes y eficaces.

Finalmente, el seguimiento constituye un elemento central, al establecer sistemas de monitoreo que midan resultados e impacto, identifiquen áreas prioritarias de inversión y permitan realizar ajustes estratégicos en la implementación.

La validación de indicadores constituye un componente esencial para evaluar el avance y la efectividad de las políticas y programas de territorialización en los diferentes países. Esto no solo permite verificar los progresos alcanzados en la implementación de las propuestas nacionales, sino también comprender las dinámicas internas que condicionan sus resultados. Identificar los logros conseguidos, así como los desafíos pendientes, es fundamental para dar continuidad y sostenibilidad al proceso a nivel nacional.

El apoyo de COPOLAD III ha sido decisivo para acompañar los procesos de cambio en los países y generar transformaciones en torno a la territorialización de las políticas de drogas. Entre los principales cambios destacan, por un lado, el fortalecimiento de capacidades, a través de la capacitación de actores locales en metodologías de territorialización. Por otro lado, la articulación de redes, promovida mediante la colaboración interinstitucional y comunitaria, ha favorecido la creación de estructuras de apoyo que refuerzan la inclusión social y la cohesión comunitaria.

El proceso ha estado orientado a la recopilación y análisis de información relevante sobre las experiencias implementadas en cada país. El análisis de esta información ha permitido identificar buenas prácticas, reconociendo estrategias y enfoques más efectivos en la implementación de los programas, y extraer lecciones aprendidas, relacionadas con los desafíos enfrentados y las soluciones desarrolladas. Estos insumos constituyen una base fundamental para orientar la mejora de futuros proyectos y garantizar la sostenibilidad del enfoque de territorialización.

Referencias

- Ábaco. (2023). *Informe de mapeo comunitario en Ábaco*. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1oh71wdrWBWXI-PnZ-ZORVm8qKfpY6p1o/view?usp=share_link
- Amaro, H., Sanchez, M., Bautista, T., & Cox, R. (2021). Social vulnerabilities for substance use: Stressors, socially toxic environments, and discrimination and racism. *Neuropharmacology*, 188, 108518.
- Bourdieu, P. (1985). The social space and the genesis of groups. *Theory and Society*, 14(6), 723-744. <https://doi.org/10.1007/BF00174048>
- Camarotti, A. C., & Kornblit, A. L. (2015). *Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo*. *Salud Colectiva*, 11(2), 211-221.
- Castells, M. (2000). *La sociedad red*. Madrid: Alianza Editorial.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA). (2009). *Lineamientos hemisféricos de política sobre drogas*. Washington, DC: OEA.
- COPOLAD III. (2023). *Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en materia de políticas de drogas*. <https://copolad.eu/es/>
- COPOLAD III. (2023). *Guía de vulnerabilidades*. COPOLAD.
- Dekker, P., & Uslaner, E. M. (Eds.). (2001). *Social capital and participation in everyday life* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203451571>
- Di Méo, G. (1999). *Geografía social y territorialización*. Barcelona: Oikos-Tau.
- EMCDDA. (2023). *Drug consumption rooms: Technical report*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Fox Hill. (2023). *Informe de mapeo comunitario en Fox Hill*. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/16ruoXOI5cQDdFEfrOKxQUZOgJFsapwb_/view?usp=share_link
- Haesbaert, R. (2011). *El mito de la desterritorialización: Del "fin de los territorios" a la multiterritorialidad*. México: Siglo XXI Editores.
- Infocop. (2021). *[Título del documento / informe]*. Madrid: Consejo General de la Psicología de España.
- Milanese, E., Merlo R., Laffay, B. (2001) *Prevención y Cura de las Farmacodependencias. Una Propuesta Comunitaria*, México, Plaza y Valdés (pp. 435)
- Milanese, E., Silva (da), E. A., Santoro G., L., Nogueira dos S., R., Santana S., J. C., do Carmo C., R., da Silva S., B. R. (2018). Tratamiento Comunitario (TC). Uma Experiência de formação na ação. In A. R. Noto, D. Polverini L., E. A. Da Silva, E. Sátiro Opaleye, T. De Castro Amato, & A. (Nagamine Bonadio, Formação Profissional em Alcohol e Outras Drogas. Possibilidades, desafios da construção coletiva. (p. 139-156). Sao Paulo: NEPSIS, UNIFESP, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministerio da Justiça e Cidadania.
- Monken, M., & Barcellos, C. (2005). Vigilância em saúde e território utilizado: Possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 898-906. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>.
- Moura, D., & Silva, J. (2025). Gestão estratégica da inovação. *Revista Brasileira de Administração*, 20(3), 45-62. Okoroafor, P. I., Akinyemi, J. O., Salawu, M. M., & Fawole, O. I. (2025). Social capital, functional health status and quality of life among adults in rural Southwest Nigeria. *BMC Public Health*, 25, Article 1317. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-XXXXX>
- Raffestin, C. (2011). *Por una geografía del poder*. México: El Colegio de Michoacán.
- Santos, M. (2000). *La naturaleza del espacio: Técnica y tiempo, razón y emoción*. Barcelona: Ariel.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar). (2019). *Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos: Una experiencia de política pública*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2019_modelo_de_abordaje_integral_territorial_de_los_consumos_problematicos_una_experiencia_de_politica_publica.pdf
- Uslaner, E. M. (2001). *The moral foundations of trust*. Cambridge: Cambridge University Press.

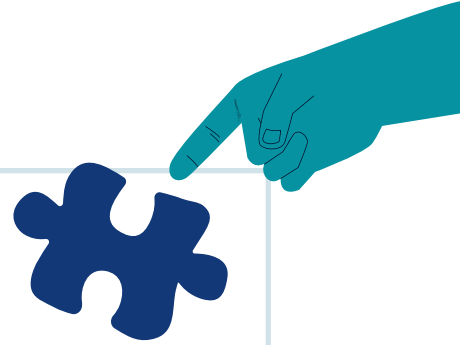


OBSERVATORIO PROYECTO HOMBRE:

Gestión del conocimiento para el diseño de programas efectivos de tratamiento e integración social

Jesús Mullor Román*, Fernando González Vale, Paula Quintana Reyes. Asociación Proyecto Hombre, España.

*Autor de correspondencia:
jmullor@projectehomebalears.org



Resumen

El presente artículo analiza de manera exhaustiva y actualizada el perfil epidemiológico y las características sociodemográficas, clínicas y contextuales de las personas con trastornos por uso de sustancias que iniciaron tratamiento en Proyecto Hombre en España durante 2024. Se busca identificar tendencias evolutivas y las diferencias significativas en función del género, con el fin de contribuir a la planificación de políticas sanitarias y sociales basadas en la evidencia y optimizar las estrategias de intervención. La muestra incluyó 4.507 personas adultas (861 mujeres y 3.646 hombres) que iniciaron tratamiento en alguno de los 28 centros de Proyecto Hombre distribuidos por España. La metodología consistió en un estudio descriptivo transversal multicéntrico, empleando como instrumento de recogida de datos la entrevista EuropASI, validada internacionalmente. Los resultados confirman tendencias observadas y revelan nuevas dinámicas: un progresivo envejecimiento de la población atendida, el predominio de la cocaína y el alcohol como principales sustancias motivo de demanda, y una elevada prevalencia de comorbilidad psiquiátrica, con especial incidencia de ansiedad y depresión. El análisis de género muestra una mayor vulnerabilidad en las mujeres que acceden a tratamiento, quienes reportan con mayor frecuencia antecedentes de abusos, ideación suicida, precariedad sociolaboral y cargas familiares no compartidas. Estos hallazgos refuerzan la importancia de incorporar un enfoque de género y trauma en el diseño e implementación de los programas terapéuticos. En conjunto, los resultados subrayan la necesidad de estrategias integradas de atención, sensibles al género y adaptadas al envejecimiento poblacional, así como de reforzar la coordinación entre salud mental, servicios sociales y programas de inserción laboral. El Observatorio Proyecto Hombre consolida así su papel como herramienta estratégica para la planificación de políticas basadas en evidencia, contribuyendo al conocimiento actualizado sobre la realidad de las adicciones en España.

Palabras clave

Trastornos por uso de sustancias (TUS); adicciones; género; comorbilidad psiquiátrica; Observatorio Proyecto Hombre.

1. Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos por uso de sustancias (TUS) asociados representan un grave y persistente problema de salud pública a nivel global (World Health Organization [WHO], 2023; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2023), con profundas e interconectadas implicaciones sanitarias, sociales, económicas y familiares. En España, al igual que en muchos otros países, la epidemiología de las adicciones ha experimentado cambios significativos (Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones, 2023), presentando constantemente nuevos retos y complejidades para los sistemas de salud, las estructuras de atención social y las políticas públicas. La comprensión detallada y actualizada del perfil de las personas afectadas, de sus patrones de consumo, de las comorbilidades asociadas y de su situación sociodemográfica es, por tanto, fundamental y de vital importancia para el diseño y la implementación de estrategias de prevención, tratamiento y reinserción que sean verdaderamente efectivas, adaptadas a las realidades actuales y basadas en la evidencia científica.

Este Observatorio, desde su creación y consolidación, se ha erigido como una herramienta fundamental y de referencia para la recolección sistemática de datos, el análisis riguroso y la generación de conocimiento profundo sobre la población atendida en sus diversos centros a lo largo del territorio nacional. Su misión primordial es monitorizar de forma continua las tendencias epidemiológicas de los TUS en España (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2023), evaluar la eficacia y el impacto de las intervenciones terapéuticas implementadas y, crucialmente, proporcionar información valiosa y robusta para la formulación de políticas de salud pública y social que estén basadas en la evidencia empírica. Este informe anual se inscribe firmemente en esa línea estratégica, ofreciendo una instantánea detallada y actualizada del perfil complejo de las personas que iniciaron tratamiento en Proyecto Hombre durante ese año.

El fenómeno de las adicciones es intrínsecamente dinámico y está influenciado por una intrincada red de factores, incluyendo cambios en la disponibilidad y accesibilidad de las sustancias, la aparición de nuevas drogas, la evolución de las tendencias culturales y socioeconómicas, y la constante adaptación y modificación de los marcos regulatorios y legales.

En los últimos años, se han observado varias tendencias preocupantes y consolidadas en la población que accede a tratamiento: un envejecimiento progresivo de la población atendida, un incremento preocupante en los patrones de policonsumo y una mayor visibilidad y reconocimiento de la comorbilidad psiquiátrica (EUDA, 2022) como un factor concurrente y agravante de los TUS. Asimismo, las diferencias de género en los patrones de consumo (Brime et al., 2022), en las problemáticas asociadas a las adicciones y en las barreras de acceso al tratamiento han ganado una relevancia innegable, evidenciando la necesidad imperante de desarrollar enfoques terapéuticos y preventivos que sean sensibles y adaptados a estas particularidades femeninas.

Este estudio permite obtener una visión robusta y fiable de la población que accede a tratamiento especializado en adicciones en España. La relevancia y el valor añadido de este informe radican en la actualidad y la estructura de los datos presentados, que permiten identificar no solo las características sociodemográficas y clínicas predominantes de la población en tratamiento, sino también las diferencias de género que, a menudo, han sido infravaloradas o poco investigadas en estudios previos sobre adicciones. Al proporcionar datos empíricos sólidos y desglosados sobre la edad media, las sustancias de inicio y de consumo problemático, los patrones de policonsumo, la prevalencia de trastornos mentales asociados, las experiencias traumáticas, la situación social y legal, y la situación laboral y económica, este informe busca contribuir de manera significativa al conocimiento científico sobre las adicciones en España.

Se espera que los hallazgos presentados sirvan como una base empírica sólida para la toma de decisiones informadas en el ámbito de la salud pública, la política social y la planificación de recursos, y que faciliten el desarrollo de programas de intervención más personalizados, equitativos y eficaces, orientados a mejorar la calidad de vida y los resultados terapéuticos de todas las personas afectadas por TUS, promoviendo su plena recuperación y reinserción social.

2. Metodología

El presente estudio adopta un diseño descriptivo transversal con una perspectiva multicéntrica, lo que permite analizar el perfil epidemiológico, clínico y social de las personas que inician tratamiento por TUS en Proyecto Hombre en 2024. La aplicación de una metodología rigurosa y estandarizada garantiza la validez interna y externa, así como la representatividad y comparabilidad de los hallazgos obtenidos.

2.1. Población y muestra

La población de estudio estuvo compuesta por mayores de 18 años que iniciaron tratamiento por TUS en cualquiera de los 28 centros de Proyecto Hombre distribuidos geográficamente por el territorio español en 2024. Estos centros, que abarcan una amplia representación de la diversidad sociocultural y geográfica del país, operan bajo un modelo de intervención terapéutica estandarizado y comparten un sistema de recogida de datos homogéneo, lo que facilita la consolidación y el análisis agregado de la información.

La muestra es de 4.507 personas, conformando una cohorte robusta para el análisis. De esta cifra, se identificó que 861 (19,1%) fueron mujeres y 3.646 (80,9%) fueron hombres. La participación en el estudio fue estrictamente voluntaria y anónima, y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes antes de proceder con la recopilación de datos, asegurando en todo momento la confidencialidad, el respeto a la

privacidad y el cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos personales. Este procedimiento ético mejora la fiabilidad y la validez de los datos auto reportados.

2.2. Instrumento de recogida de datos: EuropASI

La recolección de datos se realizó mediante la administración del European Addiction Severity Index (EuropASI), una versión adaptada, culturalmente validada y ampliamente utilizada en Europa del Addiction Severity Index (ASI). El EuropASI es un instrumento semiestructurado y multidimensional, reconocido por su capacidad para evaluar la severidad de los problemas en siete áreas clave e interrelacionadas de la vida de las personas con trastornos por uso de sustancias. Estas áreas, que permiten una evaluación integral y holística de la persona: consumo de sustancias, empleo y apoyo, situación legal, familia y relaciones sociales, problemas psicológicos y médicos.

La aplicación del EuropASI se realizó de manera estandarizada y uniforme por personas debidamente capacitadas en cada centro, quienes recibieron formación específica para asegurar la consistencia y fiabilidad de la recogida de datos. La información se recopiló en la fase inicial del ingreso a tratamiento, proporcionando una base diagnóstica y un perfil completo de los usuarios que permitió la caracterización epidemiológica objeto de este estudio.

2.3. Variables analizadas

Para el análisis, se consideraron y procesaron las siguientes variables, categorizadas de acuerdo con las dimensiones del EuropASI, lo que permitió una exploración multidimensional de la muestra: sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estado civil, situación familiar y de convivencia, nacionalidad); patrones de consumo (sustancia principal de demanda de tratamiento, policonsumo, vía de administración, edad de inicio del consumo problemático, años de consumo

activo); comorbilidad psiquiátrica (EUDA, 2022) (prevalencia de trastornos específicos, ideación suicida e intentos de suicidio, tratamiento psiquiátrico previo); situación legal (historial delictivo, problemas legales actuales); situación laboral y económica (situación laboral, principal fuente de ingresos, problemas financieros) y experiencias traumáticas (historia de abusos).

2.4. Análisis estadístico

Los datos recopilados se procesaron, codificaron y analizaron utilizando el software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 28.0, una herramienta estándar en la investigación en ciencias de la salud y sociales. Se emplearon estadísticas descriptivas para caracterizar exhaustivamente la muestra en términos de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las variables categóricas, y medidas de tendencia central (medias) y dispersión (desviaciones estándar) para las variables cuantitativas.

Se realizó un análisis detallado de subgrupos para identificar patrones específicos o interacciones que pudieran estar enmascarados en los análisis globales. La presentación de los resultados se complementó con la inclusión de gráficos y tablas claras y concisas para facilitar la visualización, la comprensión y la interpretación de los datos más relevantes, permitiendo una lectura ágil de los hallazgos clave.

3. Resultados

Los resultados del análisis exhaustivo del Observatorio Proyecto Hombre 2024 ofrecen una panorámica detallada y multifacética del perfil de las personas que inician tratamiento por trastornos por uso de sustancias en España. A continuación, se presentan los hallazgos más relevantes, desagregados por las principales dimensiones evaluadas.

3.1. Características sociodemográficas

3.1.1. Distribución por sexo y tendencia evolutiva

Durante el año 2024, la distribución de la muestra reflejó una clara predominancia de hombres sobre mujeres en tratamiento. Del total de 4.507 personas usuarias que ingresaron, el 80,9% fueron hombres y el 19,1% fueron mujeres. Esta proporción revela una brecha de género significativa que se mantiene relativamente estable a lo largo de la serie histórica del Observatorio. Sin embargo, un análisis más detallado de la evolución temporal (desde 2013 hasta 2024) revela una leve, aunque consistente, tendencia al aumento en el porcentaje de mujeres que acceden a tratamiento en los últimos años. Este incremento, aunque modesto, podría indicar una mayor visibilidad de la problemática en mujeres, una disminución del estigma o una mejora en el acceso a recursos adaptados.

3.1.2. Edad y envejecimiento progresivo de la población atendida

La edad media de las personas que iniciaron tratamiento en 2024 fue de 40,1 años, lo que indica una población en tratamiento que se sitúa en la mediana edad adulta. Al analizar esta variable por sexo, se observaron diferencias significativas: la edad media en mujeres fue de 41,7 años, mientras que en hombres fue de 39,7 años. Este dato confirma una tendencia progresiva y sostenida al envejecimiento de la población asistida por TUS en España. Este envejecimiento tiene implicaciones directas para la planificación y el diseño de los programas de tratamiento. Las personas mayores pueden presentar comorbilidades médicas adicionales (como enfermedades crónicas, deterioro cognitivo), mayor aislamiento social, diferentes motivaciones para el cambio o un mayor historial de fracasos terapéuticos, lo que exige una adaptación de las intervenciones a sus necesidades específicas.

3.1.3. Nivel de estudios

La mayoría de las personas en tratamiento poseen un nivel de estudios básico, lo que puede influir en sus oportunidades de inserción sociolaboral y su acceso a la información y recursos. Los datos revelan que el 42,7% de la muestra ha completado estudios secundarios obligatorios, siendo la categoría más frecuente. El 33,5% solo ha alcanzado estudios primarios.

3.1.4. Situación familiar y convivencia

El apoyo social y familiar es un factor crítico que influye tanto en el desarrollo de la adicción como en el proceso de recuperación. El 22,5% de los hombres de la muestra conviven con sus padres, siendo este porcentaje mayor que en el caso de las mujeres (14,4%). Por otro lado, las mujeres presentan una mayor proporción de convivencia con hijos (13,9% frente a 1,7% en hombres) lo que puede implicar mayores responsabilidades de cuidado y un mayor riesgo de aislamiento social, factores que a menudo complican la búsqueda y el mantenimiento del tratamiento.

3.1.5. Estado civil y nacionalidad

La mayoría de los usuarios se encuentran solteros (64,9% de hombre y 56% de mujeres) al momento del ingreso a tratamiento, seguidos por aquellos que tienen pareja o están casados. La gran mayoría de las personas en tratamiento son de nacionalidad española (89,5%).

3.2. Patrones de consumo de sustancias

El análisis de los patrones de consumo es crucial para comprender la naturaleza de los trastornos adictivos, la evolución de la problemática y adaptar las intervenciones terapéuticas a las sustancias y vías de administración más prevalentes.

3.2.1. Sustancia principal por la que se demanda tratamiento

Las dos sustancias principales que motivaron la demanda de tratamiento en 2024 son la cocaína (41,6%) y el alcohol (36,1%). Estas dos

sustancias, por sí solas, representan casi el 80% de las admisiones a tratamiento en los centros de Proyecto Hombre. Otras sustancias relevantes, aunque con una prevalencia significativamente menor, fueron el cannabis (7,1%) y la heroína (2,4%).

Al analizar las diferencias por sexo, se observan patrones de consumo y de demanda de tratamiento distintivos y significativos. Los hombres presentan una mayor prevalencia de tratamiento por cocaína (43,1%). El alcohol es la sustancia principal para el 32,8% de los hombres, manteniendo una alta prevalencia. En contraste, las mujeres acceden a tratamiento mayoritariamente por alcohol (46,6%) y la cocaína es la segunda sustancia principal para el 31,1% de ellas. Estas diferencias de género en la sustancia principal de consumo requieren una adaptación específica de los programas preventivos y terapéuticos.

3.2.2. Edad de inicio del consumo problemático

La edad de inicio del consumo problemático es un indicador relevante del riesgo de desarrollo de dependencia y de la cronicidad de la adicción, ya que un inicio temprano se asocia con un mayor riesgo de problemas a largo plazo. Generalmente, el inicio del consumo problemático de alcohol y cannabis tiende a ser más temprano (15 y 16 años), mientras que para sustancias como la cocaína y los opiáceos, la edad de inicio problemático es más tardía (21 y 24 años), lo que podría indicar una progresión en el patrón de consumo de “drogas puerta” a otras sustancias a lo largo del tiempo. Al comparar estos datos con la población general encontramos grandes similitudes, ya que según la encuesta EDADES del 2024, el consumo de sustancias que tienen un inicio más precoz son el alcohol (16,4 años) y el tabaco (16,6 años). Por otro lado, el más tardío es el de los analgésicos opiáceos con o sin receta (33,9 años) y los hipnosedantes con o sin receta (34,4 años). Un inicio más tardío no implica necesariamente una adicción menos severa, pero sí puede influir en las motivaciones para la búsqueda de tratamiento y en las necesidades terapéuticas.

3.2.3. Años de consumo antes de iniciar el tratamiento

Hombres y mujeres demoran aproximadamente 19 años en buscar ayuda para el consumo de alcohol. En el caso de otras drogas, como cocaína, heroína, metadona, sedantes y anfetaminas, el intervalo entre el inicio del consumo y la búsqueda de tratamiento es más corto, oscilando entre 7 y 14 años en promedio. Los alucinógenos presentan el menor tiempo de espera antes de que se solicite asistencia. En general, los hombres tienden a tardar más que las mujeres en buscar tratamiento para la mayoría de las sustancias, aunque hay excepciones, como en el caso de los sedantes y los analgésicos.

3.3. Comorbilidad psiquiátrica y experiencias traumáticas

3.3.1. Prevalencia de problemas emocionales y psicológicos

Al desglosar por tipo de trastorno, se observa que la ansiedad severa afectó a un 75,4% de la muestra, y la depresión severa a un 63,1%. Estos datos subrayan la magnitud del malestar psicológico y la necesidad ineludible de integrar la atención de la salud mental como componente central e interconectado en todos los programas de tratamiento de adicciones. Es significativa la diferencia de género en la prevalencia de ciertos trastornos. Las mujeres presentan tasas más altas de ansiedad (85,7% vs. 72,9% en hombres) y depresión (78,1% vs. 59,5% en hombres). Estos hallazgos sugieren una presencia aún más frecuente de malestar psicológico y sufrimiento subjetivo en ellas, lo que a menudo se relaciona con la búsqueda de sustancias como mecanismo de afrontamiento.

3.3.2. Ideación e intentos de suicidio

Un aspecto particularmente preocupante de la comorbilidad psiquiátrica (EUDA, 2022) y la vulnerabilidad de esta población es la prevalencia de ideación e intentos de suicidio

(Flórez et al., 2024). El 46,3% de la muestra total refirió haber tenido pensamientos suicidas en algún momento de su vida, y un 27,2% haber intentado suicidarse. Al desglosar por sexo, las diferencias son nuevamente marcadas y demandan una atención especializada. En cuanto a pensamientos suicidas, se reportan en el 57,9% de las mujeres frente al 43,6% de los hombres. Los intentos de suicidio: un alarmante 42,1% de las mujeres reportaron haber intentado suicidarse, en contraste con el 23,7% de los hombres. Estos datos evidencian la urgencia de implementar programas de prevención del suicidio y de intervención en crisis específicas y altamente sensibles para la población con TUS.

3.3.3. Abusos y experiencias traumáticas

La historia de abusos y experiencias traumáticas es un factor de riesgo ampliamente reconocido para el desarrollo de TUS y de comorbilidad psiquiátrica (EUDA, 2022). El informe de 2024 revela una alta prevalencia de estas experiencias, especialmente en mujeres, lo que subraya la necesidad de enfoques terapéuticos informados en trauma. Las mujeres presentan una prevalencia significativamente superior en todos los tipos de abuso reportados: 71,6% de abuso emocional, 50,8% de abuso físico y un alarmante 35,7% de abuso sexual. En comparación, los hombres reportaron 46,1% de abuso emocional, 25,2% de abuso físico y 5,9% de abuso sexual. Estas cifras son cruciales para entender la complejidad de la trayectoria vital de estas mujeres y la necesidad imperante de un enfoque terapéutico que aborde el trauma de manera explícita y segura (Santoro, P et al., 2025). La exposición a abusos puede contribuir de manera directa a la automedicación con sustancias como estrategia de afrontamiento, a la dificultad en la regulación emocional y a una mayor vulnerabilidad a trastornos psiquiátricos (Llopis et al., 2005), esto dificulta significativamente la recuperación de la adicción.

4. Discusión

El informe del Observatorio Proyecto Hombre 2024 ofrece una visión actualizada sobre las personas que acceden a tratamiento para trastornos por uso de sustancias en España. Aunque se ratifican patrones previos, surgen nuevas tendencias que impactan en la salud pública y la práctica clínica, lo que pone de manifiesto la necesidad de ajustar continuamente las políticas y programas a la evolución de estos trastornos.

4.1. El envejecimiento poblacional y la evolución de los patrones de consumo

El envejecimiento de la población atendida (Kelly & Bergman, 2023; Lin et al., 2023) refleja un fenómeno de cronicidad de los TUS, ya que muchas personas inician el tratamiento en etapas avanzadas, después de años de consumo problemático.

Este fenómeno exige una revisión de los programas terapéuticos, que deben tener en cuenta las comorbilidades asociadas a la edad, como enfermedades hepáticas o crónicas (EMCDDA, 2023). Además, las responsabilidades familiares, que aumentan con la edad, también influyen en la motivación para buscar tratamiento, lo que requiere un enfoque diferenciado según la etapa de la vida de la persona.

Las sustancias más demandadas en tratamiento continúan siendo el alcohol y la cocaína, que en conjunto representan alrededor del 80% de los casos. El alcohol sigue siendo un desafío crítico en salud pública, a pesar de ser legal, debido a su elevada aceptación social (Pascual & Guardia, 2012). Además, se destaca el aumento del policonsumo, especialmente con benzodiazepinas, un fenómeno especialmente prevalente entre las mujeres, lo que sugiere que los tratamientos deben prestar más atención a las interacciones farmacológicas y los efectos de la automedicación, en particular en pacientes con trastornos de ansiedad

4.2. Comorbilidad psiquiátrica: un desafío persistente

Un aspecto clave que revela el estudio es la alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (EUDA, 2022) en la población atendida, con más del 50% de personas diagnosticadas con trastornos mentales, como la ansiedad (75,4%) y la depresión (63,1%) (Díaz Fernández et al., 2023; European Journal of Public Health, 2024). Esta relación entre los TUS y otros trastornos psiquiátricos refuerza la necesidad de un enfoque terapéutico integral que aborde ambas condiciones de forma conjunta, ya que ambas son interdependientes.

Es necesario que los programas de tratamiento no solo se centren en la desintoxicación, sino que también aborden el bienestar emocional y psicológico del paciente. La investigación sobre patología dual sugiere que los programas que tratan ambas condiciones de manera simultánea son los más efectivos (Mueser et al., 2003; Vega, 2015; Volkow et al., 2023). Esto requiere mejorar la coordinación entre los distintos servicios de salud.

En este contexto, las tasas de ideación suicida, que presentan mayor frecuencia entre las mujeres (Flórez et al., 2024), hacen imprescindible que los tratamientos evalúen el riesgo suicida desde el ingreso y cuenten con estrategias de intervención en crisis.

4.3. Diferencias de género: la vulnerabilidad de las mujeres ante los TUS

Las mujeres con TUS enfrentan una serie de barreras particulares que aumentan su vulnerabilidad, como el estigma social (Romo-Avilés, 2018; Prieto-Arenas & Arenas, 2025; Greenfield & Sugarman, 2024). A pesar de que las mujeres representan aproximadamente el 25% de las personas con trastornos graves por consumo en Europa, solo el 20% accede a tratamiento (EUDA, 2025). Esta cifra pone en evidencia la existencia de barreras sociales, económicas y psicológicas que dificultan su acceso y adherencia a los programas de tratamiento.

Las mujeres que ingresan en tratamiento tienen más años y presentan un patrón de consumo más marcado de alcohol y benzodiazepinas. Además, el consumo en mujeres está más relacionado con el manejo de la ansiedad y la depresión o con experiencias traumáticas previas (Prieto-Arenas & Arenas, 2025). También es más frecuente la presencia de comorbilidad psiquiátrica (EUDA, 2022) y de experiencias de abuso (físico, emocional o sexual), lo que aumenta su vulnerabilidad a desarrollar TUS (Santoro et al., 2025).

Además, las mujeres con TUS suelen enfrentarse a desventajas sociolaborales y económicas que dificultan su acceso y permanencia en el tratamiento, lo que impide su plena reinserción social (Jimenez Chavez et al., 2025).

4.4. Implicaciones para políticas públicas y práctica clínica

Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para el diseño de políticas públicas y para la mejora de la atención clínica en adicciones:

- ① **Enfoque multidisciplinario e integral (WHO, 2023; Vega, 2015):** Las personas con TUS y comorbilidades psiquiátricas o problemas sociales y económicos necesitan un tratamiento que no solo aborde el consumo de sustancias, sino que también contemple sus necesidades médicas, psicológicas, sociales y laborales.
- ② **Intervenciones sensibles al género y al trauma:** Las mujeres con TUS requieren tratamientos específicos que tengan en cuenta sus vulnerabilidades, como la violencia de género, la maternidad o la autonomía económica. Los programas deben integrar enfoques terapéuticos centrados en el trauma y en el fortalecimiento de la resiliencia.

- ③ **Prevención y detección temprana:** Es esencial desarrollar estrategias preventivas en distintos entornos (atención primaria, educación, servicios sociales) para identificar problemas de consumo y trastornos mentales de forma temprana, evitando que se cronifiquen.
- ④ **Mejora de la coordinación entre servicios:** La coordinación entre servicios de salud mental, adicciones, justicia y trabajo es esencial para ofrecer un tratamiento eficaz y adecuado que responda a las necesidades integrales de los pacientes.
- ⑤ **Fortalecimiento del Observatorio:** El Observatorio debe seguir desempeñando un papel clave en la actualización de la información sobre las tendencias epidemiológicas, lo que facilita el ajuste de las políticas públicas y la evaluación de las intervenciones.

4.5. Limitaciones del estudio

Aunque el estudio proporciona información relevante, presenta algunas limitaciones. Al tratarse de un estudio descriptivo transversal, no se pueden determinar causalidades. Además, al basarse en autoinformes, los datos pueden verse afectados por sesgos relacionados con la memoria o el deseo de ofrecer respuestas socialmente aceptables. Por otra parte, la muestra solo incluye personas que buscan tratamiento en los centros de Proyecto Hombre, por lo que no refleja a la totalidad de la población con TUS en España, especialmente a aquellos que no acceden a tratamiento o lo hacen en otros contextos.

5. Conclusiones

Estos resultados proporcionan una visión clara sobre las tendencias actuales en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias (TUS) en España. Aunque se ratifican muchas de las características ya conocidas de esta población, también arroja nuevos datos que permiten entender mejor la dinámica de los usuarios de estos tratamientos y cómo se deben ajustar las políticas y los programas de atención. A continuación, se destacan las conclusiones clave de este análisis.

5.1. Envejecimiento de la población tratada

Uno de los hallazgos más relevantes es el envejecimiento de la población atendida (Kelly & Bergman, 2023; Lin et al., 2023), lo que implica que muchas personas acceden al tratamiento después de varios años, o incluso décadas, de consumo problemático. Este aspecto plantea retos para los programas de tratamiento, ya que muchas de estas personas no solo enfrentan los efectos físicos del abuso prolongado de sustancias, sino también comorbilidades relacionadas con la edad, como enfermedades hepáticas, cardiovasculares, y otros trastornos crónicos. Estos pacientes, además, tienden a tener una mayor motivación para cambiar, influenciada por responsabilidades familiares y laborales, lo que puede representar una oportunidad de intervención significativa. Sin embargo, también plantea desafíos para las intervenciones, que deben ser adaptadas a sus necesidades específicas.

5.2. El predominio del alcohol y las drogas ilegales

El alcohol sigue siendo la droga más consumida y la principal razón de ingreso a tratamiento, junto con la cocaína. Estos dos factores, que en conjunto representan más del 80% de los casos, siguen siendo un reto importante en términos de salud pública, sobre todo considerando que el alcohol es una sustancia legal, lo que aumenta su disponibilidad y aceptación social. A pesar

de ello, se observa también un fenómeno de policonsumo, particularmente entre las personas que usan simultáneamente alcohol, cocaína y benzodiazepinas, lo que incrementa la complejidad de los tratamientos. Este fenómeno es más notorio entre las mujeres, quienes también tienden a mostrar patrones de consumo más graves de benzodiazepinas, generalmente relacionadas con ansiedad o el tratamiento de trastornos psíquicos previos. Esto indica que los programas de tratamiento deben prestar especial atención a las interacciones farmacológicas y los riesgos derivados de la automedicación.

5.3. La alta comorbilidad psiquiátrica

Más del 50% de las personas que acceden a tratamiento presentan problemas psiquiátricos coexistentes, especialmente depresión y ansiedad. Esta comorbilidad aumenta la complejidad del tratamiento, ya que muchas de las personas afectadas no solo deben tratarse por su adicción, sino también por trastornos mentales que pueden ser de carácter crónico. Además, se observa un alto índice de ideación suicida, especialmente entre las mujeres, lo que subraya la urgencia de que los programas de tratamiento no solo se enfoquen en la desintoxicación, sino también en el bienestar emocional y psicológico del paciente. Los enfoques más efectivos son aquellos que tratan ambos aspectos —el abuso de sustancias y la comorbilidad psiquiátrica (EUDA, 2022)— de manera simultánea, lo que se denomina patología dual. La evidencia sugiere que los tratamientos combinados tienen una tasa de éxito superior (Mueser et al., 2003).

5.4. Impacto del género en los trastornos por uso de sustancias

Las mujeres presentan características distintas a las de los hombres en cuanto al patrón de consumo y los factores que impulsan su adicción. Se ha identificado que las mujeres que buscan tratamiento suelen tener mayor edad y presentan un consumo

más grave de alcohol y benzodiazepinas. A menudo, este consumo está vinculado a la gestión de la ansiedad y trastornos depresivos, lo que refleja una mayor predisposición de las mujeres a usar sustancias como una forma de automedicación. Las mujeres con TUS presentan una tasa más alta de antecedentes de violencia de género, abuso sexual y otras experiencias traumáticas, lo que hace que su tratamiento deba integrar un enfoque más centrado en el trauma y en el fortalecimiento de la resiliencia emocional. Además, la situación socioeconómica y laboral de muchas mujeres contribuye a su menor acceso y adherencia a los tratamientos, lo que subraya la necesidad de estrategias de intervención específicas para este grupo.

5.5. Nuevas tendencias y desafíos en las políticas públicas

Se plantea una serie de desafíos para las políticas públicas relacionadas con el tratamiento de los TUS. Es fundamental que las estrategias preventivas se ajusten a las nuevas realidades de consumo, que incluyen no solo el abuso de sustancias tradicionales como el alcohol y la cocaína, sino también el policonsumo y el uso de benzodiazepinas y otras sustancias legales. A nivel institucional, las políticas deben centrarse en mejorar la coordinación entre servicios de salud mental, atención primaria y programas de reinserción social, para que el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias sea más efectivo. Además, la prevención temprana en entornos educativos y comunitarios debe ser una prioridad para reducir la cronificación de estos trastornos.

6. Recomendaciones

A partir de los hallazgos y conclusiones obtenidas, se proponen las siguientes recomendaciones para mejorar la atención, tratamiento y prevención de TUS en España:

6.1. Desarrollo de programas especializados para la población envejecida

El envejecimiento de la población atendida (Kelly & Bergman, 2023; Lin et al., 2023), que refleja una cronicidad de los TUS, requiere la creación de programas que tengan en cuenta no solo la adicción, sino también las comorbilidades asociadas a la edad. Es fundamental que los tratamientos se ajusten a las necesidades específicas de esta población, que generalmente enfrenta problemas de salud crónicos y una mayor carga emocional debido a las responsabilidades familiares. Los programas deben ser integrales, ofreciendo apoyo tanto médico como psicológico, y deben considerar las dificultades propias de la vejez, como la movilidad reducida o las limitaciones cognitivas.

6.2. Enfoque multidisciplinario e integral en los tratamientos

Es esencial que los programas de tratamiento adopten un enfoque multidisciplinario, donde profesionales de la salud mental, medicina, trabajo social y otros ámbitos trabajen de manera conjunta para abordar todas las dimensiones de la persona. Este enfoque debe incluir la psicoterapia, el tratamiento médico para las comorbilidades psiquiátricas, y la atención social para promover la reintegración laboral y familiar. Las intervenciones deben ser personalizadas y adaptadas a cada individuo.

6.3. Tratamientos específicos para mujeres con TUS

Las mujeres presentan necesidades específicas que requieren tratamientos adaptados. Es necesario que los tratamientos tengan en cuenta la vulnerabilidad de las mujeres ante la violencia de género, el abuso y la discriminación. Se debe integrar en los tratamientos enfoques centrados en el trauma y en el fortalecimiento de la autonomía económica y emocional. Además,

el policonsumo de alcohol y benzodiazepinas es más frecuente entre las mujeres, por lo que los programas deben estar diseñados para abordar de forma efectiva los riesgos de interacciones farmacológicas y los efectos adversos de la automedicación.

6.4. Prevención y detección temprana en diversos entornos

Es fundamental mejorar la prevención y detección temprana de TUS, especialmente en entornos educativos y comunitarios. La identificación temprana de los trastornos no solo reduce su cronificación, sino que también mejora los resultados del tratamiento. Los profesionales deben ser capacitados para reconocer los signos de adicción y ofrecer intervenciones de atención primaria que puedan derivar a los programas de tratamiento adecuados antes de que se agraven.

6.5. Mejora de la coordinación entre los servicios de salud, justicia y trabajo

La coordinación interinstitucional es clave para ofrecer una atención integral. Los servicios de salud mental, adicciones y justicia deben trabajar de manera colaborativa para ofrecer un tratamiento continuo y eficaz. Además, los programas de reinserción laboral y social son fundamentales para asegurar que las personas en tratamiento puedan reconstruir sus vidas de manera exitosa. Esto requiere un esfuerzo conjunto para superar las barreras económicas y sociales que dificultan la reintegración de los pacientes.

6.6. Fortalecimiento del Observatorio Nacional de Drogas

Es esencial que el Observatorio Nacional de Drogas continúe su labor de recopilación de datos y análisis para mantener una visión actualizada de las tendencias de consumo y los tratamientos. Este tipo de observatorios deben ser instrumentos clave para orientar las políticas públicas y asegurar que los programas de prevención y tratamiento estén basados en evidencia y ajustados a las realidades cambiantes del abuso de sustancias en España.

7. Anexo: acceso al Informe 2024

En el siguiente enlace podrá acceder a la totalidad del *Informe sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento* del Observatorio Proyecto Hombre España, pudiendo consultar tanto sus tablas y gráficos del perfil 2024, como los de evolución plurianual, etc.

De igual forma, podrá consultar los informes de años anteriores:

<https://proyectohombre.es/informes-observatorio-y-estudios/>

Referencias

- Brime, B., López, M., Rodríguez, C., & Sánchez, J. (2022). Diferencias de género y edad en la red de adicciones en España. Spanish Addiction Observatory Report 2022. *Socidrogalcohol*. <https://socidrogalcohol.org/wp-content/uploads/2022/12/s11469-022-00989-6.pdf>
- Díaz Fernández, S., Fernández Miranda, J. J., Pascual Pastor, F., & López Muñoz, F. (2023). Gender and addiction and other mental disorders comorbidity: Sociodemographic, clinical, and treatment differences. *Archives of Women's Mental Health*, 26(6), 639–650. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01353-w>
- European Journal of Public Health. (2024). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. *European Journal of Public Health*, 34(Suppl.3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.524>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2023). European drug report 2023: Trends and developments. EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2023_en
- European Union Drugs Agency (EUDA). (2022). Spotlight on... Comorbid substance use and mental health problems. EUDA. https://www.euda.europa.eu/spotlights/comorbid-substance-use-and-mental-health-problems_en
- European Union Drugs Agency (EUDA). (2025). Mujeres y drogas: Respuestas sanitarias y sociales. EUDA. https://www.euda.europa.eu/publications/women-and-drugs-2025_en
- Flórez, G., Espandian, A., Seoane-Pillado, T., Llorens, N., Gerpe, J. M., & Saiz, P. (2024). Suicide deaths and substance use in Spain between 2010 and 2022. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1435031. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1435031>
- Greenfield, S. F., & Sugarman, D. E. (2024). Gender and substance use disorders: Treatment implications. *Current Psychiatry Reports*, 26(2), 101–112. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01457-0>
- Jimenez Chavez, C. L., Peltier, M. R., & McKee, S. A. (2025). Sex differences in the impact of social determinants of health on substance use disorder treatment outcomes. *Biology of Sex Differences*, 16, 56. <https://doi.org/10.1186/s13293-025-00734-3>
- Kelly, J. F., & Bergman, B. G. (2023). The growing challenge of substance use in aging populations. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 150, 209–219. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2023.209>
- Lin, J., Arnovitz, M., Kotbi, N., & Francois, D. (2023). Substance use disorders in the geriatric population: A review and synthesis of the literature of a growing problem in a growing population. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 10(4), 313–332. <https://doi.org/10.1007/s40501-023-00291-9>
- Llopis, J. J., Castillo, A., & Díaz, R. (2005). Abuso infantil y consumo de drogas: Revisión de la literatura. *Adicciones*, 17(4), 339–352. <https://doi.org/10.20882/adicciones.308>
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice. Guilford Press.
- Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones. (2023). Executive summary: Alcohol, tobacco and illicit drugs in Spain. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023_Executive_Summary_report_Informe_OEDA.pdf
- Pascual, F., & Guardia, J. (2012). Alcoholismo en España: Epidemiología y tratamiento. *Adicciones*, 24(1), 3–8. <https://doi.org/10.20882/adicciones.132>
- Prieto-Arenas, L., & Arenas, M. C. (2025). Mujeres y adicciones: Estigma, género y vulnerabilidad. *Revista Española de Drogodependencias*, 50(1), 15–34.
- Romo-Avilés, N. (2018). Mujeres y drogas: Una perspectiva de género en el abordaje de las adicciones. *Health and Addictions*, 18(1), 5–14. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i1.317>

Santoro, P., Luján, A., & López, C. (2025). Trauma, género y adicciones: Intervenciones terapéuticas basadas en trauma en contextos de drogodependencias. *Frontiers in Psychology*, 16, 1189456. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1189456>

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2023). World drug report 2023. UNODC. <https://www.unodc.org/res/wdr2023>

Vega, A. (2015). Abordaje integral de la patología dual: Retos y propuestas. *Revista de Patología Dual*, 2(2), 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.rpd.2015.06.004>

Volkow, N. D., Han, B., Einstein, E. B., & Compton, W. M. (2023). Prevalence of mental illness and substance use disorders in the United States. *JAMA Psychiatry*, 80(4), 383-393. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.4562>

World Health Organization (WHO). (2023). Global status report on alcohol and health 2023. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240066966>

AUTORES

MERCEDES ALONSO

Maestra en Derechos Humanos por la Universidad Abierta de Cataluña y Maestra en Ciencias por la London School of Economics and Political Science.

Directora de Programas de COPOLAD en FIAP, Bruselas, con más de 25 años de experiencia en cooperación internacional para el desarrollo en diversos entornos, tanto en sedes centrales como en terreno, en cooperación oficial y no gubernamental, en sectores como género, desarrollo rural, atención primaria en salud, ayuda humanitaria y eficacia de la ayuda.



JESSICA BOLAÑOS

Psicóloga clínica con una maestría en Psicopedagogía. Actualmente se desempeña como Directora Clínica de Proyecto Equilibrio en Costa Rica, donde lidera procesos terapéuticos y equipos interdisciplinarios enfocados en el tratamiento y la recuperación. Durante 13 años ha sido profesora en la Fundación de la Universidad de Costa Rica. Es docente del Programa de Posgrado en la Maestría Profesional en Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica.

Cuenta con más de 20 años de experiencia en el ámbito clínico, abarcando desde el tratamiento residencial y ambulatorio hasta la coordinación y supervisión de equipos profesionales en el ámbito de las adicciones.



SELVA CAREAGA

Psicóloga clínica, con más de 30 años de experiencia en el ámbito de las políticas públicas en drogodependencias.

Se ha desempeñado como Jefa del Área de Prevención del Servicio Nacional para la Prevención y Tratamiento del consumo de Alcohol y otras Drogas – SENDA del Gobierno de Chile.

En la actualidad es asesora de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas – FLACT y consultora de varios organismos internacionales.



RAQUEL DA SILVA BARROS

Psicóloga graduada por la USP con doble titulación en la Universidad de Padua, máster en la USP y doctoranda en Desarrollo Comunitario en la UNIFESP.

Coordinadora de proyectos de Extensión Comunitaria, emprendedora social en Ashoka y Rede Folha, coordina el Laboratorio de Colaboración Emocional ENLACE - FACENS y el Programa Mundos Posibles. Es la creadora de Conexões Musas. Fundadora de la Asociación Lua Nova y colaboradora del Instituto Empodera en el desarrollo de propuestas para la generación de ingresos y la autonomía económica de las mujeres.

Coordina el programa comunitario de COPOLAD-III en Brasil a través de la Red Americana de Intervenciones en Situaciones de Dificultad Social (RAISSS), dedicada al desarrollo comunitario a través de redes informales.



PABLO DRAGOTO

Licenciado en Psicología y Profesor Auxiliar en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Se desempeñó como Director nacional de Prevención de Adicciones en Argentina entre 2016 y 2019, en SEDRONAR, gobierno de Argentina.

Actualmente es además consultor externo para la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA) en el período 2022-2025.



MARÍA MERCEDES DUEÑAS

Abogada egresada de la Universidad San Buenaventura de Cali, con formación adicional en Arte Dramático y cuenta con especializaciones en Gerencia Social y Cooperación Internacional. Ha sido docente en programas de especialización en planeación educativa y farmacodependencia en distintas universidades del país.

Se desempeña actualmente como Coordinadora Regional de Prevención y Tratamiento para la Región Andina y el Cono Sur en la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Desde su ingreso a UNODC en 1999, ha ocupado diversos cargos, entre ellos asesora en gestión y evaluación, coordinadora de programas y jefa del Área de Prevención del Consumo de Drogas en Colombia.



ORIOLESCULIES

Psicólogo. Durante los últimos 29 años ha trabajado en la atención a personas con trastornos por uso de sustancias desde la Asociación Proyecto Hombre, dedicada a la prevención, el tratamiento y la reinserción social en adicciones En España.

Comisionado internacional de esta asociación ante las Naciones Unidas, la Unión Europea y otros organismos internacionales. Vicepresidente del Foro de Drogas de la Sociedad Civil de la Unión Europea.

Coordina la Iniciativa Global para la Prevención del Uso de Drogas, "La Declaración de Oviedo", respaldada por más de 3.000 instituciones en 165 países.



FERNANDO GONZÁLEZ

Licenciado en Sociología, graduado en Psicología y Máster en Seguridad y Salud Ocupacional.

Se desempeña como Técnico en Investigación y Desarrollo en Proyecto Hombre Navarra. Profesor de la asignatura Evaluación e Investigación Social del Máster en Adicciones: Perspectiva Biopsicosocial de la Universidad de Oviedo y la Asociación Proyecto Hombre desde el año 2020.

Miembro de la Comisión de Evaluación de Tratamiento y persona instrumental en la creación e impulso del Observatorio Proyecto Hombre desde el año 2016.



LILIANA IVETTE LÓPEZ

Licenciada en Psicología por la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. Licenciada en Derecho por el Instituto Universitario Panamericano y con Maestría en Educación Especial por la Universidad Salazar.

Inicia funciones en la Coordinación de los Centros para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones, CENTRA, de la Fiscalía General del Estado de Chiapas de México en 2013 en donde inicio como Psicóloga de Tratamiento en adicciones. En 2013, fue nombrada Jefa del Área de Psicología. Desde Febrero 2019 asume el nombramiento como Coordinadora de CENTRA.



MAYSA MAZZON

Es licenciada en Tecnología de Procesamiento de Datos por la Universidad Estatal de São Paulo y tiene una especialización en Neurociencia por la Facultad de Ciencias Médicas de la Santa Casa de São Paulo.

También cursa una maestría en Estudios de la Condición Humana en la UFSCar. Actualmente es miembro del Instituto Empodera y fue asistente de coordinación del Grupo de Trabajo 2.4 de COPOLAD III. Tiene experiencia en ciencias de la información y evaluación de proyectos.



JUAN IGNACIO MESTRE

Psicólogo clínico e investigador postdoctoral en el Grupo de Investigación en Adicciones del Hospital del Mar Research Institute de Barcelona desde 2011. Su labor se ha centrado en la patología dual, los biomarcadores en adicciones y la validación de instrumentos diagnósticos y de cribado, siendo la validación de la Entrevista de Cribado de Diagnóstico Dual (ECDD) el tema de su tesis doctoral. Actualmente lidera proyectos sobre intervenciones online, como CANReduce, y la implementación de PROMs en centros asistenciales. Forma parte de la coordinación de la Red de Investigación en Atención Primaria de las Adicciones (RIAPAd), que destaca por su enfoque interdisciplinar, inclusión de la perspectiva de género y participación de los pacientes y por la aplicabilidad en la práctica clínica.



JOSÉ EDUARDO MONTEJO

Médico cirujano especialista en Psiquiatría por la Universidad Central de Venezuela, Magister en Terapia Familiar sistémica por la Universidad Autónoma de Barcelona. Team Leader del Proyecto mHealth: Fenotipado y cribado digital para la detección y prevención de Trastornos por Uso de Sustancias, con apoyo de ACCIÓ – Catalonia Trade & Investment. Psiquiatra adjunto en el CSMA2 de Badalona Serveis Assistencials y socio fundador del Instituto de Innovación en Salud Mental y Psicoterapia de Barcelona. Participa en proyectos birregionales enfocados en la prevención, diagnóstico y tratamiento de trastornos por uso de sustancias y patología dual. Investigador en diversos proyectos, el Projecte MIND ESCOLES del Institut Mind del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, y en la Línea de Investigación en Psiquiatría y Salud Mental del Grupo de Neurociencias de la Fundación Institut de Recerca del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona.



JESÚS MULLOR

Doctor en Educación, Licenciado en Psicopedagogía, Máster en Psicopedagogía Clínica, Máster en Recursos Humanos graduado en Educación Social. En 1987 participó como terapeuta en la puesta en marcha de Proyecto Hombre Baleares. En 1996, diseñó y dirigió el primer centro socioeducativo para jóvenes con adicciones, conocido como "Proyecto Jove". Entre 1998 y 2014 colaboró con diversas instituciones públicas como el Ayuntamiento de Palma, el Gobierno Balear y el Consell de Mallorca. En 2014 regresó a Proyecto Hombre Baleares para asumir la Presidencia. Lo compagina con la Dirección del Observatorio Nacional de Drogas de Proyecto Hombre España en calidad de presidente de la Comisión de Evaluación, y su labor docente como profesor en la Facultad de Educación de la Universidad de las Islas Baleares.



DANIELA NIETO

Socióloga por la Universidad Alberto Hurtado de Chile, cuenta con un diplomado en Diversidades y Políticas públicas de la facultad de Gobierno de la Universidad de Chile, Diplomado de Especialización en Derechos Humanos, Políticas Públicas en Drogas y Buenas Prácticas para la Inclusión Social de la Fundación Henry Dunant. Actualmente Jefa del área de Integración Social de la División Programática de SENDA, gobierno de Chile. Las temáticas que ha trabajado se orientan a la reducción y prevención del estigma hacia personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas. Aborda temas de post tratamiento, sistemas de cuidados orientados a la recuperación y el rol de la inclusión social en procesos de recuperación.



FRANCISCA OBLITAS

Francisca Oblitas es trabajadora social con una destacada trayectoria en el diseño e implementación de políticas públicas orientadas a la prevención, tratamiento e inclusión social de personas con consumo problemático de drogas y alcohol.

Actualmente se desempeña como Jefa de la División Programática de SENDA, Gobierno de Chile, donde lidera estrategias integrales que promueven la salud pública y los derechos humanos en el abordaje del consumo de sustancias.



JORGE OLIVARES

Graduado en Drogodependencias por la Universidad de Santiago de Chile USACH y Diplomado en Adicciones. Desde 1997 expositor en numerosos seminarios y conferencias a nivel nacional e internacional, relacionadas con el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS). Desde 1999 se desempeña como Director Nacional de Tratamiento en los Centros Crea Chile. Entre 2005 y 2025 ha ocupado diversos cargos en la Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas siendo Presidente entre 2010 y 2025. Fue Secretario de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT), y desde 2025 coordina la Comunidad Terapéutica SO POR HOJE en Brasil. En marzo de 2022 asumió la Presidencia de FLACT, siendo reelecto en octubre de 2024 para un nuevo período de cuatro años (2025-2028).



SILVIA PISANO

Licenciada en Pedagogía Social. Es autora de diversas publicaciones sobre estrategias metodológicas y pedagógicas de prevención en contextos educativos, y ha participado activamente en numerosos comités de expertos en prevención de adicciones y consumos problemáticos.

Ostenta el cargo de Subsecretaria de Atención y Acompañamiento en Materia de Drogas en la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR).



PAULA QUINTANA

Graduada en Sociología y en el Máster en Problemas Sociales, Dirección y Gestión de Programas Sociales.

Trabaja actualmente en Proyecto Hombre Granada como responsable de evaluación, llevando a cabo la evaluación de los programas de tratamiento y participando en la elaboración y justificación de proyectos sociales. Además, es integrante de la Comisión de Evaluación de la Asociación Proyecto Hombre desde el año 2022, y contribuye activamente a la elaboración de los informes del Observatorio de Proyecto Hombre.



CARLOS RONCERO

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valladolid, España. Especialista en Psiquiatría por la Unidad Docente del Hospital Universitario Pere Mata de Reus. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona. Licenciado en Psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Especialista en el ámbito de las Drogodependencias y la Patología Dual. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Europea Miguel de Cervantes (Valladolid) y Titular de Psiquiatría en la Universidad de Salamanca. Jefe de Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (2017-2024) y Jefe de Sección de Adicciones y Patología Dual (2005-2017) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona. Es presidente de la Sociedad Española de Patología Dual desde 2021.



JAIME SÁNCHEZ

Licenciado en Derecho por el Instituto Universitario Panamericano, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. Actualmente se desempeña como Jefe del Área de Justicia Terapéutica en la Fiscalía General del Estado de Chiapas, adscrito a la Coordinación de los Centros para la Prevención y Tratamiento de las Adicciones, CENTRA. Ha cursado diversas capacitaciones en materia de Justicia Terapéutica, impartidas por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA). Asimismo, ha fungido como instructor y capacitador de Fiscales del Ministerio Público del Estado de Chiapas en esta misma especialidad. Cuenta con una trayectoria de más de 12 años de experiencia en el abordaje jurídico y programático de delitos relacionados con el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.



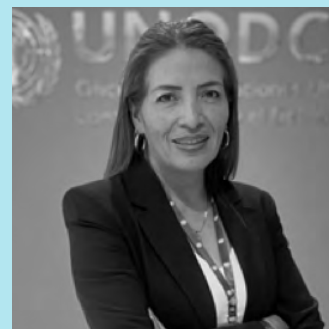
BERENICE SANTAMARÍA

Maestra en Derecho Procesal Penal. Desempeñó diversos cargos públicos en México en la Policía Nacional, Fiscalía General de la República y de la otrora Comisión Nacional contra las Adicciones, donde tuvo a cargo la coordinación nacional y la cooperación internacional de esa Instancia. Con más de 20 años de experiencia en los sectores público, privado y en organizaciones de la sociedad civil, tiene una trayectoria en políticas de drogas, prevención del delito, reforma de la justicia, justicia terapéutica, alternativas al tratamiento y desarrollo de políticas públicas. Consultora en el Área Internacional de Asociación Proyecto Hombre.



DIANA RAQUEL SIERRA

Psicóloga, con maestría en Drogodependencias y doctorado en Psicología. Su experiencia profesional se centra en el diseño e implementación de programas de prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, así como en países como Argentina, México y Ecuador. Actualmente coordina los programas de atención a poblaciones en riesgo en la UNODC para la Región Andina y el Cono Sur. Su enfoque combina la investigación aplicada, la formación de equipos interdisciplinarios y la gestión de proyectos comunitarios y psicosociales.



MARTHA SUESCÚN

Psicóloga con maestría en Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas. Actualmente se desempeña como directora general y representante legal de la Fundación Libérate, un centro especializado en salud mental y adicciones con sede en Bogotá. Con una sólida trayectoria como entrenadora certificada por la UNODC y el Colombo Plan, ha liderado procesos terapéuticos individuales, grupales y familiares. También ha sido vocera activa en medios de comunicación y espacios académicos sobre prevención y tratamiento del consumo de sustancias. Forma parte del grupo de expertos encargado de validar el modelo integral de atención en Colombia.



Fundación “La Caixa”

Impulsa el programa Incorpora con el propósito de favorecer la inclusión sociolaboral de personas en situación de vulnerabilidad, promoviendo oportunidades reales de acceso al empleo. A través del programa Incorpora se programan itinerarios de acompañamiento personalizados que facilitan la capacitación, la integración en el mercado laboral y la mejora de la empleabilidad, a partir de la colaboración coordinada entre entidades sociales, empresas y profesionales especializados. Este compromiso refleja la misión de la Fundación “La Caixa” trabajar para construir una sociedad mejor y más justa, dando oportunidades a las personas que más lo necesitan.

Projecte Home Catalunya

Es una ONG creada en 1995 para el tratamiento, la prevención y la sensibilización de las adicciones. En este tiempo hemos atendido a más de 30.000 personas con problemas de drogas y conductas adictivas. Nuestra misión es promover la autonomía y la dignidad de las personas, trabajando colectivamente en la prevención y el tratamiento de las adicciones y la reinserción social en Cataluña.

