

Reducción de Riesgos y Daños: Abordaje, Conceptos y Estrategias

Carolina Pinzón Gómez
Investigadora afiliada CESED
Candidata a Doctora en Psicología - Uniandes

1. Introducción

El consumo de drogas es considerado un problema de salud pública a nivel global, que afecta no solo a los individuos que las consumen, sino también a las comunidades y a la sociedad en su conjunto. A lo largo de la historia se han implementado diferentes estrategias para abordar el fenómeno, las cuales se han centrado principalmente en la disminución de la oferta, a través de la prohibición de la producción, tráfico y comercialización, y la disminución de la demanda, a través de la criminalización, la prevención del consumo y el tratamiento de los trastornos derivados de este. Estas estrategias, basadas principalmente en enfoque prohibicionistas, además de tener un impacto negativo en materia de derechos humanos, parecen no tener el efecto esperado sobre el fenómeno. Los últimos reportes globales evidencian innovaciones en el mercado para evadir los controles de la oferta de drogas, así como un aumento en el consumo de la mayoría de drogas y los problemas que de este se derivan.

Es en este contexto que surge la reducción de riesgos y daños como un conjunto de estrategias diseñadas para minimizar los impactos negativos del consumo de sustancias psicoactivas en la salud física y mental de las personas. Además, ha buscado prevenir problemas legales, sociales, laborales, entre otros, trabajando con personas sin coaccionar o exigir que dejen de consumir como condición previa para recibir apoyo.

A pesar de sus ventajas y la evidencia de efectividad, la reducción de riesgos y daños ha sido predominantemente desarrollada en el norte global, con un limitado apoyo para su desarrollo e investigación en Latinoamérica y el Caribe; donde, además, ha enfrentado múltiples barreras políticas y de financiación.

En un contexto de cambios en la política de drogas, Colombia se ha convertido en un país pionero en la región, al impulsar abordajes alternativos centrados en la salud pública y los derechos humanos. Sin embargo, la mayoría de los actores involucrados aún no están familiarizados con los aspectos centrales de estos enfoques como la reducción de daños.

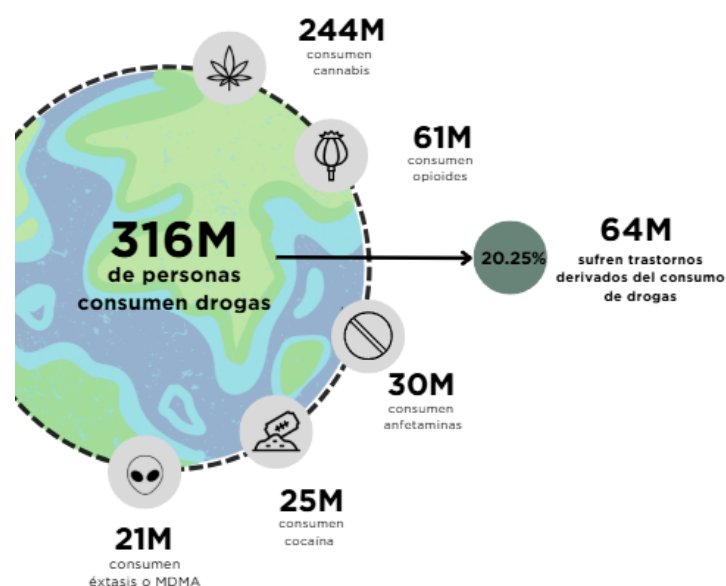
Este documento, dirigido principalmente a formuladores de políticas, estudiantes, profesores y profesionales no especializados, tiene como objetivo introducir y brindar al lector una visión completa y actualizada de la evidencia científica en torno a este enfoque con base en una revisión de la literatura disponible.

2. Situación global y regional del consumo de drogas

2.1. Consumo de drogas en el mundo

Según el Informe Mundial sobre Drogas 2025 (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2025), el consumo de sustancias psicoactivas continúa en aumento: se estima que 316 millones de personas consumieron drogas en 2023, lo que representa el 6 % de la población mundial entre 15 y 64 años. El cannabis sigue siendo la sustancia más consumida, con 244 millones de usuarios, y representa la principal causa de ingreso a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo en más del 40 % de los países. Le siguen los opioides (61 millones), las anfetaminas (30 millones), la cocaína (25 millones) y el éxtasis (21 millones). En 2023, se estimó que 64 millones de personas vivían con un trastorno por consumo de sustancias, lo que representa un aumento del 62 % con respecto a las 39,5 millones reportadas en el informe anterior (UNODC, 2023).

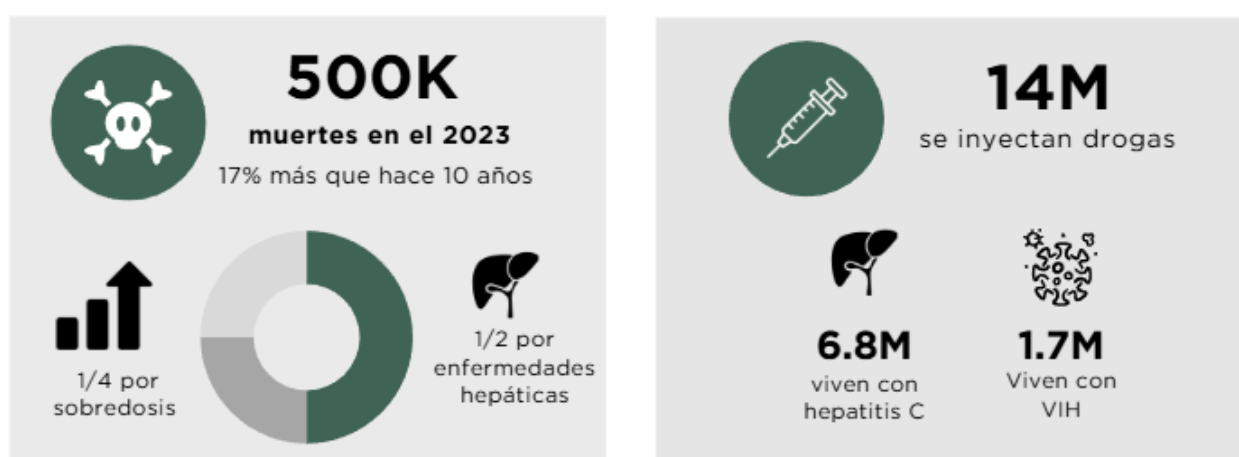
Figura 1. Situación global del consumo de sustancias psicoactivas.



Fuente: Elaboración propia, basada en el Informe Mundial sobre Drogas 2025 (UNODC, 2025).

En este último informe, la carga global atribuible al consumo de drogas estima cerca de 500.000 muertes y 28 millones de años de vida saludable perdidos, siendo la hepatitis C y los trastornos por opioides las principales causas. En el caso del consumo por vía inyectada, aunque la prevalencia global permanece estable, persiste un alto riesgo: 1 de cada 8 personas que se inyectan vivía con VIH en 2023, y cerca de la mitad habían contraído hepatitis C.

Figura 2. Carga global atribuible al consumo de sustancias psicoactivas.



Fuente: Elaboración propia, basada en el Informe Mundial sobre Drogas 2025 (UNODC, 2025).

A pesar del aumento sostenido en el número de personas que viven con trastornos por consumo de sustancias, el acceso al tratamiento sigue siendo sumamente limitado. En 2023, solo 1 de cada 12 personas con un trastorno por consumo recibió atención, y la situación es aún más crítica entre las mujeres, donde apenas 1 de cada 18 accedió a servicios de tratamiento. Las principales barreras identificadas incluyen la escasez de servicios especializados, la concentración geográfica de la oferta en zonas urbanas, la falta de financiamiento público, la insuficiencia de medicamentos esenciales y la escasa disponibilidad de intervenciones basadas en evidencia como la terapia de mantenimiento con agonistas opioides o el manejo de contingencias. Además, el estigma social, la percepción de no necesitar ayuda y la falta de servicios adaptados a mujeres y poblaciones rurales o indígenas perpetúan las brechas de atención. Esta situación exige una respuesta urgente centrada en el fortalecimiento de los sistemas de salud pública, la ampliación de

servicios comunitarios, y la implementación de políticas que garanticen el acceso equitativo y contextualizado al tratamiento (UNODC, 2025).

Figura 3. Barreras de acceso al tratamiento.



Fuente: Elaboración propia, basada en el Informe Mundial sobre Drogas 2025 (UNODC, 2025).

2.2. Consumo de drogas en América Latina

Debido a la variabilidad de las tendencias de consumo en los países del hemisferio, es difícil identificar un patrón consistente para todas las sustancias (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] & Organización de Estados Americanos [OEA], 2019). Sin embargo, algunas conclusiones del informe mundial sobre drogas (UNODC, 2023), apuntan a que América Latina es la región con la mayor proporción de personas en tratamiento por consumo de productos de cocaína y que el consumo no médico de estimulantes farmacéuticos es mayor en América que en otras regiones. Con respecto a otros estimulantes, en los últimos años, ha aumentado considerablemente el número de personas en tratamiento por trastornos relacionados con la metanfetamina, especialmente en México.

El informe sobre consumo de drogas en las Américas (Organización de Estados Americanos [OEA], 2019) menciona el tabaco parece ser la única sustancia que muestra disminuciones sistemáticas a lo largo del tiempo, aunque al igual que con el cannabis, la brecha de género con respecto al consumo disminuye. El consumo de cannabis y cocaína aumenta y la prevalencia del consumo de tranquilizantes es mayor entre las mujeres en casi todos los países donde hay datos disponibles.

Por último, el informe sobre consumo de Nuevas Sustancias Psicoactivas, heroína, fentanilo y otros opioides en algunos países de América Latina (Argentina, Perú, la República Dominicana y Uruguay) refiere que el consumo es bajo, en comparación tanto con el consumo de otras sustancias psicoactivas de uso más común en estos países, como con drogas emergentes en otras regiones del mundo.

Figura 4. Situación de consumo de sustancias psicoactivas en América Latina.



Fuente: Elaboración propia, basada en el Informe de consumo de sustancias psicoactivas en las Américas (OEA, 2019).

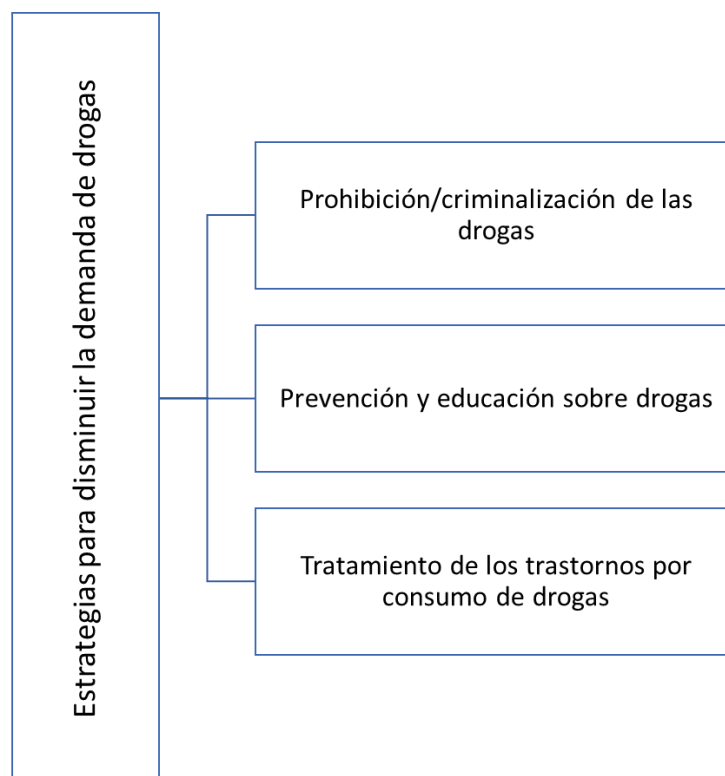
3. ¿Cómo se ha abordado el fenómeno?

Estrategias para disminuir la demanda (consumo de drogas)

Según UNODC (2020), la forma más efectiva de combatir el problema de las drogas aborda la reducción de la oferta y la demanda desde un enfoque integral, balanceado y coordinado. Sin embargo, la mayoría de los esfuerzos se han centrado en la disminución de la oferta y una menor proporción de la inversión se ha destinado a atender la demanda de drogas (Count The Costs, 2017; Ministerio de Justicia Colombia [MinJusticia], 2023).

Con respecto a las estrategias para disminuir la demanda, los pilares han sido principalmente en (1) la prohibición/criminalización de las drogas; (2) la prevención y educación sobre drogas; y (3) el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, cuyos resultados analizamos a continuación:

Figura 5. Estrategias principales para abordar el consumo de sustancias psicoactivas.



Fuente: Elaboración propia.

3.1. Criminalización

La criminalización es la política antidrogas más común a nivel global (Maher & Dixon, 2017) y consiste en la prohibición del consumo de drogas y la aplicación de la ley penal ante determinadas actividades relacionadas con las drogas, como la posesión de pocas cantidades de droga (Babor et al., 2018).

Una revisión sistemática realizada por Mitchell et al., (2012) estudió el efecto del encarcelamiento sobre el consumo de drogas y la reincidencia en el delito. Se identificaron cuatro tipos de intervenciones en los centros penitenciarios: las comunidades terapéuticas (CT), el asesoramiento grupal, los campos de entrenamiento para personas privadas de la libertad por delitos relacionados con drogas y los programas de mantenimiento con medicamentos. Los resultados sugieren que los programas de comunidad terapéutica fueron efectivos para reducir el consumo de drogas y la reincidencia, el asesoramiento grupal y los programas de mantenimiento fueron efectivos para reducir el consumo más no la reincidencia y los campos de entrenamiento no tuvieron ningún efecto sustancial en ninguna de las medidas de resultado.

Además de los efectos moderados sobre la disminución del consumo, numerosos estudios evidencian que el encarcelamiento puede aumentar las condiciones de vulnerabilidad de las personas que ya usan drogas. Por definición, la criminalización aumenta el riesgo de arresto o encarcelamiento, y el consumo de drogas en prisión se ha asociado con resultados adversos para la salud (Dolan et al., 2021). Además, aumenta la exposición a la violencia (Werb et al., 2011), y fomenta el estigma, la discriminación y la exclusión social (Dixon & Maher, 2002).

Otros de los resultados más importantes han señalado que la criminalización, al aumentar el precio de las drogas, promueve que algunos consumidores se involucren en actividades delictivas o actividades potencialmente riesgosas como el trabajo sexual (a menudo también penalizado) para apoyar su consumo de drogas (Maher et al., 2002). Asimismo, una revisión sistemática realizada por DeBeck et al., (2017) confirma que la penalización del consumo de drogas tiene un efecto negativo en la prevención y el tratamiento del VIH, dado que aumenta los riesgos al consumir sustancias inyectables en condiciones de privación de la

libertad (Strathdee et al., 2010). Adicionalmente, la criminalización restringe el acceso a programas de intercambio de jeringas, tratamientos de sustitución de opioides y terapia antirretroviral contra el VIH (Wolfe et al., 2010).

3.2. Prevención del consumo de drogas

La prevención del consumo de drogas consiste en un conjunto de estrategias encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo y a fomentar factores de protección frente al consumo de drogas, con la finalidad de evitar que este ocurra, lograr que se retrase su inicio, o bien conseguir que no se conviertan en un problema (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [MinSalud], 2019).

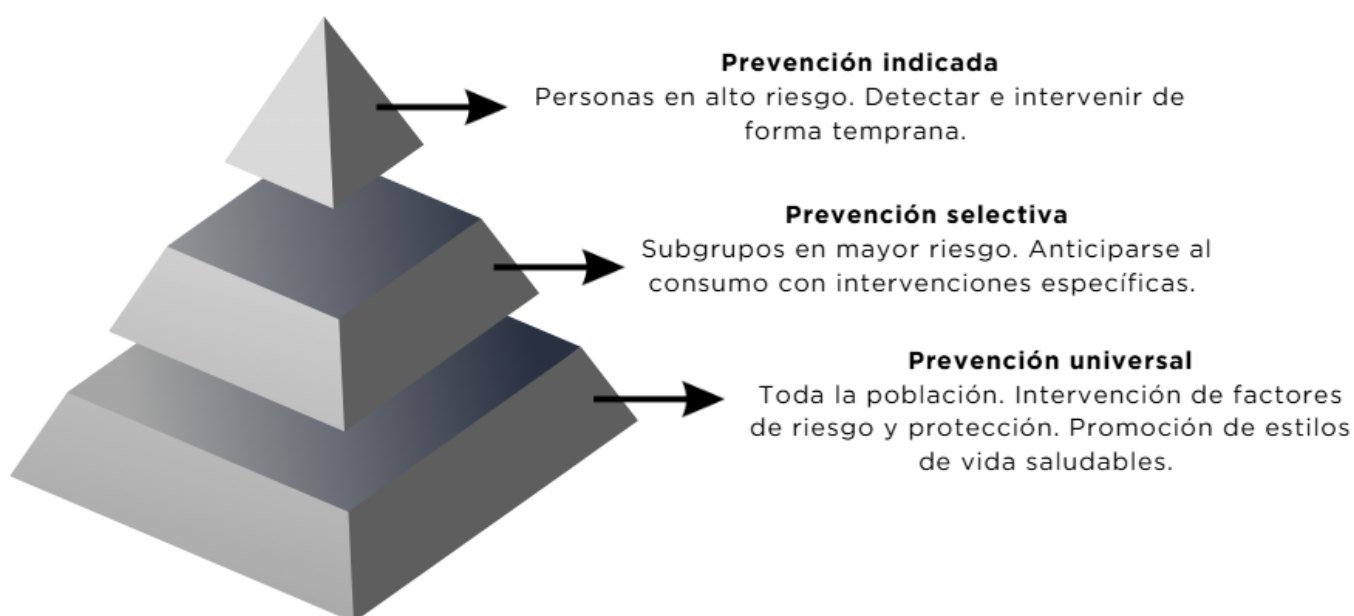
La prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se estructura en tres niveles diferenciados según el tipo de población a la que se dirigen las acciones preventivas. Esta clasificación, propuesta por Gordon (1983), permite orientar las intervenciones con base en el nivel de riesgo identificado y ajustar las estrategias de acuerdo con las características de cada grupo.

La prevención universal está dirigida a toda la población, independientemente de si existe o no un riesgo específico de consumo. Su objetivo es fortalecer los factores protectores y disminuir los factores de riesgo comunes a nivel comunitario, promoviendo estilos de vida saludables y entornos protectores. En este nivel se implementan estrategias como campañas de sensibilización masiva, programas escolares de educación para la salud, fortalecimiento del tejido social, intervenciones comunitarias y políticas públicas que fomenten el bienestar y la cohesión social.

La prevención selectiva se enfoca en subgrupos poblacionales que presentan factores de vulnerabilidad que los ponen en mayor riesgo de iniciar el consumo de SPA. Este nivel busca anticiparse al consumo mediante intervenciones más específicas, diseñadas para responder a las necesidades particulares de grupos como adolescentes en entornos de alta conflictividad, mujeres en situación de violencia, jóvenes en situación de calle o personas en ciertos contextos laborales de alta exposición. Las estrategias incluyen programas psicoeducativos focalizados, desarrollo de habilidades para la vida, competencias socioemocionales, acciones en entornos escolares vulnerables, y dispositivos de acompañamiento comunitario o institucional.

La prevención indicada está dirigida a personas que ya presentan señales claras de riesgo o manifestaciones tempranas relacionadas con el consumo de sustancias. El objetivo es intervenir de forma temprana y oportuna para evitar la progresión. En este nivel se requiere una evaluación individualizada y se aplican intervenciones psicosociales más intensivas, como el acompañamiento a adolescentes desvinculados del sistema educativo, personas en situación de privación de libertad, o aquellas que han tenido episodios de consumo reciente. Las estrategias incluyen atención individual o grupal, referencia a servicios especializados, y programas de prevención intensiva adaptados a contextos de alta vulnerabilidad.

Figura 6. Niveles de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.



Fuente: Elaboración propia, basada en la propuesta por Gordon (1983).

Flora (2022) señala que las intervenciones más efectivas son aquellas implementadas en contextos comunitarios, como las escuelas, a una edad temprana, y basadas en métodos experienciales adaptados a las necesidades de cada población. Además, los enfoques humanitarios son eficaces y pueden aplicarse en paralelo con los enfoques cognitivos y conductuales. Así mismo, reconoce que es importante que los profesionales que trabajan en la comunidad implementen o recomienden programas de prevención con las características

anteriores. Sin embargo, incluso para aquellos que no trabajan en la comunidad, es importante saber qué es lo que realmente previene el consumo de sustancias para hacer las referencias correctas y dar las instrucciones correctas.

A nivel de los servicios de salud, es importante que los programas de prevención se implementen principalmente de manera universal en un contexto amplio, como las escuelas, pero también de manera secundaria y selectiva en los grupos de alto riesgo. Finalmente, es importante enfatizar que la prevención del abuso de sustancias no es solo para los profesionales de la salud mental, sino también para toda la comunidad, los maestros, los padres y cada ciudadano individual.

3.3. Tratamiento de los trastornos derivados del consumo

El trastorno por consumo de drogas se caracteriza por un patrón de consumo que genera funcionalidad y malestar en la persona, además de problemas sociales (American Psychiatric Association [APA], 2013). El tratamiento del consumo de drogas es un proceso que busca ayudar a las personas a superar estos trastornos por consumo de drogas y recuperar su salud física y mental (MinSalud, 2019).

Se ha descubierto que una gama cada vez mayor de modalidades de tratamiento basadas en evidencia son efectivas para mejorar los resultados del trastorno por uso de sustancias y los daños derivados (Werb et al., 2016). La valoración de la efectividad de los diferentes tratamientos se viene evaluando desde los años setenta y tanto la Asociación Psicológica Americana [APA], la Asociación Psiquiátrica Americana, como el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA] han confeccionado listas de tratamientos con soporte empírico (Fernández Hermida & Secades, 2000).

En Estados Unidos, por ejemplo, se realizaron tres grandes estudios, el programa Drug Abuse Reporting Program [DARP] (Simpson, 1982; Simpson et al., 1986; Simpson & Sells, 1982), el Treatment Outcome Prospective Study [TOPS] (Hubbard et al., 1989), y el Drug Abuse Treatment Outcome Study [DATOS] (Grella et al., 1999; Joe et al., 1999), con el fin de medir la efectividad de las intervenciones hechas en los centros ambulatorios, comunidades terapéuticas y unidades hospitalarias, además de los tratamientos con metadona.

A partir de los resultados fue posible concluir que la intervención psicológica es esencial para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y que los tratamientos cumplen el objetivo de reducir el consumo de drogas diana (la droga por la cual se demanda tratamiento), reducir la actividad criminal y mejorar el funcionamiento laboral y social, siempre y cuando se apliquen con tiempo suficiente; siendo normalmente mejores que el “no tratamiento” o la sola desintoxicación.

Adicionalmente, para que los tratamientos sean efectivos deben ajustarse a las necesidades del paciente y no el paciente al tratamiento. Dentro de las estrategias que evidenciaron eficacia en la intervención del consumo de sustancias, la Society of Clinical Psychology resalta la terapia conductual y la terapia cognitivo-conductual (Fernández Hermida & Secades, 2000), que consisten en intervención a corto plazo que ayudan a los usuarios a reconocer las situaciones de alto riesgo, evitarlas cuando sea necesario y mejorar las habilidades de resolución de problemas y afrontamiento (Carroll, 2002; Magill et al., 2020).

Otras investigaciones señalan que el entrenamiento en habilidades sociales, la exposición a señales de droga desde la aproximación de reforzamiento comunitario y la terapia cognitiva-conductual son las intervenciones que mayores niveles de abstinencia evidencian, y que la terapia de reforzamiento motivacional, la terapia de facilitación de 12 pasos y la terapia de meditación relajación, también han mostrado resultados positivos (Díaz-Morán & Fernández-Teruel, 2013).

Con respecto a la duración del tratamiento, se ha encontrado que las personas que recibieron un tratamiento o apoyo planificado a largo plazo tenían un 23,9 % más de posibilidades de abstenerse o consumir moderadamente que las personas que recibieron un tratamiento estándar más corto (Beaulieu et al., 2021).

Por su parte, se ha encontrado que la terapia farmacológica puede ser un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combina con la intervención psicosocial o dentro de programas multicomponentes (Díaz-Morán & Fernández-Teruel, 2013; Fernández Hermida & Secades, 2000).

Recientemente, se ha estudiado el efecto del tratamiento obligatorio, concluyendo que, en general, no se encuentran mejores resultados que el tratamiento voluntario, e incluso, algunos estudios sugieren daños potenciales, debido a la posibilidad de que se produzcan abusos contra los derechos humanos (Werb et al., 2016).

4. Limitaciones de los principales abordajes

A pesar de la evidencia que existe sobre la efectividad de algunas estrategias de prevención y tratamiento, estas siguen siendo insuficientes para atender las necesidades que existen alrededor del mundo (UNODC, 2019). La demanda de tratamiento de trastornos relacionados con las drogas sigue en gran medida insatisfecha, por lo que el derecho a la salud no se concede a muchas personas que usan drogas (UNODC, 2023, 2025).

Específicamente en el hemisferio occidental, la atención a los usuarios de drogas presenta múltiples dificultades: el estigma asociado al consumo muchas veces impide que los usuarios busquen tratamiento o incluso puede llevar a que muchas personas sean forzadas recibir servicios de mala calidad o ineficaces, en condiciones que violan sus derechos humanos. Por un lado, la oferta de tratamiento está principalmente a cargo del sector público, que presenta enormes carencias de recursos, lo que hace que se le niegue el acceso a tratamiento a muchas personas que lo necesitan; por otro lado, los tratamientos también pueden estar a cargo de organizaciones sociales o comunitarias, en ocasiones de carácter religioso, en donde es común que reciban usuarios de drogas en contra de su voluntad o que ofrezcan tratamientos de alto costo, haciéndose inaccesible para la mayoría de personas que lo necesitan. Así mismo, en algunos países la oferta de tratamiento se encuentra en zonas aisladas y consiste en internaciones por largos periodos de tiempo, sin evidencia sobre el progreso del paciente, aislando a las personas de sus familias (OEA, 2014)

Un informe presentado por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2023) señala que el uso desproporcionado de sanciones penales disuade a los consumidores de drogas de buscar tratamiento y alimenta el

estigma y la exclusión social; lo cual parece afectar de manera diferencial a las personas afrodescendientes, a las mujeres, a los pueblos indígenas y a los jóvenes de entornos pobres.

De esta manera, pide abandonar las medidas punitivas para abordar el problema mundial de las drogas y utilizar en su lugar políticas basadas en los derechos humanos y la salud pública, encaminadas a reducir los daños, con perspectiva de género y basados en pruebas; resaltando además, que un número cada vez mayor de países de todas las regiones están adoptando estos cambios positivos.

5. Reducción de daños

También llamada reducción de riesgos y daños, reducción o prevención de riesgos, mitigación o minimización de daños.

La reducción de daños se refiere a políticas, programas y prácticas que tienen como objetivo minimizar los impactos negativos en la salud, sociales y legales, asociados con el uso de drogas, las políticas de drogas y las leyes sobre drogas (Harm Reduction International [HRI], 2020), aceptando que muchas personas que usan drogas no necesitan tratamiento y otras simplemente no dejarán de consumir (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2015; Single, 1995).

Este enfoque del abordaje del consumo de drogas se basa en principios de justicia y derechos humanos, por lo que se centra en realizar cambios positivos y en trabajar directamente con las personas sin juzgarlas, coaccionarlas, discriminarlas ni exigirles que dejen de consumir drogas como condición previa para recibir apoyo (HRI, 2020).

5.1. Principios de la reducción de daños

Los principios que orientan este enfoque actúan como fundamentos éticos y operativos para el diseño e implementación de políticas, programas e intervenciones. Estos principios no solo guían la acción profesional, institucional y comunitaria, sino que también permiten diferenciar la reducción de daños de otros enfoques tradicionales centrados exclusivamente en la abstinencia o en el control del consumo. A continuación, se presentan los principios clave que estructuran la práctica de la reducción de daños (National Harm Reduction Coalition [NHRC],

2020), los cuales buscan asegurar una respuesta más humana, efectiva y basada en evidencia ante los múltiples desafíos que plantea el consumo de sustancias:

Figura 7. Principios de la reducción de daños.



Fuente: Elaboración propia, basada en los principios de la reducción de daños (NHRC, 2020).

- ➔ Acepta que el consumo de drogas lícitas e ilícitas forma parte de nuestro mundo y opta por trabajar para minimizar sus efectos nocivos en lugar de simplemente ignorarlos o condenarlos.
- ➔ Entiende el consumo de drogas como un fenómeno complejo y polifacético que abarca un continuo de comportamientos que van desde el consumo grave hasta la abstinencia total, y reconoce que algunas formas de consumir drogas son claramente más seguras que otras.

- Establece la calidad de vida y el bienestar individual y comunitario -no necesariamente el abandono del consumo de drogas- como criterio para el éxito de las intervenciones y las políticas.
- Pide que se presten servicios y recursos, sin prejuicios ni coacciones, a los consumidores de drogas y a las comunidades en las que viven, con el fin de ayudarles a reducir los daños derivados de su consumo.
- Garantiza que las personas que usan drogas [PUD] y las que tienen antecedentes de consumo de drogas tengan voz en la creación de programas y políticas destinados a ellas.
- Afirma a las propias PUD como los principales agentes para reducir los daños de su consumo de drogas, y trata de capacitarlas para que compartan información y se apoyen mutuamente en estrategias que respondan a sus condiciones reales de consumo.
- Reconoce que las realidades de la pobreza, la clase social, el racismo, el aislamiento social, los traumas del pasado, la discriminación por razón de sexo y otras desigualdades sociales afectan tanto a la vulnerabilidad de las personas como a su capacidad para afrontar eficazmente los daños relacionados con las drogas.
- No intenta minimizar o ignorar los daños y peligros reales y trágicos que pueden asociarse al consumo de drogas ilícitas.

5.2. El contínuum del uso de las drogas: diferentes tipos de uso

Aunque en la actualidad existe un consenso creciente en torno a la idea de que el consumo de sustancias psicoactivas debe entenderse como un fenómeno dinámico y situado dentro de un espectro amplio de posibilidades, aún no se cuenta con un modelo teórico unificado y ampliamente validado que organice de forma sistemática los distintos tipos de consumo. Las categorías comúnmente utilizadas —como uso experimental, recreativo, habitual, abusivo o problemático— provienen de aproximaciones empíricas, marcos clínicos y desarrollos conceptuales que, si bien resultan útiles para la práctica y la investigación, no derivan de una única teoría comprensiva. Por ello, las definiciones aquí presentadas deben

entenderse como una propuesta orientativa, basada en fuentes reconocidas, que busca ofrecer una clasificación funcional para el análisis.

La reducción de daños reconoce que el consumo de sustancias puede ser entendido como un contínuum. En este contínuum las personas pueden transitar por diferentes tipos de consumo, sin que esto quiera decir que necesariamente desencadenará en un consumo problemático o dependiente (Calzada, 2021). Además, pueden tener diferentes tipos de consumo con diferentes sustancias, es decir, pueden tener un consumo dependiente de tabaco y un consumo recreativo de alcohol al mismo tiempo.

Figura 7. *El contínuum del uso de las drogas.*



Fuente: Elaboración propia.

- **No uso o abstinencia:** Corresponde a la ausencia total de consumo de sustancias psicoactivas (Calzada, 2021), ya sea por decisión personal, razones de salud, convicciones u otros factores. Ejemplo: Una persona que nunca ha consumido tabaco, alcohol ni otras sustancias por elección personal o cultural.
- **Uso:** Hace referencia al consumo aislado, episódico y/u ocasional de una sustancia, sin que este genere dependencia ni consecuencias negativas significativas. Aun así, pueden presentarse riesgos si no se toman medidas preventivas (Barra & Diazconti, 2013). Dentro de este podemos encontrar el uso terapéutico, el uso experimental y el uso recreativo, siempre y cuando se

haga en condiciones de menor riesgo. Ejemplo: Alguien que consume alcohol en una celebración una vez al año, sin que esto afecte su salud o funcionalidad.

- **Uso terapéutico:** Uso con fines médicos o de bienestar, prescrito o supervisado, generalmente para tratar síntomas físicos o emocionales (NIDA, 2023). Ejemplo: Una persona con dolor crónico que utiliza cannabis o el uso de ketamina en entornos clínicos para tratar depresión resistente.
- **Uso de riesgo:** Implica consumir en condiciones que aumentan la probabilidad de consecuencias negativas, ya sea por la sustancia, la dosis, el entorno o el estado emocional (Barra & Diazconti, 2013). Dentro de este podemos encontrar el uso experimental, el uso recreativo y el uso habitual, siempre que se haga en condiciones bajo las cuales existe un riesgo de consecuencias negativas. Ejemplo: Una persona que consume alcohol en exceso antes de conducir; o alguien que combina medicamentos ansiolíticos con alcohol.
- **Uso problemático:** Se presenta cuando el consumo empieza a generar consecuencias en la salud física, mental o en las relaciones personales o laborales, sin llegar aún a un diagnóstico clínico de trastorno (Calzada, 2021). Dentro de este podemos encontrar el uso abusivo y el uso dependiente o que genera trastorno por consumo. Ejemplo: Una persona joven que ha empezado a faltar frecuentemente a clases o a tener conflictos familiares por su consumo habitual de marihuana o cocaína los fines de semana.
- **Uso experimental:** Corresponde a las primeras experiencias con una sustancia, motivadas por curiosidad, sin una intención de uso repetido (UNODC, 2010). Ejemplo: Un adolescente que prueba MDMA una sola vez durante una fiesta universitaria, sin repetir la experiencia.
- **Uso recreativo:** Consumo que ocurre en contextos de ocio, con intención de disfrutar o potenciar experiencias sociales o sensoriales (UNODC, 2010). Ejemplo: Una persona que consume alcohol o cannabis ocasionalmente en reuniones con amigos o festivales, con conocimiento de los efectos y precauciones básicas.

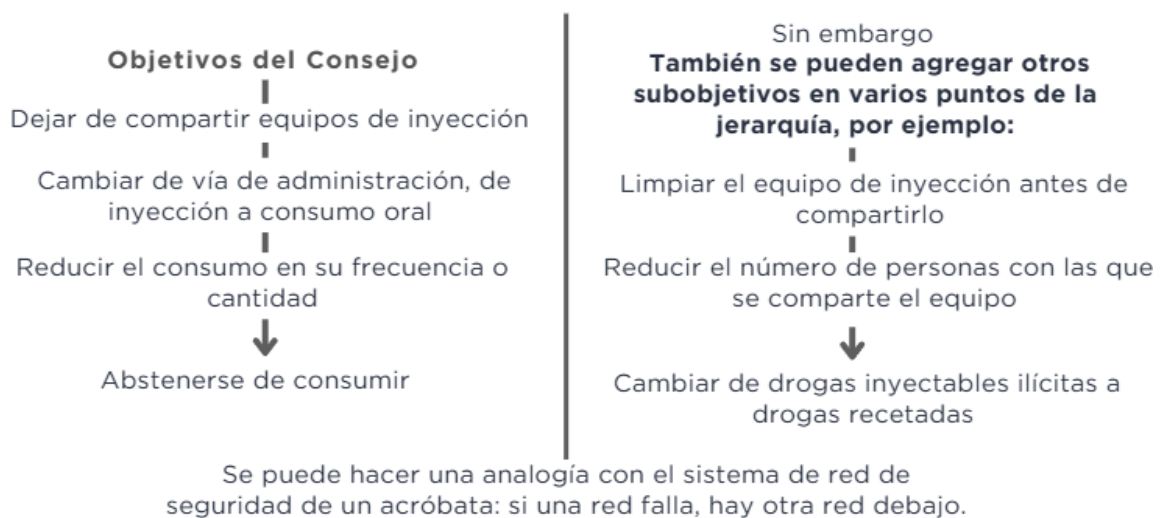
- **Uso habitual:** Se da cuando el consumo se vuelve frecuente y estructural en la rutina diaria, cumpliendo funciones emocionales o sociales constantes (UNODC, 2010). Ejemplo: Una persona que fuma marihuana todos los días al llegar a casa para “relajarse” o alguien que necesita una dosis diaria de cocaína para enfrentar el trabajo o el estudio.
- **Uso abusivo:** Consumo repetido y perjudicial, con dificultades para controlar la cantidad o las consecuencias, aunque sin cumplir todos los criterios clínicos de un trastorno (Stanford Medicine Children’s Health, 2023). Ejemplo: Una persona que consume grandes cantidades de alcohol cada fin de semana, ha perdido varios trabajos por ello y ha tenido problemas legales, pero aún no ha buscado ayuda ni tiene diagnóstico formal.
- **Trastorno por consumo de sustancias:** Diagnóstico clínico que implica un patrón persistente de consumo que genera deterioro o malestar significativo, según criterios del DSM-5 (APA, 2013), es decir, que se cumplan criterios como (1) consumo reciente o habitual de una sustancia, (2) que persiste a pesar de las consecuencias negativas, (3) e incluso en situaciones de riesgo; (4) aumento de la tolerancia, (5) síntomas de abstinencia al dejar de consumir, (6) deseo incontrolable de consumir o craving, (7) deseo infructuoso de abandonar el consumo, (8) incumplimiento de deberes por estar consumiendo o recuperándose del consumo, (9) inversión de tiempo significativo en conseguir o consumir la sustancia, (10) imposibilidad de controlar la conducta. Ejemplo: Una persona con dependencia a los opioides que ha intentado dejar de consumir varias veces sin éxito, experimenta síntomas de abstinencia, dedica gran parte de su día a conseguir la sustancia y ha deteriorado su salud, trabajo y relaciones sociales.

5.3. Objetivos de la reducción de daños

Mientras que las intervenciones centradas en la abstinencia son relativamente fáciles de evaluar observando la prevalencia del consumo, las intervenciones de reducción de daños requieren la selección de un subconjunto de objetivos deseados de una matriz de posibles opciones de reducción de daños (Newcombe, 1992).

Los objetivos de reducción de daños son jerárquicos, es decir, varían en su propensión a disminuir los efectos negativos del consumo de drogas. A continuación se describe una secuencia de objetivos elegida por el Consejo Asesor sobre el Uso Indebido de Drogas del Gobierno Británico como estrategia para reducir la transmisión de la infección por VIH entre y desde los consumidores de drogas inyectables (British Government's Advisory Council on the Misuse of Drugs 1988, 1989):

Figura 8. *Objetivos de la reducción de daños.*



Fuente: Elaboración propia, basada en BGAC (1988, 1989).

Antes de que se puedan clasificar los objetivos de reducción de daños y medir la eficacia de las intervenciones para alcanzarlos, es necesario decidir qué riesgos o daños se quieren reducir, un proceso que inevitablemente se basará en una mezcla compleja de objetivos organizacionales, creencias y análisis racional (Newcombe, 1992).

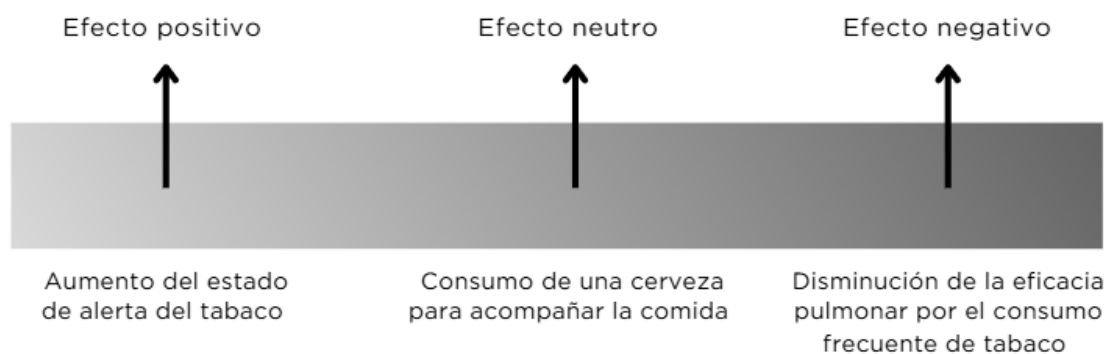
5.4. Reducir los riesgos y mitigar los daños

Para desentrañar el concepto de reducción de daños, primero debemos distinguir las clases de comportamiento de consumo de drogas que se sabe o se sospecha que producen clases particulares de consecuencias o resultados (Newcombe, 1992). Para esto es clave diferenciar los riesgos del consumo de drogas y las consecuencias (los beneficios versus los daños del consumo de drogas): i) riesgo es

un término utilizado para describir la probabilidad de que un comportamiento de consumo de drogas tenga como resultado una serie de consecuencias. Por ejemplo: compartir equipos de inyección; ii) las consecuencias pueden dividirse entre los beneficios o efectos que son considerados positivos de consumir, versus los daños que puede generar el consumo. Estos son términos complementarios (dos caras de una misma moneda) que se utilizan para describir si una consecuencia particular se considera negativa (indeseable) o positiva (deseable). Por ejemplo: Contraer VIH o no.

El consumo de drogas, desde la mayoría de las perspectivas, produce efectos negativos, positivos y neutros; decidir si determinadas consecuencias del consumo de drogas son daños, beneficios o tienen un valor neutral, depende de la valoración personal de quien toma las decisiones (Newcombe, 1992).

Figura 9. Efectos del consumo de drogas.



Fuente: Elaboración propia.

Existen conductas de consumo que pueden considerarse más riesgosas, puesto que tienen una mayor probabilidad de generar un efecto negativo, por ejemplo, mezclar diferentes sustancias o consumir frecuentemente una sustancia con capacidad de generar dependencia física. En contraste, unos efectos positivos o neutros, se asocian con conductas de consumo menos riesgosas, como consumir una sustancia pocas veces o en una dosis baja.

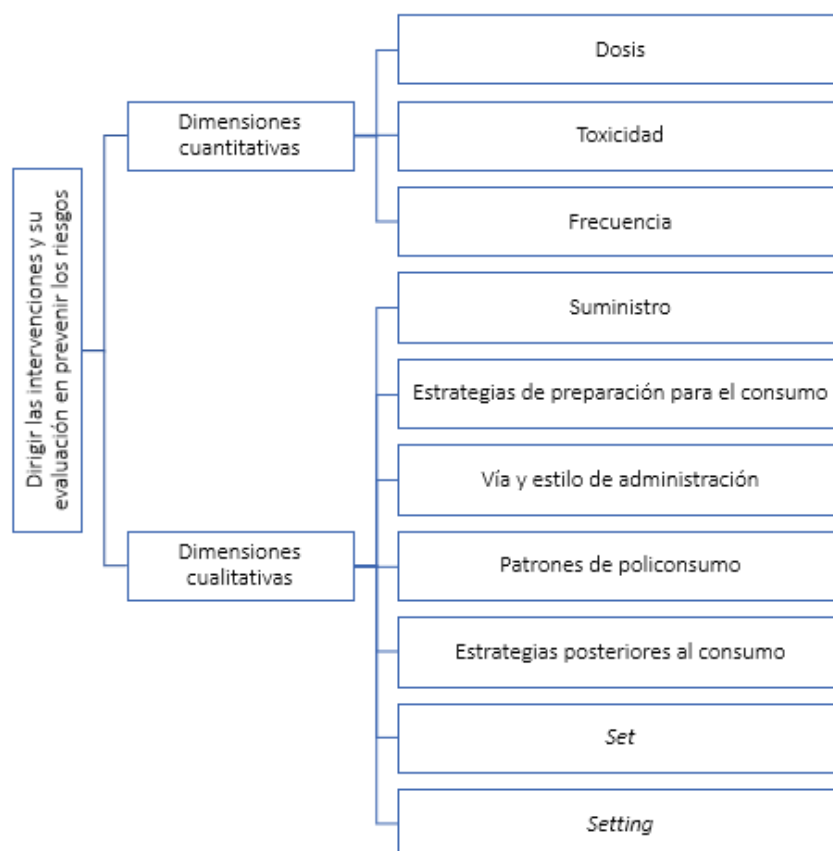
En términos generales, un cambio (por ejemplo, aumento) en el nivel de un daño puede reconstruirse como lo mismo que el cambio opuesto (por ejemplo, disminución) en el nivel de beneficio, lo que sugiere que puede ser más exacto

hablar de optimización de consecuencias, que incorpora tanto reduciendo el daño como aumentando los beneficios (Newcombe, 1992). En este sentido, las intervenciones pueden centrarse en dos objetivos diferentes, por un lado, prevenir los riesgos, es decir, disminuir la probabilidad de que un comportamiento de consumo de drogas tenga como resultado una serie de consecuencias que podrían considerarse negativas; o mitigar los daños, es decir, atender las consecuencias negativas que ya se generaron como producto de las conductas riesgosas.

5.4.1. Riesgos asociados al consumo de drogas

Un esquema para comprender los riesgos del consumo de drogas se basa en factorizar los componentes conceptuales del comportamiento de consumo de drogas en dimensiones cuantitativas (dosis, toxicidad y frecuencia) y dimensiones cualitativas (acceso, preparación, vía de administración, patrón de policonsumo, cuidados posteriores, set y setting) (Newcombe, 1992).

Figura 9. Riesgos asociados al consumo de drogas.



Fuente: Elaboración propia.

Dimensiones cuantitativas

→ **Riesgos asociados a la dosis:** La dosis se refiere a la cantidad de droga consumida en un periodo específico de tiempo. Se considera riesgoso cuando se excede la cantidad de droga en la que los efectos negativos comienzan a superar los efectos positivos y, por lo tanto, puede ocurrir una intoxicación o sobredosis.

→ **Riesgos asociados a la toxicidad:** Se refiere a la escala de los efectos físicos y mentales causados por una cantidad específica de una droga. Se considera riesgoso cuando los productos tienen una alta concentración de droga, puesto que se consideran más potentes. Por ejemplo, productos con mayores concentraciones de THC (cannabis), pueden ser más riesgosos que productos con menores concentraciones.

Esto también puede extenderse entre sustancias, por ejemplo, dentro de las sustancias que producen un efecto estimulante del sistema nervioso central, se considera que la cafeína es menos potente que la cocaína y en ese sentido menos riesgosa, igualmente, la cocaína es menos potente que la Anfetamina y en ese sentido menos riesgosa).

→ **Riesgos asociados a la frecuencia de consumo:** Se refiere al número de veces que una persona consume una droga en un período de tiempo determinado y, por tanto, al número y duración de los períodos de abstinencia. Se considera riesgoso cuando se aumenta la frecuencia de uso.

Dimensiones cualitativas

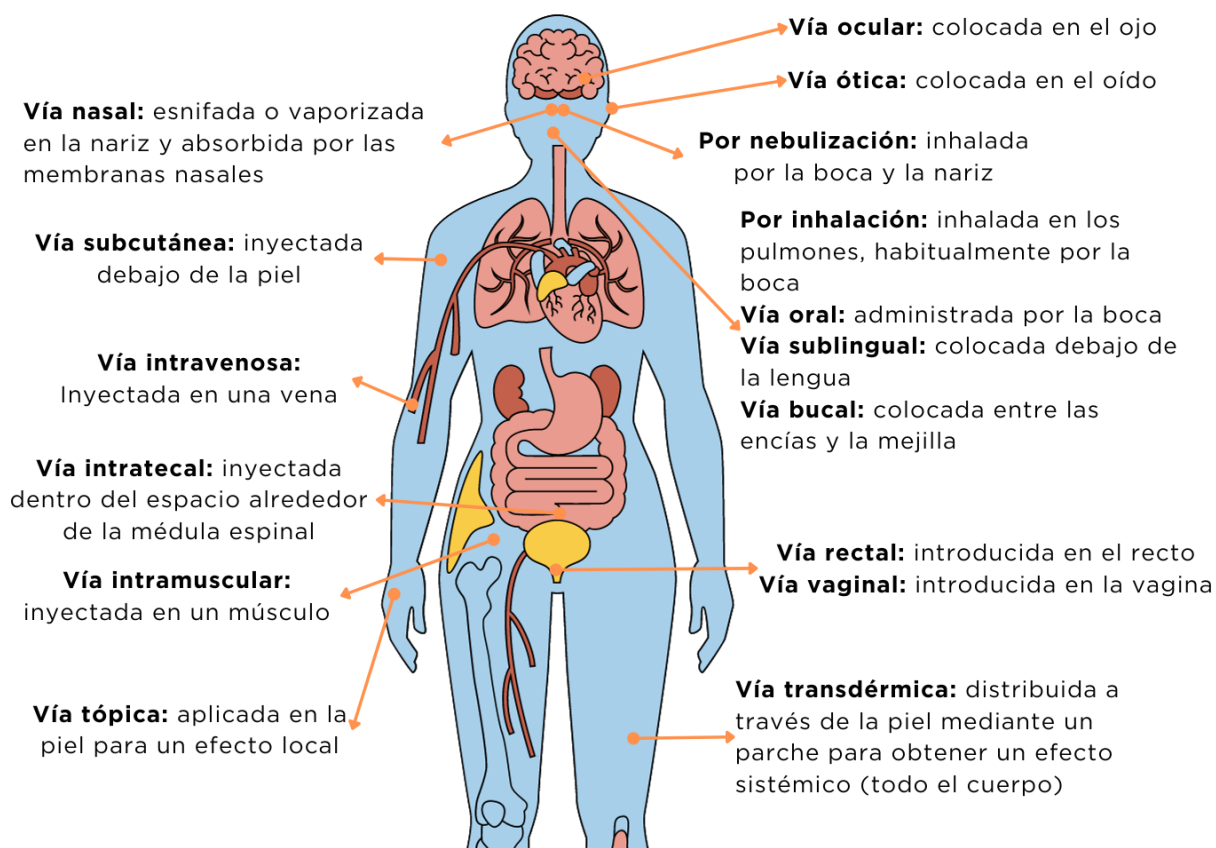
→ **Riesgos asociados al suministro de la sustancia:** Se refiere al método mediante el cual una persona obtiene posesión de una droga. Cuando las drogas son ilegales, es mucho más probable que sean vendidas adulteradas o sustituidas, puesto que no hay control de calidad como con las drogas que se obtienen bajo recetas médicas.

→ **Riesgos asociados a la falta de planeación o preparación para el consumo:** Se refiere a los riesgos asociados a acciones relevantes que deberían realizarse antes de la administración de la droga que preparen a la

persona para el consumo. Por ejemplo, limpiar o no el equipo de consumo, comer o no, utilizar filtros o no.

→ **Riesgos asociados a la vía y estilo de administración:** Se refiere a la vía mediante la cual se introduce la sustancia en el cuerpo. Existen cuatro principales vías de administración:

Figura 10. Riesgos asociados a la vía y estilo de administración.



Fuente: Elaboración propia.

Algunas vías de administración, como la vía oral, son consideradas menos riesgosas que otras, como la intravenosa, puesto que, por ejemplo, produce un inicio más lento de intoxicación, haciendo que los efectos sean más fáciles de manejar, mientras que la vía intravenosa aumenta el riesgo de intoxicación, así como el riesgo de contraer infecciones de transmisión sanguínea.

El estilo de administración de drogas también influye en el riesgo del consumo de drogas. Por ejemplo, ingerir la sustancia lentamente puede ser menos riesgoso que

ingerirla de un trago; inhalar el humo hasta lo más profundo de los pulmones puede ser más riesgoso que aspirarlo únicamente por la boca; inyectarse drogas con la técnica adecuada (por ejemplo, ángulo y profundidad de penetración) es menos riesgoso que inyectarse drogas sin conocimientos de la técnica de inyección.

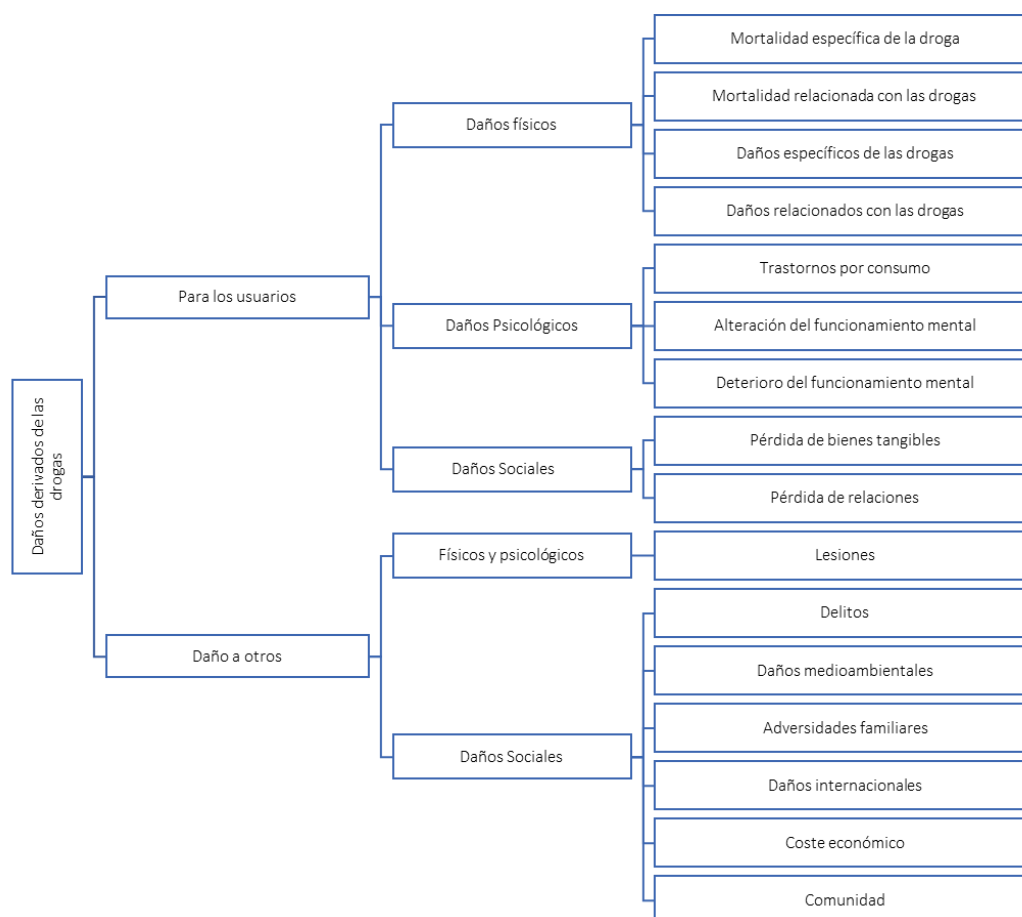
- **Riesgos asociados a los patrones de policonsumo:** Otro determinante importante del riesgo es el policonsumo de drogas, ya que las combinaciones de dos o más drogas producen, en términos fisiológicos, una “nueva droga”, a menudo mucho más potente que la suma de sus partes. Se sabe que la combinación de drogas depresoras como opiáceos y alcohol es particularmente peligrosa, aunque se sabe menos sobre los posibles efectos de muchas otras combinaciones de drogas populares (por ejemplo, anfetamina y cannabis, cocaína y heroína).
- **Riesgos asociados a la falta de estrategias posteriores al consumo:** Se refiere a los riesgos asociados a la embriaguez de la sustancia y sus posibles efectos sobre la conducta, así como la falta de implementación de estrategias posteriores que le permitan a la persona reponerse del consumo. Por ejemplo, tener relaciones sexuales sin usar preservativos, conducir bajo el efecto de las sustancias, o no hidratarse y descansar después de una sesión de consumo.
- **Riesgos asociados al Set:** Se refiere a las características personales, tanto de su historia como de su estado previo al consumo, que pueden influir en los efectos de la sustancia. Por ejemplo, los motivos por los cuales la persona quiere consumir, sus conocimientos sobre la droga y sus riesgos, su personalidad o su estado de ánimo. Estas características pueden influir no solo en la experiencia de consumo, es decir, que la persona disfrute los efectos, o, por el contrario, tenga un “mal viaje”, sino que también pueden influir en la toma de decisiones, como por ejemplo, manejar un auto al no saber que la sustancia afecta su capacidad motriz y aumentar el riesgo de sufrir un accidente.

→ **Riesgos asociados al Setting:** Se refiere a las condiciones bajo las cuales se da el consumo, es decir, dónde, cuando, con quién, para hacer qué, etc. Algunas conductas, como consumir en compañía de personas de confianza o consumir en una casa, pueden considerarse más seguras que consumir en compañía de extraños o en la vía pública.

5.4.2. Daños asociados al consumo de drogas

El consumo de drogas se relaciona con una cantidad de consecuencias negativas, no solo a nivel personal sino social y comunitario. Con el objetivo de brindar una mejor orientación a los formuladores de políticas en materia de salud, vigilancia y atención social, Nutt et al., (2007) desarrollaron la escala racional para evaluar el daño de las drogas y propusieron que, para la toma de decisiones en materia de políticas públicas, los países deberían considerar 16 criterios:

Figura 10. Daños asociados al consumo de drogas.



Fuente: Elaboración propia, basada en Nutt et al., (2007).

Se hace uso de este modelo al considerar que permite identificar las consecuencias negativas asociadas a las drogas, no solo desde el nivel del consumo individual, sino en un espectro más amplio. Sin embargo, es importante señalar que para efectos de la mitigación, aquellos daños que se refieren a la mortalidad solo pueden abordarse desde la prevención de riesgos.

Daños a los usuarios

Daños físicos:

- **Mortalidad específica de la droga:** Se refiere a la letalidad intrínseca del fármaco expresada como relación entre la dosis letal y la dosis estándar (Nutt et al., 2007). Por ejemplo, la muerte debida a depresión del sistema respiratorio como consecuencia del consumo de una dosis elevada, la muerte por infarto agudo de miocardio como consecuencia del consumo frecuente o la muerte debida a intoxicación por consumo de sustancias adulteradas o sustituidas.
- **Mortalidad relacionada con las drogas:** Se refiere a la medida en que la vida se acorta por el consumo de drogas (Nutt et al., 2007). Por ejemplo, la muerte por accidentes de tráfico, cáncer de pulmón, VIH, suicidio.
- **Daños específicos de las drogas:** Se refiere a los daños a órganos (hígado, riñones, etc.) y sistemas (cardiovascular, nervioso, digestivo, etc.) específicos de las drogas y de su vía de administración (Nutt et al., 2007). Por ejemplo, cirrosis, convulsiones, derrames cerebrales, cardiomiopatía, úlceras estomacales.

Con respecto a los daños asociados a las diferentes vías de administración, se encuentra, por la vía nasal el daño a las mucosas, al tabique o al séptum, por la vía intravenosa, infecciones de transmisión sanguínea [ITS], lesiones en la piel y venas, por la vía inhalada, quemaduras, daño al sistema respiratorio y por la vía oral daños como gastritis, úlceras, etc.

- **Daños relacionados con las drogas:** Se refiere a los daños derivados de conductas promovidas por el uso de las drogas (Nutt et al., 2007). Por ejemplo, embarazo no planeado, infecciones de transmisión sanguínea [ITS],

virus y bacterias, enfisema y daños por agentes cortantes, hemorragias, gangrenas, accidentes y/o lesiones.

Daños Psicológicos

- **Trastornos por consumo:** Se refiere a la aparición de trastornos derivados del consumo (Nutt et al., 2007), como los descritos por la American Psychiatric Association (APA, 2013), por ejemplo, trastorno por consumo de alcohol, cocaína, cannabis, etc.
- **Alteración del funcionamiento mental:** Se refiere a la alteración específica del funcionamiento mental causada por la droga (Nutt et al., 2007). Por ejemplo, psicosis inducida por consumo de drogas.
- **Deterioro del funcionamiento mental:** Se refiere al deterioro del funcionamiento mental relacionado con las drogas y a deterioros secundarios al estilo de vida de la persona (Nutt et al., 2007). Por ejemplo, trastorno de ansiedad o trastorno depresivo, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, etc.

Daños Sociales

- **Pérdida de bienes tangibles:** Se refiere a la pérdida de bienes tangibles asociada a la conducta de consumo y su mantenimiento (Nutt et al., 2007), por ejemplo, pérdida de ingresos, vivienda, trabajo, logros educativos, antecedentes penales, encarcelamiento. Esto muchas veces se deriva del alto costo de las sustancias.
- **Pérdida de relaciones:** Se refiere a la pérdida de relaciones por la conducta de consumo (Nutt et al., 2007), por ejemplo, el deterioro de relaciones familiares o abuso o negligencia con los hijos.

Daño a otros

Físicos y psicológicos

- **Lesiones:** Se refiere al grado en que el consumo de una droga aumenta la probabilidad de lesiones a otras personas, tanto directa como

indirectamente (Nutt et al., 2007). Por ejemplo, la violencia (incluida la violencia doméstica), los accidentes de tráfico, el daño fetal o la transmisión secundaria de virus sanguíneos.

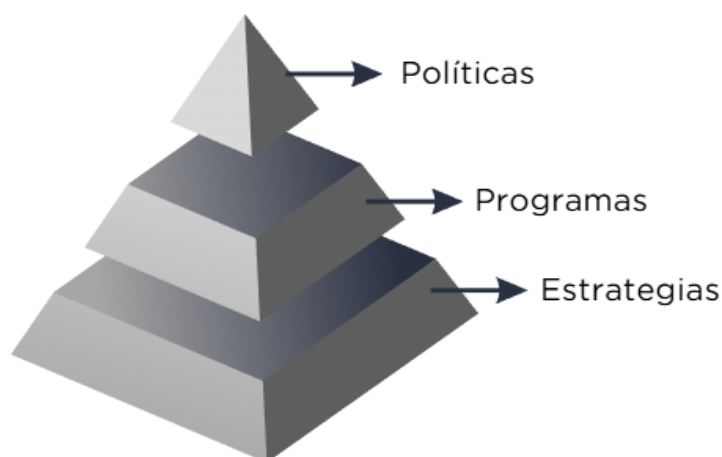
Daños Sociales

- **Delitos:** Se refiere al grado en que el consumo de una droga implica o conduce a un aumento del volumen de delitos adquisitivos (más allá del acto de consumo de drogas) directa o indirectamente (a nivel poblacional, no individual (Nutt et al., 2007)). Los delitos más comunes asociados con las drogas son el delito de porte de sustancias, los hurtos, lesiones y/o violencia.
- **Daños medioambientales:** Se refiere al grado en que el uso y la producción de una droga causan daños al medio ambiente (Nutt et al., 2007), por ejemplo, por residuos tóxicos de fábricas de anfetamina, agujas desechadas, etc.
- **Adversidades familiares:** Se refiere al grado en que el consumo de una droga provoca adversidades familiares (Nutt et al., 2007), por ejemplo, desestructuración familiar, bienestar emocional, perspectivas de futuro de los hijos, abandono infantil.
- **Daños internacionales:** Se refiere al grado en que el uso de una droga contribuye a la deforestación, la desestabilización de países, delincuencia internacional, nuevos mercados (Nutt et al., 2007).
- **Coste económico:** Se refiere al grado a la medida en que el consumo de una droga ocasiona costes directos al país (por ejemplo, atención sanitaria, policía, prisiones, servicios sociales, aduanas, seguros, delincuencia) y costes indirectos (por ejemplo, pérdida de productividad, absentismo) (Nutt et al., 2007).
- **Comunidad:** Se refiere al grado en que el consumo de una droga provoca un deterioro de la cohesión social y de la reputación de la comunidad (Nutt et al., 2007).

6. Ejemplos reducción de riesgos y daños

Como se ha evidenciado hasta ahora, la reducción de riesgos y daños hace referencia a enfoque muy amplio del abordaje del consumo de drogas, que resulta útil para atender cualquier tipo de consumo (desde el experimental hasta el dependiente) y que se basa en dos objetivos diferentes; por un lado, la prevención de riesgos, que busca a disminuir la probabilidad de tener consecuencias negativas asociadas al consumo de las drogas (en las personas que han decidido consumir) y, por otro lado, la reducción de daños, que hace referencia a mitigar los daños que ya se han causado por el consumo. En la práctica, se pueden diferentes niveles de aplicación de la reducción de riesgos y daños, entre estos:

Figura 11. Reducción de daños.



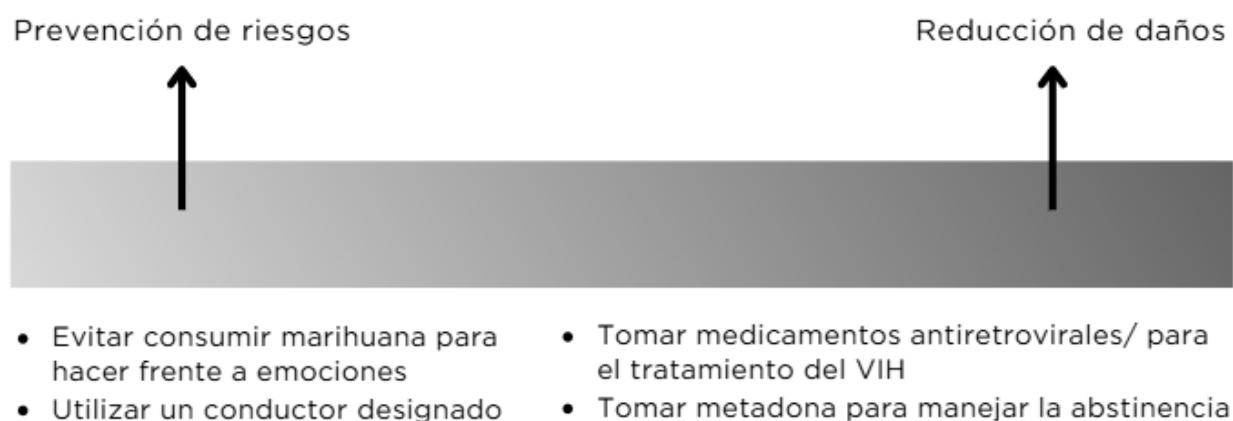
Fuente: Elaboración propia.

6.1. Estrategias de reducción de riesgos y daños

Estas se refieren a conductas específicas que las personas adoptan antes, durante y después del consumo de una sustancia, para prevenir los riesgos o mitigar los daños de este consumo, además de las estrategias que utilizan para evitar, moderar y/o detener el consumo (Pedersen et al., 2016). Estas prácticas son individuales y a menudo se aplican a nivel personal. Algunos ejemplos de estrategias incluyen el uso de condones para prevenir la transmisión de enfermedades de transmisión sexual en el contexto de la actividad sexual relacionada con el consumo de drogas, la utilización de agujas limpias para evitar la transmisión de enfermedades en el

caso de la inyección de drogas, o la verificación de la pureza de las sustancias antes de su consumo. Sus objetivos pueden entenderse como:

Figura 11. *Objetivos de las estrategias de reducción de riesgos y daños.*



Fuente: Elaboración propia, basada en Pedersen et al., (2016).

6.2. Programas de reducción de riesgos y daños

Los programas son esfuerzos amplios y organizados que involucran múltiples intervenciones y actividades que buscan abordar riesgos específicos relacionados con el consumo de drogas. Estos programas a menudo se implementan a nivel comunitario y pueden incluir una variedad de intervenciones, implementadas por equipos interdisciplinarios compuestos por pares, profesionales de las ciencias sociales y de la salud, voluntarios, etc., y que pueden incluir la entrega de material para el consumo de menor riesgo, la farmacoterapia, el análisis de sustancias, consejería, la educación en salud, entre otros.

→ **Educación:** Hace referencia a informar a las personas sobre las drogas, sus efectos según la dosificación, su potencia, las diferentes vías de administración a través de las cuales se puede consumir, etc. Además, informar sobre los potenciales riesgos por presencia de adulterante y/o sustituyentes, por su capacidad de generar dependencia, los riesgos de mezclar con otras sustancias, los riesgos asociados a conductas sexuales exacerbadas por el consumo, e incluso la legislación vigente sobre su porte. Por último, también incluye informar a las personas sobre prácticas de

reducción de daños, que pueden implementar individualmente, como las mencionadas en el apartado anterior.

Esta es una estrategia que se extiende a diferentes poblaciones y contextos, desde, por ejemplo, el consumo en entornos recreativos o de fiesta (Akbar et al., 2011), hasta intervenciones con adolescentes en edad escolar (N. R. Fischer, 2022); es una estrategia transversal que, por lo general, acompaña cualquier intervención de reducción de riesgos y daños.

Como estrategia de prevención de riesgos, la educación puede utilizarse para prevenir sobredosis y como estrategia de reducción de daños, la educación puede utilizarse para entrenar personas en la atención oportuna de sobredosis.

→ **Entrega de material para el consumo de menor riesgo:** Consiste en facilitar a las personas material para el consumo como torniquetes, agua destilada, parafernalia higiénica como jeringas o pipas, elementos para limpieza como algodón y alcohol, bálsamos para evitar y tratar quemaduras, preservativos, lubricantes, e incluso medicamentos para la abstinencia o para revertir la sobredosis como la naloxona (Frankeberger et al., 2019; Miskovic et al., 2018; Rigoni et al., 2018).

La entrega de material puede utilizarse para prevenir la transmisión infecciosa (VHC/VIH/tuberculosis), prevenir las lesiones en la piel, prevenir el embarazo, etc.

Dentro de esta categoría entran los programas de intercambios de jeringas, que se basan en la entrega de jeringas nuevas y la recepción de jeringas usadas (Gibson et al., 2001), sin que necesariamente el intercambio esté condicionado.

→ **Salas de consumo supervisado:** Son lugares donde las personas pueden inyectarse o fumar sustancias en entornos seguros bajo la supervisión de personal capacitado (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2018). Estos espacios son útiles para atender de

manera oportuna las sobredosis y derivar a las personas a servicios sociales y de salud, de acuerdo con sus necesidades.

→ **Farmacoterapia:** Consiste en el uso de medicamentos para reducir las consecuencias negativas del consumo (Rigoni et al., 2018). Dentro de los más destacados están los medicamentos agonistas, los medicamentos antagonistas y los medicamentos para el tratamiento de las enfermedades de transmisión infecciosa.

Los medicamentos agonistas actúan sobre los receptores cerebrales de la misma forma que las drogas, ayudando a evitar los síntomas del síndrome de abstinencia, pero con un suministro más seguro. Los medicamentos antagonistas bloquean los receptores cerebrales sobre los cuales actúan las drogas, ayudando a revertir las sobredosis. Por último, los medicamentos para el tratamiento de las enfermedades de la transmisión infecciosa (VHC/VIH/tuberculosis) (Hallinan et al., 2007).

→ **Farmacias comunitarias:** Son establecimientos sanitarios, donde el farmacéutico tiene un rol clínico y asistencial en salud, encargándose de atender las necesidades de los pacientes en materia de acceso a medicamentos, control y prevención (American Society of Health System Pharmacists [ASHP], 2001; Morales Herrera, 2017). Bajo este modelo, las farmacias comunitarias facilitan el acceso a medicamentos para terapias de sustitución o para la atención a sobredosis o facilitan el acceso a material higiénico, como jeringas (Goodin et al., 2018; Matheson et al., 2007). Estas estrategias son útiles para mejorar la adherencia al tratamiento.

→ **Servicios de análisis de sustancias:** Brindan a las personas la oportunidad de verificar el contenido de sus drogas antes de consumirlas, previniendo las intoxicaciones debidas a las adulteraciones. Consisten en el análisis del contenido de una pequeña muestra de la sustancia a consumir, que dependiendo de la metodología que utilice el servicio, puede arrojar resultados con una mayor o menor precisión. Estos servicios pueden influir positivamente en el cambio de comportamiento, promoviendo la toma de decisiones informadas (Giulini et al., 2023).

→ **Intervenciones psicológicas:** Muchas veces la información en sí misma no es suficiente para generar un cambio en las conductas de autocuidado o prevención de riesgos, por lo que las intervenciones breves (Mattoo et al., 2018), así como el entrenamiento en habilidades como el autocontrol, la planificación de la conducta, la resistencia a la presión del grupo y toma de decisiones, pueden resultar útiles para prevenir las consecuencias negativas asociadas al consumo, incluyendo el desarrollo de trastornos mentales (Rigoni et al., 2018).

Por su parte, las intervenciones en línea, que se apoyan en intervenciones conductuales, han sido identificadas como un vehículo para llegar a ciertas poblaciones, brindando la oportunidad de recibir atención, evitando realizar intervenciones cara a cara. Se han desarrollado intervenciones digitales en materia de alcohol y tabaco, reportando cierta efectividad, pero falta evidencia de la efectividad de las intervenciones digitales dirigidas a la reducción de daños (Dick et al., 2019).

Otras intervenciones, como la terapia cognitivo-conductual, el manejo de contingencias y la psicoterapia de reducción de daños, pueden ser eficaces para abordar el consumo de drogas (Carroll & Onken, 2005; Kampman, 2019; Melendez-Torres et al., 2018; Secades-Villa et al., 2007; Tatarsky, 2003).

→ **Intervenciones para cambiar las formas y/o vías de administración:** Son estrategias diseñadas para ayudar a las personas que consumen drogas a cambiar la forma en que administran las sustancias que consumen, en particular, pasando de métodos de administración de alto riesgo a formas de consumo menos dañinas. El uso de vaporizadores para apoyar la sensación del consumo de tabaco es un ejemplo de este tipo de intervenciones (Erku et al., 2020; Feeney et al., 2022), así como la entrega de kits e información, para reducir el número de inyecciones y apoyar el tránsito a una vía de administración de menor riesgo para personas que se inyectan drogas (Rigoni et al., 2018).

→ **Intervenciones para prevenir los riesgos sexuales:** Consisten en intervenciones integrales donde se brinda información sobre enfermedades

de transmisión sexual, al tiempo que se entregan implementes de prevención como preservativo y lubricantes, pero también se facilita el acceso a pruebas de tamizaje para la detección de ITS como el VIH, se facilita el acceso a tratamiento profiláctico como PreP y se remite a tratamiento (Rigoni et al., 2018).

Dentro de estas se encuentran las intervenciones dirigidas a las personas que ejercen prácticas de chemsex (consumo de sustancias y relaciones sexuales), que incluyen además servicios amigables para esta población (Rigoni et al., 2018; Strong et al., 2022).

→ **Centros de acogida (Housing firts):** Se centra en proporcionar vivienda estable y segura a las personas que experimentan la falta de hogar, particularmente a aquellos que enfrentan el consumo de drogas, además de problemas de salud mental y otras barreras para acceder a la vivienda (Rigoni et al., 2018).

→ **Estrategias transversales:** A continuación describiremos algunas estrategias que, aunque no corresponden a una intervención en sí misma, se ha demostrado que pueden mejorar el efecto de las intervenciones comunes de reducción de riesgos y daños.

- ◆ **Apoyo de pares:** Consiste en el acompañamiento durante las intervenciones de personas que han experimentado problemas relacionados con el consumo de drogas y que han superado estos desafíos (P. et al., 2023).

- ◆ **Intervenciones comunitarias:** Muchas de las intervenciones de reducción de daños, como los programas de entrega de jeringas o los servicios de análisis de sustancias, surgen como respuestas comunitarias a los problemas locales. En ese sentido, las intervenciones comunitarias consisten en el involucramiento de la comunidad en la reducción de riesgos y daños, mediante la movilización de líderes comunitarios, organizaciones y formuladores de políticas (Stockings et al., 2016). Estas estrategias implican la colaboración activa entre los residentes, las organizaciones locales y

las autoridades para abordar problemas de salud pública relacionados con el consumo de sustancias.

- ♦ **Intervenciones al alcance de todos (outreach):** Consiste en entrar en contacto con los usuarios de drogas en los lugares de consumo, disminuyendo las barreras de acceso (Ayon et al., 2018).
- ♦ **Intervenciones familiares:** Consiste en la aplicación de los principios de la reducción de daños, para ayudar a las familias a lidiar con el pesimismo, el dolor y la pena que acompañan su relación con una persona con un problema activo de consumo de sustancias. El tratamiento implica aprender procesos de toma de decisiones basados tanto en el autocuidado como en el amor por la persona que consume sustancias (Denning, 2010).
- ♦ **Apoyo de terceros:** Aunque es una estrategia menos común, sirve para identificar situaciones de riesgo a través de terceros, por ejemplo, empleados de sitios de consumo como bares y discotecas. Los programas de capacitación de camareros entrenan a las personas para reconocer signos de intoxicación, por ejemplo, a través del uso de alcoholímetros, minimizar el consumo adicional de alcohol por parte de personas "en riesgo", e impedir que conduzcan en estado de embriaguez (Akbar et al., 2011).

6.3. Políticas de reducción de riesgos y daños

Las políticas se refieren a las decisiones y directrices establecidas por gobiernos u organizaciones a nivel más amplio que influyen en la implementación de intervenciones y programas de reducción de riesgos y daños. Estas políticas pueden abordar cuestiones como la legalidad de la distribución de agujas limpias, la disponibilidad de salas de consumo supervisado, la regulación de sustancias y la financiación de programas de reducción de riesgos y daños. Las políticas de reducción de riesgos y daños son fundamentales para dar forma al entorno legal y de salud en el que se llevan a cabo las prácticas, intervenciones y programas.

Las medidas legislativas pueden resultar muy útiles para prevenir riesgos del suministro, como la adulteración o sustitución de sustancia, por ejemplo, a través de regulación de la venta de sustancias (Csete & Elliott, 2021; Ivsins et al., 2020). Igualmente, una estrategia para prevenir el riesgo de intoxicación y sobredosis asociada a los productos de alta potencia tiene que ver con medidas legislativas para regular la venta de este tipo de productos (B. Fischer et al., 2022).

7. Conclusión

A lo largo de este documento, se ha descrito la reducción de riesgos y daños como un enfoque muy amplio del abordaje del consumo de drogas; además, se han explorado los dos objetivos fundamentales de este abordaje: prevenir las consecuencias negativas y mitigar las que ya han ocurrido. Además, se ha propuesto una forma de entender los diferentes niveles en los que la reducción de riesgos y daños puede ponerse en práctica, y se han descrito algunas de las estrategias más comunes. La reducción de riesgos y daños es una estrategia fundamental para promover la salud y el bienestar de las personas que consumen drogas, al mismo tiempo que se respeta su autonomía y sus derechos. Sin embargo, persisten desafíos, como la falta de políticas favorables y financiamiento adecuado. A medida que se impulsan reformas de políticas de drogas en la región, es crucial reconocer el valor de la reducción de daños y trabajar en la eliminación de barreras que puedan limitar su expansión. Además, la investigación continua y el desarrollo de mejores prácticas son esenciales para mantener la eficacia de esta estrategia y garantizar un abordaje equitativo y basado en evidencia en la atención a las personas que consumen drogas. En última instancia, este documento invita a considerar la reducción de riesgos y daños como una parte integral y necesaria en la respuesta global a los problemas relacionados con el consumo de drogas.

Referencias bibliográficas

- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B., & Humphris, G. (2011). Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1186–1202.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.12.002>
- American Psychiatric Association [APA] (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- American Society of Health System Pharmacists [ASHP]. (2001). *ASHP statement on pharmaceutical care*.
<https://www.ashp.org/-/media/assets/policy-guidelines/docs/statements/pharmaceutical-care.pdf>
- Ayon, S., Ndimbii, J., Jeneby, F., Abdulrahman, T., Mlewa, O., Wang, B., Ragi, A., & Mburu, G. (2018). Barriers and facilitators of access to HIV, harm reduction and sexual and reproductive health services by women who inject drugs: Role of community-based outreach and drop-in centers. *AIDS Care*, 30(4), 480–487. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1394965>
- Babor, T. F., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Medina-Mora, M. E., Obot, I., Rehm, J., Reuter, P., Room, R., Rossow, I., & Strang, J. (2018). *Criminalization and decriminalization of drug possession* (Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198818014.003.0011>
- Barra, A., & Diazconti, R. (2013). *Guías para el debate: Las diferencias entre el uso, el abuso y la dependencia a las drogas*. Espolea.
- Beaulieu, M., Tremblay, J., Baudry, C., Pearson, J., & Bertrand, K. (2021). A systematic review and meta-analysis of the efficacy of the long-term treatment and support of substance use disorders. *Social Science & Medicine*, 285, 114289. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114289>
- Calzada, R. (2021). *Glosario para discutir sobre sustancias psicoactivas y política de*

drogas.

<https://estepais.com/uncategorized/glosario-para-discutir-sobre-sustancias-psicoactivas-y-politica-de-drogas/>

Carroll, K. M. (2002). *Therapy manuals for drug addiction. Manual 1, a cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction*. US Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Institute on Drug Abuse. <https://archives.nida.nih.gov/sites/default/files/cbt.pdf>

Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral Therapies for Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452–1460.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1452>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] & Organización de Estados Americanos [OEA]. (2019). *Informe sobre consumo de drogas en las Américas*.
https://www.minjusticia.gov.co/Sala-de-prensa/Documents/odc-documentos-noticias/Informe_sobre_el_consumo_de_drogas_en_las_Am%C3%A9ricas_2019.pdf

Count The Costs. (2017). *La Guerra contra las Drogas: Desperdiciando miles de millones de dólares y socavando las economías*.
<https://www.mucd.org.mx/wp-content/uploads/2017/10/Guerra-drogas-desperdiciando-miles-de-millones-de-dol%C3%A1res.pdf>

Csete, J., & Elliott, R. (2021). Consumer protection in drug policy: The human rights case for safe supply as an element of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 91, 102976. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102976>

DeBeck, K., Cheng, T., Montaner, J. S., Beyrer, C., Elliott, R., Sherman, S., Wood, E., & Baral, S. (2017). HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet HIV*, 4(8), e357–e374.
[https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30073-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30073-5)

Denning, P. (2010). Harm reduction therapy with families and friends of people with drug problems. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 164–174.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20671>

- Díaz-Morán, S., & Fernández-Teruel, A. (2013). Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: Una revisión. *Anales de Psicología*, 29(1).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16725574007>
- Dick, S., Whelan, E., Davoren, M. P., Dockray, S., Heavin, C., Linehan, C., & Byrne, M. (2019). A systematic review of the effectiveness of digital interventions for illicit substance misuse harm reduction in third-level students. *BMC Public Health*, 19(1), 1244. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7583-6>
- Dixon, D., & Maher, L. (2002). Anh Hai: Policing, Culture and Social Exclusion in a Street Heroin Market. *Policing and Society*, 12(2), 93–110.
<https://doi.org/10.1080/10439460290029957>
- Dolan, S. B., Johnson, M. W., Dunn, K. E., & Huhn, A. S. (2021). The discounting of death: Probability discounting of heroin use by fatal overdose likelihood and drug purity. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 29(3), 219–228.
<https://doi.org/10.1037/pha0000486>
- Dunn, H. K., Pearlman, D. N., Beatty, A., & Florin, P. (2018). Psychosocial Determinants of Teens' Online Engagement in Drug Prevention Social Media Campaigns: Implications for Public Health Organizations. *The Journal of Primary Prevention*, 39(5), 469–481. <https://doi.org/10.1007/s10935-018-0522-y>
- Erku, D., Gartner, C. E., Morphet, K., Snoswell, C. L., & Steadman, K. J. (2020). Nicotine vaping products as a harm reduction tool among smokers: Review of evidence and implications for pharmacy practice. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 16(9), 1272–1278.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.02.002>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2018). *Drug consumption rooms: An overview of provision and evidence*.
https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_en
- Feeney, S., Rossetti, V., & Terrien, J. (2022). E-Cigarettes—A review of the evidence—Harm versus harm reduction. *Tobacco Use Insights*, 15, 1179173X2210875. <https://doi.org/10.1177/1179173X221087524>

- Fernández Hermida, J. R., & Secades, V. (2000). La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 77, 46–57.
- Fischer, B., Robinson, T., Bullen, C., Curran, V., Jutras-Aswad, D., Medina-Mora, M. E., Pacula, R. L., Rehm, J., Room, R., Brink, W. V. D., & Hall, W. (2022). Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG) for reducing health harms from non-medical cannabis use: A comprehensive evidence and recommendations update. *International Journal of Drug Policy*, 99, 103381. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103381>
- Fischer, N. R. (2022). School-based harm reduction with adolescents: A pilot study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 17(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00502-1>
- Flora, K. (2022). A Review of the Prevention of Drug Addiction: Specific Interventions, Effectiveness, and Important Topics. *Addiction and Health*, 14(4), 288–295. <https://doi.org/10.34172/ahj.2022.1348>
- Frankeberger, J., Cepeda, A., Natera-Rey, G., & Valdez, A. (2019). Safer Crack Kits and Smoking Practices: Effectiveness of a Harm Reduction Intervention among Active Crack Users in Mexico City. *Substance Use & Misuse*, 54(4), 592–600.
- Gibson, D. R., Flynn, N. M., & Perales, D. (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users: *AIDS*, 15(11), 1329–1341. <https://doi.org/10.1097/00002030-200107270-00002>
- Giulini, F., Keenan, E., Killeen, N., & Ivers, J.-H. (2023). A Systematized Review of Drug-checking and Related Considerations for Implementation as A Harm Reduction Intervention. *Journal of Psychoactive Drugs*, 55(1), 85–93. <https://doi.org/10.1080/02791072.2022.2028203>
- Goodin, A., Fallin-Bennett, A., Green, T., & Freeman, P. R. (2018). Pharmacists' role in harm reduction: A survey assessment of Kentucky community pharmacists' willingness to participate in syringe/needle exchange. *Harm Reduction Journal*, 15(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0211-4>

- Grella, C. E., Hser, Y.-I., Joshi, V., & Douglas Anglin, M. (1999). Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 151–166.
[https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00082-4](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00082-4)
- Hallinan, R., Byrne, A., & Dore, G. J. (2007). Harm reduction, hepatitis C and opioid pharmacotherapy: An opportunity for integrated hepatitis C virus-specific harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 26(4), 437–443.
<https://doi.org/10.1080/09595230701373933>
- Harm Reduction International [HRI]. (2020). *What is Harm Reduction?*
<https://hri.global/what-is-harm-reduction/>
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R., & Ginzburg, H. M. (1989). Drug abuse treatment: A national study of effectiveness. *University of North Carolina Press*.
<https://psycnet.apa.org/record/1989-98513-000>
- Ivsins, A., Boyd, J., Beletsky, L., & McNeil, R. (2020). Tackling the overdose crisis: The role of safe supply. *International Journal of Drug Policy*, 80, 102769.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102769>
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 113–125.
[https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00088-5](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00088-5)
- Kampman, K. M. (2019). The treatment of cocaine use disorder. *Science Advances*, 5(10), eaax1532. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aax1532>
- Lalanne, L., Roux, P., Donadille, C., Briand Madrid, L., Célerier, I., Chauvin, C., Hamelin, N., Kervran, C., Maradan, G., Auriacombe, M., Jauffret-Roustide, M., & the COSINUS Study Group. (2023). Drug consumption rooms are effective to reduce at-risk practices associated with HIV/HCV infections among people who inject drugs: Results from the COSINUS cohort study. *Addiction*, add.16320. <https://doi.org/10.1111/add.16320>

- Magill, M., Tonigan, J. S., Kiluk, B., Ray, L., Walthers, J., & Carroll, K. (2020). The search for mechanisms of cognitive behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: A systematic review. *Behaviour Research and Therapy*, 131, 103648. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103648>
- Maher, L., Dixon, D., Hall, W., & Lynskey, M. (2002). Property Crime and Income Generation by Heroin Users. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 35(2), 187–202. <https://doi.org/10.1375/acri.35.2.187>
- Maher, L., & Dixon, T. C. (2017). Collateral damage and the criminalisation of drug use. *The Lancet HIV*, 4(8), e326–e327. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30071-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30071-1)
- Matheson, C., Bond, C. M., & Tinelli, M. (2007). Community pharmacy harm reduction services for drug misusers: National service delivery and professional attitude development over a decade in Scotland. *Journal of Public Health*, 29(4), 350–357. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdm064>
- Mattoo, S., Prasad, S., & Ghosh, A. (2018). Brief intervention in substance use disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(8), 466. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.224352>
- Melendez-Torres, G. J., Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Bonell, C., & Weatherburn, P. (2018). Typology of drug use in United Kingdom men who have sex with men and associations with socio-sexual characteristics. *International Journal of Drug Policy*, 55, 159–164. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.01.007>
- Ministerio de Justicia Colombia [MinJusticia]. (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%20-%202033%20%27Sembrando%20vida,%20desterramos%20el%20narcotr%C3%A1fico%27.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [MinSalud]. (2019). *Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas—Resolución 089 de 2019*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/polit>

ica-prevencion-atencion-spa.pdf

- Miskovic, M., Chan Carusone, S., Guta, A., O'Leary, B., dePrinse, K., & Strike, C. (2018). Distribution of Harm Reduction Kits in a Specialty HIV Hospital. *American Journal of Public Health*, 108(10), 1363–1365.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304600>
- Mitchell, O., Wilson, D. B., & MacKenzie, D. L. (2012). The Effectiveness of Incarceration-Based Drug Treatment on Criminal Behavior: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, 8(1). <https://doi.org/10.4073/csr.2012.18>
- Morales Herrera, A. (2017). *Servicios Farmacéuticos Comunitarios: Una farmacia que requiere atención* [Universidad de los Andes].
<https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/7b5f9a7e-8191-407f-8779-ffc6e5b95799/content>
- National Harm Reduction Coalition [NHRC]. (2020). *Principles of Harm Reduction*.
<https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>
- National Institute on Drugs Abuse [NIDA]. (2023). *Drogas psicodélicas y disociativas*.
<https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/drogas-psicodelicas-disociativas#consumen>
- Newcombe, R. (1992). The reduction of drug-related harm: A conceptual framework for theory, practice and research. En P. O'Hare (Ed.), *The Reduction of drug-related harm*. Routledge.
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, 369(9566), 1047–1053. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60464-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60464-4)
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2023). *Informe de la Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, encargado por el Consejo de Derechos Humanos: Poner fin a la dependencia excesiva de las medidas punitivas para hacer frente al problema de las drogas, según informe de Naciones Unidas*.

<https://www.ohchr.org/es/press-releases/2023/09/end-overreliance-punitive-measures-address-drugs-problem-un-report#:~:text=Seg%C3%BAAn%20las%20%C3%BAltimas%20estad%C3%ADsticas%20disponibles,infecciones%20por%20el%20VIH%20del>

Organización de Estados Americanos [OEA]. (2014). *El Informe de Drogas de la OEA: 16 meses de debates y consensos*. Organización de Estados Americanos [OEA].

<https://www.oas.org/docs/publications/layoutpubgagdrogas-esp-29-9.pdf>

Organización de Estados Americanos [OEA]. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas*. Organización de Estados Americanos.

<http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>

P., J., Morris-Miller, R., Myette, B., & Ghosh, S. M. (2023). Receiving and providing virtual harm reduction and peer-based support. *Canadian Medical Association Journal*, 195(15), E548–E550. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221188>

Pedersen, E. R., Hummer, J. F., Rinker, D. V., T aylor, Z. K., & Neighbors, C. (2016). Measuring Protective Behavioral Strategies for Marijuana Use Among Young Adults. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(3), 441–450. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.441>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2015). *Políticas de Control de Drogas y Desarrollo Humano*. <https://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hiv-aids/addressing-the-development-dimensions-of-drug-policy.html>

Rigoni, R., Breeksema, J. J., & Woods, S. (2018). *Speed limits: Harm reduction for people who use stimulants*.

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R., & Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29–40.

Simpson, D. D. (1982). Six-Year Follow-up of Opioid Addicts After Admission to

- Treatment. *Archives of General Psychiatry*, 39(11), 1318.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290110070012>
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Lehman, W. E. K., & Sells, S. B. (1986). Addiction Careers: Etiology, Treatment, and 12-Year Follow-up Outcomes. *Journal of Drug Issues*, 16(1), 107–122. <https://doi.org/10.1177/002204268601600106>
- Simpson, D. D., & Sells, S. B. (1982). EFFECTIVENESS OF TREATMENT FOR DRUG ABUSE: AN OVERVIEW OF THE DARP RESEARCH PROGRAM. *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 2(1), 7–29. https://doi.org/10.1300/J251v02n01_02
- Single, E. (1995). Defining harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 14(3), 287–290. <https://doi.org/10.1080/09595239500185371>
- Standford Medicine Childrens Health. (2023). *Abuso de Sustancias y la Dependencia de Sustancias Químicas*.
<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=abusodesustanciasyla-dependenciadesustanciasquimicas-90-P04746>
- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J., Patton, G., & Degenhardt, L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet. Psychiatry*, 3(3), 280–296.
- Strathdee, S. A., Hallett, T. B., Bobrova, N., Rhodes, T., Booth, R., Abdool, R., & Hankins, C. A. (2010). HIV and risk environment for injecting drug users: The past, present, and future. *The Lancet*, 376(9737), 268–284.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60743-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60743-X)
- Strong, C., Huang, P., Li, C.-W., Ku, S. W.-W., Wu, H.-J., & Bourne, A. (2022). HIV, chemsex, and the need for harm-reduction interventions to support gay, bisexual, and other men who have sex with men. *The Lancet HIV*, 9(10), e717–e725. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(22\)00124-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(22)00124-2)
- Tatarsky, A. (2003). Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(4), 249–256. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00085-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00085-0)

- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2010). *Principles of Drug Dependence Treatment*.
<https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2019). *World Drug Report*.
United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC].
https://reliefweb.int/report/world/unodc-world-drug-report-2019?gclid=Cj0KCQjw8NilBhDOARIsAHzpbLCiXDLX4SObbZ3MiiFb1vg0kz1VWcgKRACj_447BqqtI-F-iZmbvZwaAoJ0EALw_wcB
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2020). *World Drug Report*.
United Nations Office On Drugs And Crime.
<https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/index2020.html>
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2023). *World Drug Report*.
- Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A., & Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 28, 1–9.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005>
- Werb, D., Rowell, G., Guyatt, G., Kerr, T., Montaner, J., & Wood, E. (2011). Effect of drug law enforcement on drug market violence: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 22(2), 87–94.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.02.002>
- Wolfe, D., Carrieri, M. P., & Shepard, D. (2010). Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: A review of barriers and ways forward. *The Lancet*, 376(9738), 355–366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60832-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60832-X)