



RENANCER SIN OPIOIDES

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
E INTERVENCIÓN SOCIO COMUNITARIO

ABREGU VALENTINA, CORTEZ LOURDES, LEDESMA
GUADALUPE, MORINICO VALENTIN, PARISI BOLZON

CICLO LECTIVO 2025



Índice

Planteamiento del problema.....	p. 2
Pregunta problema.....	p. 4
Objetivo general.....	p. 4
Objetivos específicos.....	p. 4
Marco teórico.....	p. 5
Contexto de la crisis de los opioides.....	p. 5
Determinantes sociales de la salud.....	p. 7
Perspectiva psicológica.....	p. 8
Perspectiva sociológica.....	p. 9
Comparación entre contextos: Estados Unidos y Argentina	p. 10
Datos actuales sobre el impacto del consumo de opioides en la salud mental	p. 11
Avances en la investigación regional	p. 12
Teorías que explican el suicidio por opioides.....	p. 13
Impacto de la crisis de opioides en la salud pública, la salud mental y la economía.....	p. 15
Factores de riesgo, aportes teóricos y aplicaciones prácticas en la crisis de opioides.....	p. 16
Cómo estas Teorías Ayudan a Comprender el Tema del Suicidio por Opioides.....	p. 17
Marco metodológico.....	p. 18
Diseño de investigación.....	p. 18
Objetivos.....	p. 19
Población y muestra.....	p. 20
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	p. 21
Operacionalización de variables.....	p. 23
Análisis de datos.....	p. 25
Proyecto de intervención.....	p. 27
Articulación ciencias políticas.....	p. 32

Articulación pensamiento político.....	p. 40
Articulación economía política.....	p. 43
Articulación geopolítica.....	p. 45
Articulación literatura.....	p. 52
Articulación cultura y comunicación.....	p. 56
Bibliografía	p. 58

Planteamiento del problema

La crisis de los opioides representa uno de los desafíos de salud pública más graves y complejos de las últimas décadas. Originada en los años noventa con la promoción excesiva de analgésicos como la oxicodona y la hidrocodona por parte de la industria farmacéutica (bajo la falsa premisa de que el riesgo de adicción era mínimo), esta crisis ha evolucionado a lo largo del tiempo en distintas etapas, afectando primero a países como Estados Unidos y Canadá, y comenzando ahora a expandirse en América Latina (González, 2020). Aunque en esta región el acceso a opioides es más limitado debido a su costo y restricciones legales, *“el avance del fentanilo en el mercado ilegal y la falta de atención adecuada en salud mental sugieren una posible escalada del problema”* (Pérez & Duarte, 2022).

“Uno de los aspectos más alarmantes de esta crisis es su estrecha relación con el suicidio. Numerosos estudios indican que a medida que se incrementa el consumo de opioides, también lo hace la tasa de suicidios” (Martínez et al., 2021). El uso prolongado de estas sustancias no solo genera dependencia física, sino que también altera profundamente la química cerebral, afectando neurotransmisores vinculados al placer, la motivación y la regulación emocional. *“Como consecuencia, muchas personas desarrollan trastornos depresivos, ansiedad, aislamiento social y pensamientos suicidas”* (Smith & Rodríguez, 2019). De hecho, *“se estima que las personas que consumen opioides presentan entre un 50% y un 100% más de probabilidades de sufrir depresión en comparación con la población general”* (WHO, 2023).

Se ha detectado que *“aproximadamente el 9% de las muertes clasificadas como sobredosis son, en realidad, suicidios intencionales”* (Jones, 2020). Esta cifra revela una dimensión invisible de la crisis: muchas personas no solo mueren por accidente, sino que utilizan estas sustancias como método para terminar con su vida, en un contexto de desesperanza, dolor crónico y falta de apoyo psicosocial. Además, *“el policonsumo (la combinación de opioides con otras drogas o antidepresivos) puede elevar hasta 20 veces el riesgo de suicidio, lo cual agrava aún más la situación”* (López & Benítez, 2021).

Esta relación entre el aumento del consumo y el suicidio es especialmente preocupante en poblaciones vulnerables, como aquellas que enfrentan pobreza, exclusión social o carencias en el acceso a la salud mental. En estos contextos, *“los opioides se convierten no solo en una forma de escape, sino también en una vía rápida hacia un desenlace trágico”* (Ramírez, 2022). La crisis, por tanto, no es solo médica o farmacológica, sino profundamente social: evidencia fallas estructurales en los sistemas de salud, educación y contención comunitaria.

Comprender este vínculo entre opioides y suicidio es clave para abordar el problema de forma integral. *“No se trata únicamente de restringir la oferta de drogas o endurecer leyes, sino de generar políticas públicas que prioricen el tratamiento de la salud mental,*

la prevención del suicidio, la regulación ética de la industria farmacéutica y la capacitación de los profesionales de la salud” (Fernández & Calderón, 2023).

Pregunta problema

¿Qué factores contextuales conducen al suicidio en los consumidores de opioides entre Argentina Y Estados Unidos durante el periodo 2015-2020

Objetivo general

Analizar factores contextuales conducen al suicidio en los consumidores de opioides entre Argentina Y Estados Unidos durante el periodo 2015-2020

Objetivos específicos

1. Interpretar en base de factores sociodemográficos y diferentes modalidades de consumo las estadísticas de mortalidad por suicidio asociadas al uso de opioides entre 2015 y 2025 en ambos países.
2. Identificar los principales factores sociales, económicos y psicológicos que se relacionan con el suicidio en consumidores de opioides.
3. Registrar la influencia del acceso a la salud mental en relación al suicidio causado por el uso de opioides.

Marco teórico

El suicidio vinculado al consumo de opioides se ha consolidado como un fenómeno complejo de salud pública, especialmente en países como Estados Unidos y, en los últimos años, en Argentina. Este problema no puede ser entendido únicamente desde una perspectiva médica o farmacológica, sino que exige una mirada integral que articule factores biológicos, psicológicos y sociales. El consumo de opioides, muchas veces recetado inicialmente para tratar el dolor, puede derivar en dependencia, alteraciones emocionales profundas y, en contextos de vulnerabilidad social, en conductas suicidas. El presente trabajo se propone analizar cómo influyen los factores contextuales en el suicidio de personas consumidoras de opioides, centrándose en los casos de Argentina y Estados Unidos entre 2015 y 2025.

El objeto de estudio de este trabajo es el suicidio en personas consumidoras de opioides, entendido como un fenómeno complejo y multicausal que se produce en la intersección entre el consumo problemático de sustancias, el deterioro de la salud mental y diversas condiciones sociales adversas. Se analiza cómo los opioides, tanto en contextos médicos como no médicos, pueden generar dependencia, alteraciones emocionales y aislamiento social, factores que elevan significativamente el riesgo de conductas suicidas. Este fenómeno será abordado desde una perspectiva integral —biopsicosocial— en los contextos de Argentina y Estados Unidos entre los años 2015 y 2025, con el objetivo de comprender las causas estructurales, psicológicas y neurobiológicas que explican la relación entre consumo de opioides y suicidio.

Contexto de la crisis de los opioides

La crisis de los opioides se ha convertido en uno de los mayores desafíos de salud pública del siglo XXI. Se trata de un fenómeno que comenzó a gestarse en Estados Unidos a fines de la década de 1990, cuando la prescripción masiva de analgésicos opioides — particularmente oxicodona e hidrocodona— generó un incremento sostenido en los niveles de consumo y dependencia. Con el paso de los años, esta situación derivó en un aumento exponencial de las sobredosis fatales, sobre todo a partir de la irrupción del fentanilo y otros opioides sintéticos, que poseen un poder adictivo y letal mucho mayor. *“Según la Organización Mundial de la Salud (2024), actualmente más de 70 % de las muertes relacionadas con drogas en el mundo están asociadas a los opioides”*, lo que evidencia el carácter crítico de esta problemática.

Para comprender mejor la magnitud de la crisis es necesario diferenciar los tipos de opioides que intervienen. Existen **opioides naturales**, como la morfina y la codeína, que

proviene directamente del opio extraído de la adormidera; **opioides semisintéticos**, como la oxicodona o la heroína, que se obtienen a partir de modificaciones químicas de compuestos naturales; y **opioides sintéticos**, como el fentanilo, la metadona o el tramadol, elaborados completamente en laboratorio. Estos últimos, en particular el fentanilo, tienen una potencia muy superior: se estima que es entre 50 y 100 veces más fuerte que la morfina, lo que aumenta exponencialmente el riesgo de sobredosis.

En este contexto, se habla de “crisis” porque no solo se trata de un fenómeno sanitario asociado a la farmacodependencia, sino también de un problema social y económico que ha deteriorado comunidades enteras y ha puesto en evidencia las limitaciones de los sistemas de salud mental y de adicciones. Esta situación ha generado un terreno fértil para la aparición de otros problemas de salud pública de igual gravedad, entre ellos el suicidio, cuyo aumento en las últimas décadas se relaciona estrechamente con las mismas condiciones de desigualdad, exclusión y falta de acceso a una atención adecuada.

El suicidio se ha consolidado como una de las principales causas de muerte prevenibles en el siglo XXI, reflejando profundas crisis sociales y sanitarias a nivel global. “*Según Värnik (2012), cerca de un millón de personas mueren por suicidio cada año, y el número de intentos puede ser diez veces superior*”, siendo una de las principales causas de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes. A pesar de los avances en prevención en algunas regiones, “*en América y particularmente en Estados Unidos, la tasa de suicidios ha mostrado un aumento sostenido desde principios de siglo*” (Curtin et al., 2022), fenómeno asociado al fácil acceso a medios letales, desigualdades sociales y crisis de salud mental no abordadas.

Autores como Joiner (2005) sostienen que “*el suicidio ocurre cuando la desesperanza y la percepción de ser una carga para los demás se combinan con la capacidad adquirida para el acto suicida*”. Este planteo permite comprender que la crisis de suicidio no es un fenómeno aislado, sino un síntoma de contextos donde la exclusión social, la falta de contención y el sufrimiento emocional crónico actúan como catalizadores. En este marco, la relación entre consumo de opioides y suicidio ha cobrado relevancia, ya que, como señalan Ilgen et al. (2020), “*las personas con trastornos por consumo de opioides tienen un riesgo significativamente mayor de ideación e intento suicida, en parte por la alteración en la química cerebral que provoca la dependencia y la coexistencia frecuente de depresión*”.

Además, se ha demostrado que “*la interacción entre el dolor crónico, los trastornos de salud mental y el acceso a opioides puede crear un escenario de riesgo elevado para la conducta suicida*” (Pergolizzi et al., 2020). Esta crisis de suicidio, asociada al consumo de opioides, no solo refleja un problema de salud individual, sino también una falla estructural en los sistemas de salud mental y en las redes de apoyo social, agravada en contextos de desigualdad y precarización de la vida.

Determinantes sociales de la salud

Desde lo teórico, este trabajo se apoya en un enfoque interdisciplinario que combina tres perspectivas principales: la teoría de los determinantes sociales de la salud, la mirada psicológica sobre la adicción y el suicidio, y la visión sociológica. Estas teorías ayudan no solo a describir el problema, sino también a entender sus causas sociales más profundas, cómo se manifiesta en la vida de las personas y por qué varía según el país o el contexto.

En primer lugar, la teoría de los determinantes sociales de la salud, desarrollada por *“Michael Marmot (2005), sostiene que la salud, tanto física como mental, no depende únicamente de factores genéticos o decisiones individuales, sino que está fuertemente condicionada por las estructuras sociales en las que las personas están insertas”*. Factores como el acceso a servicios de salud de calidad, una educación adecuada, vivienda segura, empleo estable, ingresos suficientes y participación social activa constituyen elementos clave que moldean la calidad de vida. Cuando estas condiciones son desiguales, se generan entornos de alta vulnerabilidad que aumentan las probabilidades de desarrollar enfermedades, trastornos mentales o adicciones. Marmot advierte que las personas que viven en condiciones de pobreza, discriminación o aislamiento no solo están más expuestas a riesgos para la salud, sino que también tienen menos herramientas para enfrentarlos. En el contexto del consumo de opioides, esto se traduce en mayor facilidad para caer en patrones de uso problemático, a menudo como forma de lidiar con el dolor físico, emocional o social, y en una menor posibilidad de acceder a tratamiento, contención emocional o alternativas de recuperación.

Además, los determinantes sociales también influyen en el nivel de apoyo que la persona puede recibir de su entorno inmediato, ya que las redes de contención suelen debilitarse en contextos atravesados por la exclusión o el abandono institucional. Esto provoca una cadena de consecuencias negativas: cuando una persona vive en condiciones sociales difíciles, tiene más posibilidades de caer en una adicción. Cuanto más avanza esa adicción, menos acceso suele tener a ayuda profesional o contención. Y sin apoyo, aumentan las probabilidades de que su salud mental se deteriore y aparezcan la depresión o ideas suicidas. Así, esta teoría permite comprender que el suicidio en consumidores de opioides no es el resultado de una única causa, sino el desenlace de una cadena de injusticias sociales acumuladas a lo largo del tiempo, muchas veces invisibles o normalizadas. En escenarios como Estados Unidos o Argentina, donde la desigualdad social se profundiza en distintos sectores, el análisis desde los determinantes sociales se vuelve fundamental para comprender la raíz del problema.

Perspectiva psicológica

En segundo lugar, desde la mirada psicológica, Se ha demostrado que el uso prolongado de opioides afecta profundamente el funcionamiento emocional, cognitivo y conductual del individuo, más allá de los efectos analgésicos inmediatos para los que fueron concebidos. Estas sustancias actúan sobre los receptores opioides del sistema nervioso central, particularmente en áreas vinculadas al circuito de recompensa, lo que genera una sensación de euforia y alivio temporal del dolor físico y psicológico. Sin embargo, *“el uso continuado produce una serie de alteraciones estructurales y funcionales en el cerebro que tienen consecuencias a largo plazo”* (Volkow et al., 2016; Koob & Volkow, 2010).

En el plano emocional, *“la exposición sostenida a opioides puede llevar a estados de anhedonia, es decir, la incapacidad para experimentar placer sin la droga, lo que refuerza la compulsión al consumo y potencia síntomas depresivos asociados al riesgo de suicidio”* (Koob & Le Moal, 2006; Ilgen et al., 2016). A nivel cognitivo, *“el consumo crónico interfiere en la memoria de trabajo, la atención y la toma de decisiones, debilitando la capacidad de planificar y evaluar riesgos, lo que facilita conductas impulsivas y autodestructivas”* (Levy, 2013; Martin et al., 2020).

En cuanto al comportamiento, las personas con dependencia a opioides suelen mostrar pérdida de control sobre el consumo y conductas de búsqueda compulsiva de la sustancia, incluso cuando son conscientes de sus efectos nocivos. *“Estos patrones se relacionan con la disfunción de los sistemas cerebrales de recompensa y autocontrol”* (Schulte et al., 2017; Koob & Le Moal, 2006). Además, el uso prolongado de opioides altera los mecanismos neuroendocrinos vinculados al eje hipotalámico-pituitarioadrenal, lo que genera un aumento sostenido del cortisol y una respuesta desadaptativa al estrés. *“Esta disfunción incrementa la vulnerabilidad a trastornos como ansiedad, depresión y conductas suicidas”* (Sinha, 2008; McEwen, 2017).

En conjunto, estos efectos explican por qué el trastorno por consumo de opioides no puede entenderse únicamente como una búsqueda de placer, sino como una reconfiguración neurobiológica que condiciona la vida emocional, mental y social de quienes lo padecen, aumentando además el riesgo de desarrollar trastornos depresivos y conductas suicidas.

“Koob y Volkow (2016) afirman que esta disfunción progresiva genera una pérdida de control sobre el consumo, acompañada por una disminución de la capacidad de experimentar satisfacción por medios naturales” (como el afecto, la motivación personal o los logros cotidianos). A nivel emocional, esto se traduce en anhedonia (incapacidad de sentir placer), irritabilidad, ansiedad constante, insomnio y sentimientos de desesperanza.

Esta situación se agrava cuando el consumo coexiste con experiencias previas de trauma, abuso sexual o físico, negligencia parental o trastornos psiquiátricos no tratados. En este contexto, el suicidio no aparece necesariamente como un acto planificado, sino como la expresión última de un estado emocional insoportable, donde la persona no percibe salida

posible al sufrimiento. A esto se suma que la interrupción brusca del consumo —ya sea por falta de acceso, por intento de desintoxicación sin apoyo o por sobredosis— puede intensificar los síntomas depresivos y la vulnerabilidad psíquica, aumentando así el riesgo suicida en fases críticas del proceso de abstinencia.

Perspectiva sociológica: el suicidio como hecho social

Por último, la visión sociológica, especialmente “*desde el enfoque clásico de Émile Durkheim (1897), ofrece una comprensión estructural del suicidio al proponer que este acto no debe analizarse solo como una decisión individual, sino como un reflejo de las tensiones sociales que atraviesan al sujeto. En su obra El suicidio, Durkheim define el concepto de **anomia** como una situación en la que los individuos pierden las referencias normativas y el sentido de pertenencia, debido a cambios sociales abruptos, rupturas comunitarias o debilidad en las instituciones*”.

Este concepto resulta clave porque permite comprender cómo el suicidio no es únicamente el resultado de un sufrimiento interno, sino también de la fragilidad de los lazos sociales que sostienen al individuo. “*Según Durkheim, cuando las normas sociales dejan de ser claras o se debilitan, las personas pueden experimentar un vacío de sentido y una sensación de desorientación que incrementa el riesgo de conductas autodestructivas*”. En este contexto, el suicidio se entiende como una consecuencia de la falta de integración y regulación social.

Aplicado a la crisis de los opioides, la noción de anomia ayuda a explicar por qué muchos individuos recurren a estas sustancias como una forma de escape frente a la desestructuración social y, en casos extremos, por qué el suicidio aparece como una salida posible. La pérdida de empleo, la precariedad económica, la ruptura de vínculos familiares o la marginación social pueden actuar como factores que intensifican esta desorganización, dejando a las personas atrapadas en un ciclo de aislamiento, consumo y desesperanza.

Se sostiene que el aumento del suicidio en personas consumidoras de opioides no puede explicarse únicamente desde una perspectiva médica o psicológica individual. Es necesario comprender cómo las condiciones sociales, económicas y culturales generan un tipo de sufrimiento profundo —invisibilizado— que lleva a muchos sujetos a recurrir tanto al consumo de opioides como a actos suicidas como formas de escape o expresión de desesperación existencial.

Autor—Philippe Bourgois, antropólogo médico y autor de obras como *Righteous Dopefiend* (2009, junto con Jeffrey Schonberg), analiza las trayectorias de personas sin hogar y consumidores de heroína en San Francisco. “*Él plantea que tanto el consumo de opioides como los intentos de suicidio en estos grupos están profundamente vinculados a*

experiencias de marginación estructural, racismo, trauma y exclusión social." Esta afirmación se fundamenta en su enfoque etnográfico, que observa cómo factores sociales y estructurales no solo limitan las oportunidades de los individuos, sino que también generan contextos de desesperanza y vulnerabilidad. sostiene que estos comportamientos no pueden entenderse únicamente como elecciones personales o fallas individuales, sino como respuestas a condiciones sistémicas de inequidad y opresión que moldean la vida cotidiana de las personas afectadas.

Para Bourgois, el consumo de opioides muchas veces no es una simple adicción, sino una forma de autotratamiento del sufrimiento emocional y estructural señala que el uso de drogas no debe interpretarse únicamente como un fallo individual o un hábito compulsivo, sino como una estrategia que las personas desarrollan para enfrentar traumas, estrés crónico y condiciones de marginación social que no encuentran otra manera de aliviar. Cuando este sufrimiento se vuelve insostenible y las redes sociales de contención desaparecen, el suicidio emerge como una "salida" posible dentro de un contexto de desesperanza social.

Comparación entre contextos: Estados Unidos y Argentina

El concepto de Bourgois es especialmente aplicable a escenarios como el de Estados Unidos, donde muchas comunidades afectadas por la crisis de opioides, particularmente zonas rurales, ex industriales o empobrecidas, han experimentado un colapso del empleo, de la movilidad social y de los lazos comunitarios. En estos contextos, el consumo de opioides aparece como una forma de afrontar el vacío existencial, el dolor emocional o la pérdida de sentido vital. Por ejemplo, en pequeñas ciudades de Pensilvania o Kentucky, el cierre de fábricas dejó a generaciones enteras sin trabajo estable, desestructurando familias y erosionando la red de apoyo que antes proporcionaba sentido y estabilidad. La droga, en este caso, actúa no solo como alivio del dolor físico o psicológico, sino también como mecanismo de supervivencia emocional frente a la desesperanza social.

A medida que desaparecen las estructuras que antes sostenían la identidad individual y colectiva —como el trabajo, la familia extensa, la participación en asociaciones comunitarias o en iglesias— se profundiza el aislamiento y la desconexión. Esto genera un entorno en el que los intentos de suicidio o conductas autodestructivas pueden aparecer como respuestas trágicas y comprensibles ante la soledad estructural, la invisibilización o la sensación de no tener lugar en el mundo.

Esta lectura también resulta válida en algunos sectores urbanos de Argentina, donde la marginalización, la precarización de la vida y la debilidad de las políticas públicas generan escenarios similares de desamparo. En barrios periféricos de grandes ciudades como

Buenos Aires o Rosario, la falta de empleo formal, la escasez de servicios de salud mental y la violencia cotidiana reproducen dinámicas de exclusión y desesperanza similares a las observadas en Estados Unidos. Allí, jóvenes y adultos pueden recurrir al consumo de sustancias o desarrollar conductas autolesivas como formas de enfrentar un contexto estructural que limita sus oportunidades de bienestar y desarrollo. De esta manera, aunque los contextos históricos, culturales y económicos difieran, el análisis de Bourgois permite identificar patrones comunes: la interacción entre vulnerabilidad social, sufrimiento emocional y respuestas individuales frente a estructuras que fallan en proteger a los más vulnerables.

Esto es un claro ejemplo que el suicidio en consumidores de opioides es un fenómeno complejo donde interactúan varios factores al mismo tiempo. La salud mental, la exclusión social, las adicciones, el acceso limitado a servicios de salud y la falta de contención emocional forman parte de una red de condiciones que, al combinarse, aumentan significativamente el riesgo de suicidio. Dado esto el contraste entre Estados Unidos (donde la crisis de opioides alcanzó niveles epidémicos) y Argentina (donde el problema es emergente pero creciente) permite identificar cómo los mismos factores pueden operar de manera diferente según el contexto. *“Mientras que en Estados Unidos el fentanilo ha sido el principal detonante de muertes tanto accidentales como voluntarias, en Argentina el aumento en el uso de tramadol y la presencia de drogas adulteradas con opioides sintéticos (como el carfentanilo) comienzan a mostrar un patrón de riesgo similar”* (Martello, 2024).

Datos actuales sobre el impacto del consumo de opioides en la salud mental

Durante las últimas dos décadas, el vínculo entre el consumo de opioides y el aumento en la tasa de suicidios ha sido objeto de numerosos estudios e investigaciones a nivel internacional. En un principio, el foco estaba puesto en la sobredosis accidental, pero progresivamente comenzaron a detectarse patrones de comportamiento suicida vinculados al uso prolongado de estas sustancias. Diversos autores y organismos han documentado la evolución de esta crisis y su impacto tanto en la salud física como mental de las personas afectadas.

Uno de los estudios más influyentes es el realizado por “el Dr. Paul Nestadt (2020), quien afirma que las personas que consumen opioides tienen entre un 50 % y un 100 % más de probabilidades de desarrollar depresión, un trastorno directamente asociado al riesgo suicida.” Su investigación, basada en más de 6.000 casos de suicidio en Estados Unidos, reveló que aproximadamente el 12 % de las víctimas dieron positivo en pruebas toxicológicas de opioides, lo que evidencia un vínculo concreto entre ambas problemáticas.

De forma complementaria, el estudio global de “Martins et al. (2019), publicado en *The Lancet Psychiatry*, sostiene que el consumo no médico de opioides está directamente relacionado con una mayor prevalencia de pensamientos e intentos suicidas, especialmente entre jóvenes adultos.” Los autores explican que los opioides alteran el sistema nervioso central y disminuyen la capacidad del cerebro para procesar el placer, lo que potencia síntomas depresivos e impulsa la conducta suicida como una salida ante el sufrimiento emocional.

Por otro lado, el informe de “Bicycle Health (2023), una organización especializada en tratamiento de adicciones señala que las personas adictas a opioides suelen experimentar un ciclo de aislamiento, desesperanza y estigmatización social.” Este aislamiento, según los especialistas, no solo dificulta el acceso a tratamientos adecuados, sino que también incrementa la sensación de inutilidad o desesperación, condiciones propicias para el suicidio.

Avances en la investigación regional

En un enfoque más estructural, “Castillo Carniglia (2013), en su revisión regional, plantea que la mayoría de los suicidios relacionados con opioides no son reconocidos como tales por las estadísticas oficiales, ya que muchas veces se clasifican como “muertes por sobredosis” sin investigar la intención real detrás del consumo”. Esta subestimación estadística —también remarcada por Jones (2020), quien calcula que el 9 % de las muertes por sobredosis son en realidad suicidios quien llegó a este porcentaje mediante el análisis de bases de datos de defunciones en las que se examinaban las circunstancias de la muerte, los antecedentes médicos y psiquiátricos de los pacientes, y los informes forenses disponibles, buscando indicios de intención suicida que no habían sido registrados oficialmente”.— impide dimensionar correctamente la gravedad del problema.

En Argentina, si bien la investigación sobre la relación directa entre opioides y suicidio es incipiente, algunos estudios locales comienzan a alertar sobre el crecimiento del consumo de tramadol y la aparición de opioides sintéticos como el fentanilo en mezclas ilegales. “Martello (2024), advierte que el caso de las 24 muertes por cocaína adulterada con carfentanilo en 2022 —refiriéndose al contexto concreto en el que consumidores de drogas ilegales se vieron expuestos accidentalmente a un opioide extremadamente potente, generando un aumento repentino de muertes por sobredosis en un corto período”— es un ejemplo claro de cómo este fenómeno ya está presente en el país, aunque en una fase más temprana —ya que el fenómeno aún no ha alcanzado la magnitud o generalización observada en otras regiones, como Estados Unidos o Europa, donde la crisis de opioides lleva años consolidada y con un impacto mucho más amplio en la salud pública—.

El consumo de opioides, tanto legales (como la oxycodona, morfina o fentanilo) como ilegales (como la heroína), ha experimentado un crecimiento alarmante entre jóvenes en las últimas décadas, especialmente en países como Estados Unidos, Canadá y algunas regiones de América Latina —como México, Colombia y Argentina—. Más allá de su función como analgésicos, su uso excesivo puede generar dependencia, deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo y aislamiento social. En este contexto, los opioides no son sólo sustancias recreativas, sino también estrategias de evasión frente al sufrimiento psicológico. *“Algunos autores incluso interpretan su consumo como una forma de “suicidio lento”* (Dematteis, 2019), donde el límite entre el uso problemático y la conducta suicida se vuelve difuso y borroso.

Teorías que explican el suicidio por opioides

Para comprender la relación entre el consumo de opioides y el suicidio, es útil considerar diferentes enfoques teóricos que explican cómo distintos factores pueden interactuar y potenciar el riesgo. Estas teorías no solo abordan los aspectos biológicos de la adicción, sino también sus dimensiones psicológicas, sociales y culturales, para ofrecer una comprensión integral del fenómeno, mostrando que la adicción y sus consecuencias no pueden explicarse únicamente desde la biología, sino que son el resultado de la interacción compleja entre múltiples niveles de influencia.

La **teoría de la adicción y la dependencia** sostiene que el uso crónico de opioides puede generar una fuerte dependencia física y psicológica. Esta dependencia conlleva una pérdida progresiva del control sobre el consumo, acompañada de sentimientos de desesperanza, lo que puede aumentar el riesgo de suicidio. Desde una perspectiva neurobiológica, *“autores como George Koob (1947) y Michel Le Moal (1939) han demostrado que el abuso de opioides produce alteraciones en el sistema de recompensa del cerebro, modificando la regulación de neurotransmisores como la dopamina y afectando el córtex prefrontal, región encargada del control de impulsos y la toma de decisiones”*. Estas alteraciones no solo fomentan la compulsión por consumir, sino que también deterioran la capacidad de evaluar las consecuencias de los propios actos, lo que puede derivar en conductas autodestructivas, incluyendo el suicidio, ponerse en situaciones de riesgo extremo

—como conducir bajo influencia de opioides, exponerse a sobredosis accidentales—.

Complementando esta mirada, la **teoría del estrés y la coping** plantea que las personas expuestas a estrés crónico y que carecen de recursos adecuados para afrontarlo pueden desarrollar problemas de salud mental como depresión o ansiedad. En contextos de consumo de opioides, esta falta de herramientas para manejar el sufrimiento se intensifica, ya que la droga puede ser utilizada como un mecanismo temporal de alivio, pero al mismo

tiempo interfiere con la capacidad natural de la persona para enfrentar dificultades y regular emociones. *“Investigadores como Hans Selye (1936-1950) y Susan Folkman (1984) han mostrado que el estrés prolongado puede alterar el eje hipotálamohipófisisadrenal, lo cual incrementa la producción de cortisol y genera efectos adversos en el estado de ánimo, la motivación y la salud física—incluyen aumento de la ansiedad y la irritabilidad, episodios de depresión profunda, pérdida de energía y concentración, alteraciones del sueño, debilitamiento del sistema inmunológico y mayor vulnerabilidad a enfermedades cardiovasculares—. Esto, sumado a la acción de los opioides sobre el sistema nervioso, puede llevar a una sensación constante de agobio emocional y una percepción de que no existe salida, favoreciendo pensamientos suicidas”.*

Desde una perspectiva más social, la **teoría de la interrupción social** propone que la pérdida de vínculos afectivos, laborales y comunitarios causada por la adicción puede aislar al individuo y aumentar el riesgo de suicidio. Siguiendo el pensamiento de Émile Durkheim, la falta de integración social debilita el sentido de pertenencia, y el aislamiento—producto del estigma, la discriminación o la exclusión— se convierte en un factor determinante. Personas con trastorno por consumo de opioides a menudo enfrentan rupturas familiares, desempleo o rechazo social, elementos que agravan su malestar y refuerzan la percepción de inutilidad o desesperanza.

Finalmente, la **teoría biopsicosocial** propone una visión más integral del fenómeno. Esta teoría, *“impulsada por George Engel (1977), subraya que la adicción y el suicidio no pueden explicarse desde una sola dimensión, sino desde la interacción entre factores biológicos (como predisposición genética o alteraciones neurológicas) entendiendo por esto que algunas personas poseen rasgos heredados o cambios en el funcionamiento del cerebro—por ejemplo, en los sistemas de recompensa, regulación del estrés o control de impulsos— que las hacen más susceptibles a desarrollar dependencia a los opioides o a experimentar impulsos autodestructivos bajo condiciones de estrés intenso, psicológicos (estado emocional, manejo del estrés, motivación) y sociales (condiciones de vida, vínculos, acceso a salud”.* Esta perspectiva es clave para comprender la complejidad del problema y desarrollar intervenciones efectivas que respondan a las distintas realidades de quienes atraviesan esta problemática.

En el marco de este trabajo, se adopta como postura principal la teoría del sufrimiento social, ya que permite comprender el fenómeno del suicidio en personas consumidoras de opioides desde una perspectiva amplia, que trasciende lo médico o psicológico individual. Esta postura considera que las condiciones estructurales -como la pobreza, la exclusión, el racismo y la falta de contención social- juegan un papel central en la producción de sufrimiento y en la aparición tanto del consumo problemático como de conductas suicidas. A través de esta mirada, el suicidio deja de entenderse como un problema exclusivamente clínico para ser abordado como una respuesta social y emocional ante realidades de profunda injusticia.

Impacto de la crisis de opioides en la salud pública, la salud mental y la economía

Estas teorías permiten comprender por qué la crisis de opioides no solo representa un problema médico, sino también un desafío estructural que afecta distintas áreas de la sociedad. En países como Estados Unidos, y con creciente preocupación en Argentina, esta crisis ha derivado en un aumento sostenido de casos de dependencia y suicidio, lo que ha movilizado tanto a la comunidad científica como a los sistemas de salud. En términos de salud pública, los opioides -derivados naturales, semisintéticos o sintéticos- son medicamentos esenciales por su capacidad analgésica, pero también presentan un alto potencial adictivo. Su uso indebido ha provocado miles de muertes por sobredosis. Este fenómeno representa una carga directa sobre los sistemas sanitarios y sobre los recursos públicos. Además, el tratamiento del Trastorno por Consumo de Opioides (TCO) exige estrategias integrales. Aunque existen tratamientos eficaces como la metadona, la buprenorfina y la naltrexona, —los cuales son terapias farmacológicas que ayudan a reducir los antojos y los síntomas de abstinencia mientras se acompañan de intervenciones psicológicas y sociales para promover la recuperación integral— el acceso sigue siendo limitado en muchos países. A esto se suma la necesidad urgente de capacitación comunitaria para el uso de naloxona, un antídoto que puede revertir los efectos de una sobredosis —fármaco que actúa bloqueando los receptores opioides en el sistema nervioso central y deteniendo rápidamente la depresión respiratoria que puede causar la muerte—. Sin embargo, su distribución aún enfrenta importantes barreras logísticas y económicas. Más allá del impacto médico, el consumo de opioides tiene efectos profundos en la salud mental. Su uso genera inicialmente estados de euforia, pero luego aparecen efectos como disforia, anhedonia y trastornos del ánimo. La persona puede entrar en un ciclo de consumo para evitar el síndrome de abstinencia, lo que deriva en depresión crónica, ansiedad, irritabilidad y alteraciones cognitivas — incluyendo problemas de atención, memoria y toma de decisiones—. *“La actual crisis de opioides se considera una de las catástrofes de salud pública más devastadoras de nuestro tiempo”* (Howard Koh, 2022). Estos síntomas afectan la vida cotidiana y dificultan la recuperación. En consecuencia, la calidad de vida de las personas con adicción se ve gravemente deteriorada. El aislamiento social, la pérdida de empleo, el abandono escolar y los conflictos familiares son comunes, y todos estos factores aumentan el riesgo de suicidio. El deterioro progresivo en los distintos ámbitos de la vida genera un terreno fértil para el sufrimiento psíquico profundo, el cual, sin intervención oportuna, puede derivar en pensamientos suicidas o en intentos concretos.

Este deterioro también genera una carga económica masiva para los países afectados. Los costos directos en el sistema de salud —como la atención de emergencias, las hospitalizaciones y los tratamientos especializados— se combinan con los costos indirectos asociados a la pérdida de productividad, ausentismo laboral, incapacidad, subsidios sociales y gastos judiciales. A esto se suman las inversiones necesarias en investigación, prevención y campañas de concientización pública, que, aunque

fundamentales, aún son insuficientes en muchos contextos. La suma de estos factores convierte la crisis de opioides en un problema que trasciende la salud y afecta a toda la estructura social. *“La sobredosis siempre debe aprovecharse como una oportunidad para iniciar el tratamiento de la adicción”*. (Clin N Am, 2017)

Factores de riesgo, aportes teóricos y aplicaciones prácticas en la crisis de opioides

En Estados Unidos, un análisis de la agencia gubernamental encargada de monitorear la salud pública y recopilar datos sobre enfermedades y muertes “Centers for Disease Control and Prevention” sobre los datos de mortalidad de 21 estados concluyó que las muertes por sobredosis no intencionales e indeterminadas representaron una proporción desproporcionada del total de muertes en los siguientes seis grupos ocupacionales: construcción, extracción como por ejemplo minería, preparación y servicio de alimentos, profesionales de la salud, apoyo a la atención médica, y cuidado y servicio personal. Teniendo un gran costo económico estimado en alrededor de \$700 mil millones en 2018 y más de \$2.5 billones de 2015 a 2018, utilizados en costos directos e indirectos asociados, como atención médica, pérdida de productividad laboral, gastos legales y programas de prevención y rehabilitación.

José V. Pergolizzi (2020) es un autor fundamental para comprender la compleja relación entre el consumo de opioides y el riesgo de suicidio. Su trabajo profundiza en este fenómeno, identificando tres factores clave que pueden conducir a resultados desafortunados, el Trastorno por Consumo de Opioides, el dolor crónico y los trastornos de salud mental, los cuales interactúan y potencian la vulnerabilidad de los individuos frente a la adicción y conductas autodestructivas.

“Afirma que para las personas que pueden albergar pensamientos ocasionales de terminar con sus vidas, se ha especulado que los opioides pueden ayudar a calmar la repulsión normal que rodea al suicidio, en términos de enfrentar el miedo a la muerte, el dolor y encontrar un medio eficiente y confiable para morir”. Explica que estas sustancias tienen un efecto calmante, y la disponibilidad de opioides de acción rápida y altamente potentes como el fentanilo puede percibirse además como una reducción del dolor en aquellos que buscan un medio eficiente para suicidarse.

El dolor crónico en sí mismo se ha identificado como un factor de riesgo significativo para la tendencia suicida, y este riesgo se amplifica cuando a las personas afectadas se les prescriben opioides. *“Pergolizzi subraya que el dolor intenso se asocia de manera más estrecha con el suicidio que el dolor leve o moderado, ya que representa un sufrimiento constante, incesante y, en muchos casos, intolerable”*. Esta carga prolongada no solo

afecta la salud física, sino que también tiene profundas repercusiones en la vida social y emocional del individuo: puede generar rupturas familiares, limitar la capacidad laboral y educativa, fomentar el aislamiento social y desencadenar depresión. Todos estos factores contribuyen a que la persona se sienta progresivamente más abatida y desesperanzada. Dado que el dolor físico constituye solo uno de los múltiples factores de riesgo que pueden conducir a pensamientos y conductas suicidas, su presencia resulta particularmente preocupante, ya que interactúa con otros determinantes psicológicos y sociales, aumentando de manera significativa la vulnerabilidad global del individuo frente al suicidio.

El autor también señala un aumento en el uso de opioides en pacientes con depresión. Aquellos con un diagnóstico de depresión tienden a consumir dosis diarias promedio más elevadas, tener más días de suministro por receta y acceder a un mayor número de opioides. Dado que el TCO también se relaciona con tendencias suicidas, el uso de opioides en pacientes con dolor crónico y síntomas depresivos puede ser problemático. No obstante, las personas que padecen tanto síntomas depresivos como dolor crónico reportan una mayor frecuencia y severidad de síntomas físicos. Aunque estos pacientes consumen dosis más altas de opioides, es probable que experimenten niveles abrumadores de sufrimiento, malestar y deterioro general.

Cómo estas Teorías Ayudan a Comprender el Tema del Suicidio por Opioides

Las teorías mencionadas anteriormente ayudan a identificar los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de suicidio por opioides, como la historia de adicción, la presencia de trastornos mentales concomitantes —se refiere a la presencia de dos o más trastornos mentales o afecciones de salud (incluyendo el consumo de sustancias) que ocurren al mismo tiempo en una misma persona—, la falta de apoyo social y la accesibilidad a tratamiento y apoyo. Además, se considera la interacción entre múltiples factores, lo que ayuda a comprender la complejidad del suicidio por opioides y a identificar las necesidades específicas de las personas afectadas.

También pueden informar el desarrollo de políticas y programas que abordan la adicción a opioides y el suicidio, como la provisión de tratamiento y apoyo, la educación y la conciencia sobre el tema. Por ejemplo, las teorías pueden informar el desarrollo de programas de tratamiento que aborden la adicción a opioides y la salud mental de manera integral. Además, ayudan a guiar la evaluación y el seguimiento de los tratamientos, lo que puede permitir a los profesionales de la salud identificar las intervenciones más efectivas y ajustarlas según sea necesario para mejorar los resultados de los pacientes.

En este contexto, se sostiene que el aumento del suicidio en personas consumidoras de opioides no puede explicarse únicamente desde una perspectiva médica o psicológica individual. Es fundamental considerar cómo las condiciones sociales, económicas y culturales contribuyen a un sufrimiento profundo y a menudo invisibilizado, que impulsa

a muchos individuos a recurrir tanto al consumo de opioides como a conductas suicidas como formas de escape o expresión de desesperación existencial. Este sufrimiento no ocurre de manera aislada: se ve amplificado por factores como la pobreza, el desempleo, la marginalización, la ruptura de redes de apoyo familiar o comunitaria y la falta de acceso a servicios de salud adecuados. Asimismo, los traumas previos, los trastornos mentales concomitantes y la exposición continua a contextos de violencia o estigmatización social aumentan la vulnerabilidad de estas personas. Comprender este panorama integral permite no solo identificar los riesgos, sino también diseñar intervenciones más efectivas, que combinen tratamiento farmacológico, apoyo psicológico, fortalecimiento de redes sociales y políticas públicas orientadas a la prevención. En definitiva, se subraya que abordar el suicidio por opioides requiere una estrategia que contemple tanto las necesidades individuales como las estructurales, reconociendo que la prevención y la atención deben actuar simultáneamente sobre la biología, la psicología y el entorno social de quienes se encuentran en riesgo.

Marco metodológico

Diseño de Investigación

El presente estudio se desarrolla bajo un enfoque cualitativo de tipo secuencial explicativo, con el propósito de analizar de manera integral la relación entre el consumo de opioides y el suicidio en los contextos de Argentina y Estados Unidos. Para ello se contemplan dos fases:

En una primera fase, el análisis se centra en estadísticas oficiales y registros de mortalidad, con el fin de dimensionar la magnitud del suicidio vinculado al consumo de opioides y establecer posibles correlaciones entre variables. Esta etapa aporta información objetiva y generalizable sobre la prevalencia del fenómeno.

En una segunda fase, se busca interpretar los significados sociales, económicos y culturales asociados tanto al consumo problemático como a la conducta suicida, recurriendo a entrevistas y relatos que permiten aportar matices y comprensiones que trascienden la mera descripción numérica.

El enfoque general adoptado es explicativo, ya que no se limita a describir patrones, sino que procura dar cuenta de las interacciones entre factores estructurales, psicológicos y sociales que inciden en la problemática.

En cuanto al alcance del diseño, se emplea una estrategia no experimental de tipo transversal, en la cual no se manipulan variables, sino que se analizan fuentes documentales y estadísticas ya existentes en un único período de tiempo. Esta elección resulta pertinente para abordar un fenómeno complejo y multicausal como el suicidio en consumidores de opioides, en el que intervienen condicionantes sociales, económicos y de salud mental que deben ser considerados de manera conjunta.

Objetivos

El objetivo general de la investigación consiste en analizar los factores contextuales que conducen al suicidio en consumidores de opioides en Argentina y Estados Unidos durante el período 2015–2020. Para alcanzar este propósito, se plantean tres objetivos específicos que guiarán la estrategia metodológica y orientarán la selección de fuentes y técnicas de análisis.

En primer lugar, se propone interpretar las estadísticas de mortalidad por suicidio asociadas al uso de opioides entre 2015 y 2020 en ambos países. Este objetivo se logrará a través de la recopilación y análisis de estadísticas vitales, registros de defunción y encuestas epidemiológicas, lo que permitirá dimensionar la magnitud del problema y establecer comparaciones entre los contextos nacionales.

En segundo lugar, se busca identificar los principales factores sociales, económicos y psicológicos vinculados al suicidio en consumidores de opioides. Para ello, se combinarán los hallazgos cuantitativos con la aplicación de entrevistas semiestructuradas, relatos de vida y grupos focales, los cuales posibilitan reconocer la multicausalidad del fenómeno y comprender la interacción entre dimensiones estructurales y subjetivas.

Finalmente, se plantea documentar la influencia del acceso a servicios de salud mental en relación con el suicidio asociado al consumo de opioides. Este objetivo se cumplirá mediante la integración de datos secundarios —informes institucionales y revisiones académicas sobre cobertura y calidad de los servicios— con la información primaria obtenida en entrevistas a profesionales de la salud y consumidores. De este modo será posible identificar desigualdades en la disponibilidad, accesibilidad y eficacia de la atención en ambos contextos, lo que aporta una visión más completa de los factores de riesgo y de protección implicados.

En conjunto, el cumplimiento de estos objetivos permitirá generar un análisis integral que articule cifras cuantitativas y experiencias cualitativas, brindando una comprensión más profunda del vínculo entre consumo de opioides y suicidio.

Población y muestra

La población objetivo está conformada por jóvenes y adultos de entre 18 y 40 años, residentes tanto en Argentina como en Estados Unidos, que tengan experiencia directa con el consumo de analgésicos opioides, ya sea por prescripción médica o en contextos recreativos.

La muestra estará integrada por participantes seleccionados mediante la técnica de bola de nieve, con entrevistas semiestructuradas realizadas de manera virtual (videollamadas o llamadas en línea). Se estima entrevistar aproximadamente entre 2 y 3 personas por cada provincia/estado más poblado de ambos países, lo que permitirá reunir un total aproximado de 20 a 30 entrevistados en Argentina y un número equivalente en Estados Unidos.

La elección de este diseño responde a la necesidad de captar una diversidad de trayectorias de consumo y experiencias vitales en contextos urbanos y demográficos significativos, donde la prevalencia del consumo de opioides y los factores asociados al suicidio suelen concentrarse con mayor intensidad. El muestreo en bola de nieve se justifica porque se trata de una población difícil de identificar y acceder directamente, ya que muchas veces las personas consumidoras de opioides no se encuentran registradas en instituciones formales o prefieren mantener cierta reserva por miedo a estigmatización.

El rango etario de 18 a 40 años se selecciona porque en estas etapas de la vida se consolidan patrones de consumo (por prescripción o uso recreativo) y también porque se trata de un grupo etario con mayor vulnerabilidad a factores psicosociales vinculados al suicidio. Además, se evita trabajar con menores de edad para reducir problemas éticos y facilitar el consentimiento informado.

El tamaño muestral se justifica por el carácter cualitativo y exploratorio de la investigación. En este tipo de estudios se prioriza la profundidad y riqueza de la información frente a la representatividad estadística. Una muestra de 20 a 30 entrevistas por país es suficiente para alcanzar saturación de información, al mismo tiempo que permite realizar comparaciones entre ambos contextos.

Finalmente, la selección de entrevistados en las provincias y estados más poblados asegura un campo de análisis diverso y con mayor probabilidad de hallar casos relevantes, mientras que el uso de entrevistas virtuales garantiza viabilidad logística y facilita la participación de personas en diferentes regiones sin necesidad de traslados físicos.

Características de la Población/Muestra: Edad: 18-40 años.

Género: Hombres y mujeres.

Ubicación geográfica: Santiago del Estero.

Criterios de inclusión: personas de 18 a 40 años que acepten participar en encuestas anónimas.

Criterios de exclusión: individuos fuera del rango etario o que no consientan su participación. La elección de esta muestra responde a la necesidad de explorar percepciones y experiencias en distintos momentos del ciclo vital, considerando que el consumo de opioides comienza a manifestarse tanto en jóvenes como en adultos a través de prescripciones médicas.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La investigación combina fuentes secundarias y primarias de información. Esto responde a la naturaleza compleja del fenómeno estudiado lo cual permite articular dos niveles complementarios de análisis. Por un lado, las fuentes secundarias aportan datos validados, comparables y de amplio alcance, que permiten dimensionar la magnitud del fenómeno y establecer tendencias generales en el vínculo entre consumo de opioides y suicidio.

Estas fuentes brindan un marco sólido de referencia y aseguran la confiabilidad externa de la investigación.

Fuentes secundarias:

- Registros de mortalidad y estadísticas vitales provenientes de ministerios de salud y organismos internacionales (OMS, OPS).
- Informes académicos y revisiones científicas sobre opioides y conductas suicidas.
- Encuestas nacionales de consumo y salud mental.

Por otro lado, las fuentes primarias posibilitan recoger información contextualizada y actual, directamente vinculada con las experiencias, percepciones y trayectorias de los participantes. Este material es esencial para comprender dimensiones subjetivas, sociales y culturales que no se evidencian en los registros cuantitativos, y que resultan clave para explicar la multicausalidad del suicidio en consumidores de opioides.

Fuentes primarias:

- Entrevistas semiestructuradas, dirigidas tanto a consumidores como a profesionales de la salud, con el fin de profundizar en las trayectorias personales, factores de riesgo y barreras en el acceso a la atención.

En conjunto, esta estrategia metodológica garantiza una triangulación de datos, fortaleciendo la validez de los resultados y enriqueciendo la interpretación al integrar evidencias estadísticas con testimonios personales.

La construcción de la herramienta de recolección de información (entrevista). Se basa en la siguiente operacionalización de variables

Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicadores
Consumo de opioides	Tipo de consumo	Tipo de opioide consumido
	Frecuencia y duración	Número de veces por semana/mes, tiempo de consumo en meses/años
	Acceso	Fuente de obtención (médica, farmacia, conocidos, mercado informal)
Suicidio	Conducta suicida	Presencia de ideación, intentos previos, planificación de suicidio
	Factores de riesgo	Historia familiar de suicidio, trastornos mentales, abuso de sustancias
	Consecuencia	Hospitalizaciones, intervenciones médicas, impacto en relaciones sociales

Variable	Dimensión	Indicadores
Factores sociales y económicos	Entorno familiar	Nivel de apoyo familiar, conflictos, comunicación y cohesión familiar
	Factores de riesgo	Nivel educativo, empleo, ingresos, condiciones de vida
	Red social y comunitaria	Participación en grupos sociales, apoyo de pares, aislamiento social
Acceso a servicios de salud mental	Disponibilidad	Presencia de servicios en la localidad, número de profesionales disponibles
	Accesibilidad	Facilidad de acceso físico y económico, tiempo de espera, cobertura de seguro
	Calidad y eficacia	Satisfacción con la atención recibida, seguimiento, percepción de eficacia

A continuación, se presenta la entrevista que se realizará

Preguntas para la Entrevista:

- 1- ¿Qué tipo de opioide consumías y cómo lo conseguías?
- 2- ¿Con qué frecuencia y por cuánto tiempo fue tu consumo?

- 3- ¿Has tenido pensamientos o planes de quitarte la vida?
- 4- ¿Tienes antecedentes familiares de suicidio o algún diagnóstico de salud mental? 5- ¿Cómo ha impactado tu consumo y estos episodios en tu vida social y médica? 6- ¿Cómo era el apoyo en tu familia?
- 7- ¿Cuál es tu situación laboral y educativa?
- 8- ¿Tenías una red de apoyo, como grupos de pares o amigos cercanos?
- 9- ¿Buscaste ayuda profesional? ¿Qué tan fácil fue acceder a ella?
- 10- ¿Qué opinas de la calidad de la atención que recibes?

Análisis de datos

El análisis descriptivo permitirá resumir y visualizar la magnitud del fenómeno, estableciendo patrones en la mortalidad por suicidio vinculada al consumo de opioides y ofreciendo comparaciones entre Argentina y Estados Unidos. Por su parte, el análisis correlacional posibilitará explorar relaciones entre variables, como edad, género, frecuencia de consumo o acceso a servicios de salud mental, lo que contribuye a identificar posibles factores de riesgo asociados al suicidio. La elección de estos métodos se justifica porque proporcionan resultados objetivos, comparables y generalizables, fundamentales para contextualizar la fase cualitativa y orientar la selección de participantes o temas a profundizar en entrevistas y grupos focales.

Los datos cualitativos, obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas, serán abordados mediante análisis de contenido temático. Este método permite identificar patrones narrativos, categorías recurrentes y significados sociales asociados al consumo de opioides y al suicidio. También facilita el reconocimiento de factores contextuales y subjetivos, como experiencias emocionales, dinámicas familiares, percepciones sobre los servicios de salud mental y barreras socioculturales, que no pueden captarse únicamente a través de cifras. La elección del análisis de contenido temático se justifica porque permite sistematizar información compleja y heterogénea, conservando la riqueza de los testimonios y asegurando que las interpretaciones estén respaldadas por evidencia textual. En la práctica, el procedimiento incluirá varias etapas: primero, la transcripción completa, literal y traducción (en el caso de Estados Unidos) de las entrevistas para garantizar la fidelidad del material. Luego, se realizará una codificación abierta, en la que se subrayarán y etiquetarán fragmentos significativos de los relatos (por ejemplo, referencias a dolor físico, estigmatización o dificultades de acceso a la salud). Posteriormente, esas etiquetas se agruparán en categorías temáticas más amplias —como “trayectorias de consumo”, “impacto familiar” o “barreras institucionales”— mediante una codificación axial que permita relacionar conceptos entre sí. Finalmente, se llevará a cabo una codificación

selectiva, integrando los hallazgos en ejes interpretativos que den cuenta de los factores sociales, económicos y psicológicos en juego. Estos ejes servirán para comparar similitudes y diferencias entre Argentina y Estados Unidos, así como para triangular los resultados cualitativos con los datos cuantitativos de la primera fase, fortaleciendo la validez del análisis.

Finalmente, la integración de ambos tipos de datos mediante triangulación metodológica permitirá generar un análisis más robusto y explicativo del fenómeno estudiado. La combinación de evidencia cuantitativa —para dimensionar la magnitud y establecer correlaciones— con información cualitativa —para comprender significados, contextos y mecanismos subyacentes— garantiza que los hallazgos no solo describan patrones, sino que explique de manera más completa las interacciones entre factores estructurales, psicológicos y sociales que contribuyen al suicidio en consumidores de opioides. Esta estrategia fortalece la validez interna y externa del estudio y asegura que los resultados sean relevantes tanto para la investigación académica como para la formulación de políticas públicas y estrategias de intervención.

Introducción

La intervención se realizó con el propósito de informar y concientizar a los alumnos de 4° año del Instituto de Enseñanza San Jorge, de las modalidades de Ciencias Sociales y Naturales, sobre los efectos del consumo de opioides y su vínculo con el suicidio. Este tema, que afecta gravemente a países como Estados Unidos, también comienza a hacerse visible en Argentina, donde se ha registrado un incremento en el uso indebido de analgésicos como el tramadol y el fentanilo. Durante la jornada se buscó transmitir de manera clara y accesible los riesgos físicos, psicológicos y sociales asociados a estas sustancias, promoviendo la reflexión sobre la importancia de la prevención, el acompañamiento y la responsabilidad médica y social frente a esta problemática. La intervención se desarrolló el miércoles 15 de octubre de 2025, desde las 16:10 hasta las 17:35, en el salón de usos múltiples del instituto.

Objetivos

Objetivo general:

Concientizar a los alumnos de 4° año sobre cómo la crisis de los opioides ha influido en el aumento de las tasas de suicidio, destacando la importancia del conocimiento y la prevención en el ámbito escolar.

Objetivos específicos:

1. Favorecer la comprensión sobre los efectos físicos, emocionales y sociales del consumo de opioides.
2. Promover la reflexión sobre las diferencias entre Estados Unidos y Argentina respecto al impacto de esta crisis.
3. Fomentar la participación y el aprendizaje mediante una dinámica lúdica e informativa. 4. Estimular la empatía y la conciencia social frente a las adicciones y los problemas de salud mental.

Marco de Actividades

La intervención se llevó a cabo de manera dinámica y participativa, combinando la exposición oral, el juego y la reflexión.

Actividad principal – Trivia Interactiva.

La dinámica consistió en una trivia de preguntas y respuestas, en la que dos concursantes competían entre sí. Cada uno llevaba una mochila con peso simbólico, representando la carga que

conlleve la adicción. Por cada respuesta correcta, el peso de su mochila disminuía; por cada error, aumentaba.

El objetivo del juego era demostrar cómo las decisiones pueden aligerar o agravar las consecuencias del consumo, vinculando lo lúdico con una enseñanza real sobre responsabilidad y autocuidado.

Las preguntas abordaron temas como:

- Efectos físicos y psicológicos de los opioides.
- Sistemas del cuerpo sobre los que actúan.
- Causas y consecuencias del consumo.
- Datos comparativos entre Argentina y Estados Unidos.
- Relación entre adicción y suicidio.

Los alumnos ganadores de la actividad se llevaban un premio comestible (Galletas), en cambio, los perdedores de la actividad recibieron un premio de consuelo comestible (caramelos) fomentando la motivación y el aprendizaje.

Durante la actividad, los integrantes del grupo fueron aclarando conceptos, ampliando información y guiando el diálogo entre los estudiantes.

Resultados

Los alumnos de cuarto año de ambas divisiones participaron activamente, mostrando interés y curiosidad por el tema.

Al finalizar la intervención, manifestaron una mayor comprensión sobre la relación entre los opioides y el suicidio, destacando la gravedad del tema y la necesidad de hablar de ello abiertamente.

Los estudiantes de ambas divisiones coincidieron en que la actividad fue clara, dinámica y enriquecedora, logrando los objetivos planteados.

Recursos utilizados

- Concepto de opioides, explicado de forma breve y clara.
- Datos comparativos sobre la tasa de suicidios en Estados Unidos y Argentina.
- Presentación del objetivo general y específicos del proyecto de investigación.
- Tarjetas de presentación, folletos y trípticos informativos sobre el tema.
- Dos mochilas y libros pesados para la dinámica.
- Premios para los participantes (galletas y caramelos).

Evaluación

La evaluación fue cualitativa y participativa, basada en:

- Participación activa de los alumnos durante la trivía.
- Comprensión del tema, evidenciada en las respuestas y reflexiones.

- Interés general mostrado hacia la problemática abordada.

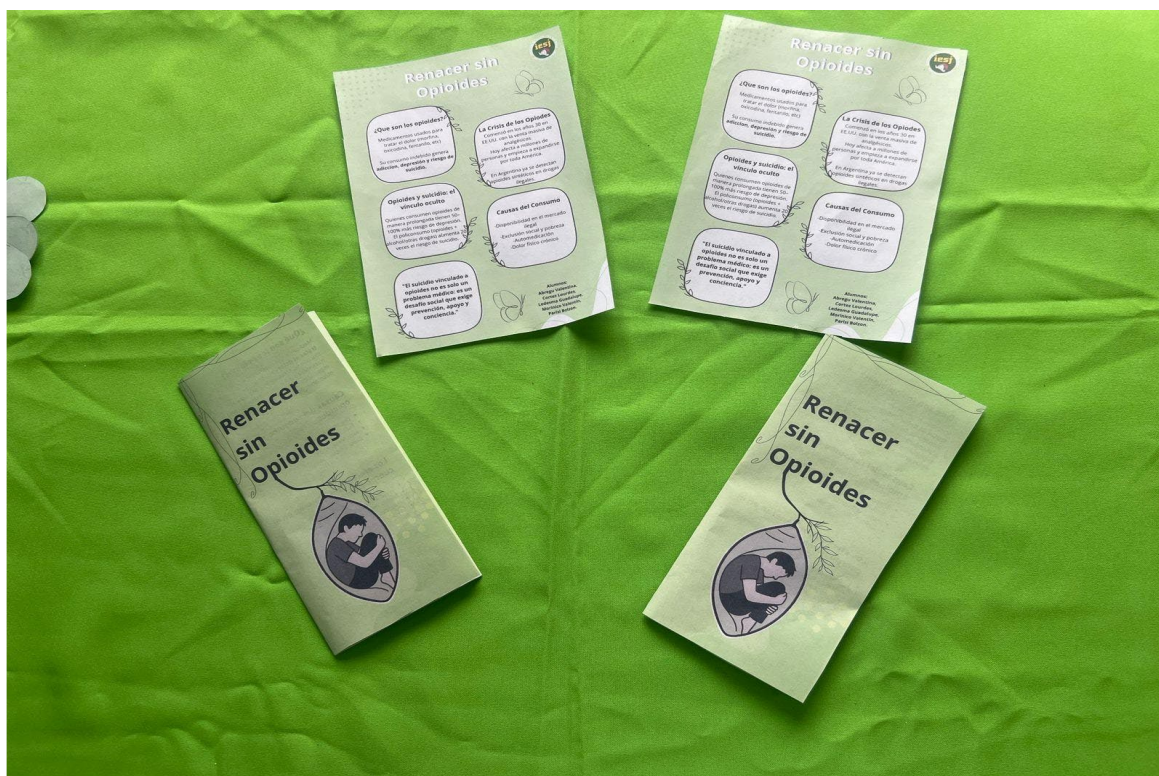
Los resultados fueron altamente positivos: la mayoría de los estudiantes demostró haber comprendido la gravedad del consumo de opioides y su relación con el suicidio, logrando el propósito de concientizar de forma educativa y empática.

Al finalizar, se ofrecieron tarjetas de presentación del grupo a los docentes presentes, quienes acompañaron la actividad.

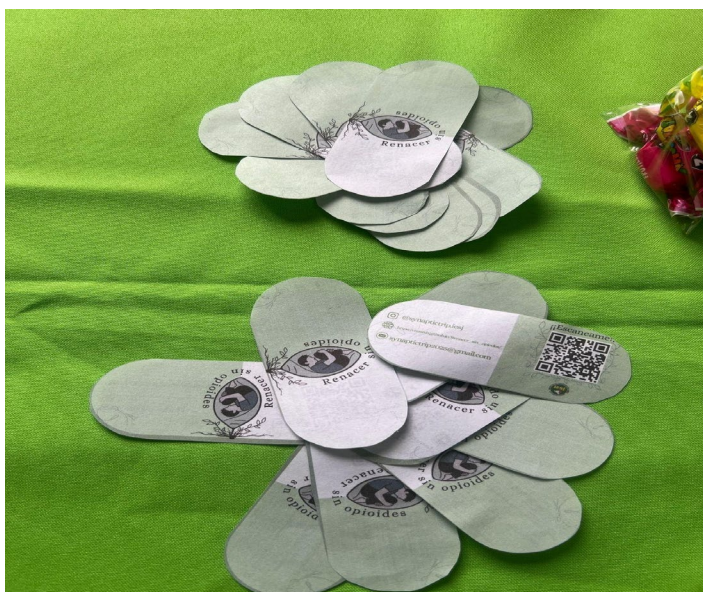
A continuación, fotos de la intervención:



Intervención Nivel Secundario.



Trípticos - Folletos del grupo.



Tarjetas de presentación del grupo.



Premio ganador - Premio consuelo.



Aprender sin prejuicios: Neuroeducación, consumo de sustancias y el respeto por los derechos humanos

Introducción

La relación entre políticas de criminalización, salud mental y adicciones constituye un desafío crítico para los Derechos Humanos y la participación política de las personas afectadas. Los derechos humanos pueden entenderse como el conjunto de principios universales e inalienables que garantizan la dignidad, la libertad y la igualdad de todas las personas, independientemente de su condición social o de salud (ONU, 1948). En varios países latinoamericanos, los discursos punitivos profundamente arraigados convierten a quienes padecen trastornos de consumo en sujetos estigmatizados y criminalizados, limitando no solo su acceso a la salud, sino también su participación social y política (Llort Suárez & Clua-García, 2021).

En Argentina, a pesar de avances legislativos como la creación de la Dirección Nacional de

Salud Mental y Adicciones y la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2010), que reconoce la salud mental como un derecho humano, garantiza la atención en la comunidad, prohíbe internaciones prolongadas en hospitales psiquiátricos y promueve la inclusión social, persiste el estigma. La estigmatización, entendida como el proceso social mediante el cual ciertos grupos son etiquetados negativamente y apartados de la vida pública, opera aquí como un mecanismo que dificulta el acceso equitativo a los servicios y reproduce lógicas de exclusión social (Aristizábal, 2014). Al mismo tiempo, políticas centradas en la reducción de daños y estrategias con enfoque de derechos humanos, impulsadas por organismos regionales y la OEA, constituyen alternativas viables para desarticular la criminalización, garantizar proporcionalidad en la justicia penal y fortalecer la reinserción social. Estas políticas permiten evaluar cómo la intervención estatal puede proteger los derechos humanos y promover la inclusión de personas con trastornos de consumo.

Objetivo general:

Analizar cómo la estigmatización asociada al consumo de drogas afecta el ejercicio y la garantía de los derechos humanos, identificando sus manifestaciones sociales, culturales e institucionales y sus consecuencias en la inclusión y participación de las personas afectadas.

Objetivos específicos:

1. Examinar los efectos de la criminalización y el estigma sobre la participación política y social de las personas con adicciones y problemas de salud mental.
2. Describir los mecanismos de estigmatización asociados al consumo de drogas y los problemas de salud mental.
3. Evaluar la efectividad de programas de reducción de daños y su contribución a la protección de derechos humanos.

Planteamiento del problema

El problema central es la persistencia de un modelo correccional frente al consumo de drogas y ciertos padecimientos mentales, que genera violaciones sistemáticas de derechos y limita la participación social y política de las personas afectadas. *“La criminalización actúa como un mecanismo institucional que refuerza el estigma, reduce la búsqueda de atención y disminuye la eficacia de los programas públicos disponibles”* (Csete et al., 2016; Vázquez, 2014).

“En Argentina, la discrepancia entre un marco legal progresista y su implementación efectiva refleja deficiencias estructurales y culturales, como recursos insuficientes, inercias burocráticas y estigmatización cultural, que debilitan la efectividad de las políticas de salud mental y adicciones” (Cataldo et al., 2020). Este escenario evidencia la necesidad de fortalecer la coordinación interinstitucional, la fiscalización de programas y la participación activa de actores sociales en la formulación y evaluación de políticas públicas.

En este contexto, los movimientos en primera persona, como el “Orgullo Loco”, constituyen actores clave de la acción política y cultural. Compuesto por personas con experiencias propias de salud mental y adicciones, este movimiento visibiliza experiencias silenciadas, denuncia violencias institucionales y disputa la narrativa que reduce a quienes padecen a meros objetos de control. *“Sus estrategias incluyen incidencia en agendas públicas, campañas de desestigmatización y presión política, lo que contribuye a ampliar la ciudadanía activa y la participación política de las personas afectadas”* (Correa-Urquiza Vidal, Pié Balaguer, CollFlorit, Hernández, 2020). Superar la brecha entre la legislación progresista y la práctica criminalizante requiere combinar estrategias de reducción de daños, servicios comunitarios con financiamiento estable y participación efectiva de movimientos sociales. *“Esto permite evaluar la efectividad de las políticas públicas en la protección de derechos humanos y en la inclusión social de las personas con trastornos de consumo y problemas de salud mental”* (Llort Suárez & Clua-García, 2021; Csete et al., 2016).

Marco teórico

El análisis de la relación entre derechos humanos, estigmatización y consumo de drogas exige un abordaje interdisciplinario que articule perspectivas jurídicas, sociales y políticas. *“Desde las Ciencias Políticas, el fenómeno puede entenderse como el resultado de la interacción entre normas, instituciones, discursos sociales y actores colectivos que configuran las respuestas estatales frente al consumo de sustancias y a los problemas de salud mental”* (Csete et al., 2016; Llort Suárez & Clua-García, 2021).

Derechos humanos y políticas públicas

“Los derechos humanos son el conjunto de principios universales, indivisibles e inalienables que garantizan la dignidad y la libertad de todas las personas” (ONU, 1948). En el ámbito de las políticas públicas, constituyen no solo un marco normativo sino también un límite y una guía para la acción estatal. “Cuando los Estados adoptan políticas de criminalización del consumo de drogas, pueden generar tensiones con esos principios, pues desplazan el foco de la salud y la inclusión hacia el castigo y la exclusión” (Llort Suárez & Clua-García, 2021; Csete et al., 2016).

En América Latina, esta contradicción es particularmente visible: los compromisos internacionales en materia de derechos humanos coexisten con legislaciones y prácticas policiales que perpetúan la penalización del consumo. *“En términos politológicos, este fenómeno se explica como una brecha entre el marco normativo y la implementación, que responde tanto a factores estructurales (recursos limitados, capacidad institucional) como culturales (prejuicios sociales y narrativas punitivas)” (Cataldo, García & Fernández, 2020).*

Estigmatización y criminalización

La estigmatización puede definirse como el proceso social mediante el cual ciertos grupos son etiquetados negativamente y apartados de la vida pública (Goffman, 1963). En el caso del consumo de drogas, este proceso se entrelaza con la criminalización y produce una doble exclusión: por un lado, la persona es percibida como “enferma” o “peligrosa”, y por otro, es tratada como delincuente. *“Esta doble condición limita su acceso a derechos fundamentales, en particular al derecho a la salud, y reduce sus posibilidades de participar activamente en la vida social y política” (Aristizábal, 2014; Llort Suárez & Clua-García, 2021). En Argentina, a pesar de la existencia de un marco legal progresista como la Ley Nacional de Salud Mental (2010), que reconoce la salud mental como un derecho humano y promueve la atención comunitaria, persisten prácticas institucionales y culturales que reproducen el estigma. “Esto pone de relieve la distancia entre la normativa y su implementación efectiva, fenómeno que la literatura de políticas públicas conceptualiza como “implementation gap” o brecha de aplicación” (Cataldo et al., 2020; Vázquez, 2014). Criminalización como política institucional.*

Desde la perspectiva de las Ciencias Políticas, la criminalización opera como un instrumento de política pública basado en la coerción. Este modelo, heredado de la “guerra contra las drogas”, coloca al Estado en un rol principalmente represivo en lugar de garantista. *“Tal enfoque no solo resulta ineficaz para reducir consumos problemáticos, sino que además produce violaciones sistemáticas de derechos humanos y genera altos*

costos sociales y económicos” (Csete et al., 2016; Vázquez, 2014). La persistencia del modelo correccional responde a inercias institucionales y a la influencia de discursos políticos y mediáticos que sostienen la lógica punitiva. *“La consecuencia es la reducción de la calidad y cobertura de los servicios de salud mental y adicciones, así como la desconfianza de los usuarios hacia el sistema de atención”* (Cataldo et al., 2020; Llort Suárez & Clua-García, 2021).

Alternativas basadas en derechos: la reducción de daños

Frente a los límites del modelo punitivo, la reducción de daños surge como una estrategia alternativa orientada a minimizar las consecuencias negativas del consumo sin exigir necesariamente la abstinencia. *“Estas políticas se centran en la prevención de riesgos, el acceso a servicios de salud y la inclusión social”* (Youngers, s. f., 2016). *“A nivel político, representan un cambio de paradigma hacia un enfoque de derechos humanos, donde el Estado asume un rol protector y no represivo”* (Llort Suárez & CluaGarcía, 2021). *“La evaluación de estas políticas muestra que, en contextos donde fueron implementadas con financiamiento adecuado y acompañamiento institucional, lograron reducir daños asociados al consumo, mejorar la salud pública y favorecer la reinserción social de las personas afectadas”* (Csete et al., 2016; Youngers, s. f.). En Ciencias Políticas, estos programas son un ejemplo de instrumentos no coercitivos que pueden ser más eficaces y legítimos que las medidas punitivas tradicionales.

Movimientos sociales y ciudadanía activa

Un aspecto central en el debate es el papel de los movimientos sociales en primera persona, como el “Orgullo Loco”. *“Este movimiento, integrado por personas con experiencias propias en salud mental y adicciones, visibiliza vivencias históricamente silenciadas, denuncia violencias institucionales y disputa las narrativas dominantes que reducen a quienes padecen a meros objetos de control”* (Correa-Urquiza Vidal, Pié Balaguer, Coll-Florit, Hernández i Encuentra, & Climent, 2020). Desde un enfoque politológico, *“se trata de actores de la sociedad civil que ejercen incidencia política y cultural mediante repertorios de acción colectiva. Sus estrategias — marchas, campañas de desestigmatización, presión sobre la agenda pública— buscan ampliar la ciudadanía activa de las personas afectadas, transformando la relación entre el Estado, la sociedad y los sujetos históricamente marginados”* (Correa-Urquiza Vidal et al., 2020; Aristizábal, 2014).

El fenómeno de la estigmatización asociada al consumo de drogas, en conexión con la criminalización, constituye un problema político e institucional que vulnera derechos

humanos y debilita la inclusión ciudadana. *“Si bien los marcos normativos en países como Argentina avanzan hacia un enfoque de derechos, las prácticas criminalizantes persisten debido a inercias estructurales y culturales”* (Cataldo et al., 2020). *“Superar esta contradicción exige articular reformas legales, políticas de reducción de daños con financiamiento estable y el fortalecimiento del rol de los movimientos sociales como actores legítimos en la construcción de políticas públicas inclusivas”* (Llort Suárez & Clua-García, 2021; Csete et al., 2016; CorreaUrquiza Vidal et al., 2020).

Marco metodológico

El estudio se desarrolla desde un enfoque cualitativo con apoyo cuantitativo descriptivo, que permite comprender cómo la estigmatización asociada al consumo de drogas vulnera los derechos humanos en distintos niveles institucionales y sociales. El enfoque cualitativo posibilita explorar los discursos, percepciones y experiencias de exclusión a través de entrevistas, testimonios y documentos oficiales, mientras que el componente cuantitativo se utiliza para contextualizar el fenómeno mediante datos y estadísticas sobre criminalización, acceso a la salud y programas de inclusión.

Esta elección metodológica responde a los objetivos planteados, ya que analizar la relación entre estigma y derechos humanos requiere tanto examinar el impacto de las políticas en cifras como interpretar los significados sociales y políticos que emergen de las vivencias individuales. El diseño adoptado es no experimental y de tipo transversal, dado que se trabaja con fuentes documentales y testimoniales recolectadas en un mismo periodo.

La población de referencia está conformada por jóvenes y adultos de entre 18 y 40 años que hayan atravesado experiencias de consumo de drogas y que enfrentan situaciones de exclusión o discriminación. Se emplea una muestra intencional mediante la técnica de bola de nieve, adecuada para grupos de difícil acceso. Se prevé incluir entre 15 y 20 participantes, lo que permitirá alcanzar la saturación de la información. Los criterios de inclusión son la mayoría de edad, la experiencia de consumo y el consentimiento para participar; se excluyen menores de edad y personas sin disposición al diálogo.

La investigación combina fuentes primarias y secundarias, ya que ambas resultan complementarias y necesarias para lograr una comprensión integral del fenómeno. Las fuentes primarias —entrevistas semiestructuradas y relatos de vida— permiten acceder directamente a las experiencias y percepciones de los sujetos involucrados, aportando una mirada vivencial sobre los procesos de estigmatización y exclusión. Las fuentes secundarias, como documentos oficiales, legislación vigente, políticas públicas, informes institucionales y literatura académica, ofrecen el marco teórico y contextual necesario para interpretar dichas experiencias dentro de los sistemas político y social. Las técnicas de recolección de datos incluyen entrevistas semiestructuradas, revisión documental de

legislación, políticas públicas y estadísticas nacionales, así como el análisis de informes elaborados por organizaciones civiles y organismos internacionales. Este conjunto de fuentes permite articular la voz de los sujetos con los marcos institucionales y normativos, generando un diálogo entre la experiencia personal y la estructura política que la condiciona.

El análisis de la información se realizará mediante análisis de contenido temático, identificando categorías como estigmatización cultural, criminalización institucional, barreras de acceso y estrategias de resistencia. Las estadísticas disponibles se utilizarán de manera descriptiva para contextualizar los hallazgos cualitativos. De esta manera, la investigación busca generar una comprensión integral del fenómeno, aportando elementos concretos para repensar políticas públicas con enfoque de derechos humanos y participación social.

Conclusión

El análisis realizado permite comprender que la estigmatización vinculada al consumo de drogas no es solo un problema individual o sanitario, sino un obstáculo estructural y de política pública que limita el ejercicio pleno de los derechos humanos. Desde la perspectiva de las Ciencias Políticas, esta problemática se inscribe en un entramado institucional y cultural, donde las políticas públicas, los discursos sociales y las prácticas estatales tienden a reproducir desigualdades y exclusión. La criminalización actúa como un instrumento coercitivo del Estado, que refuerza el estigma y reduce la eficacia de los programas públicos.

Si bien Argentina ha avanzado en el plano normativo —reconociendo la salud mental y las adicciones como derechos humanos a través de la Ley 26.657—, persiste una brecha significativa entre lo que establece la ley y lo que ocurre en la práctica. Este desfase, conceptualizado como implementación gap, es sostenido por prejuicios sociales y la inercia de modelos punitivos, lo que debilita los programas de inclusión y profundiza la marginalidad de las personas afectadas.

Ante este escenario, las estrategias basadas en la reducción de daños y en la participación activa de los movimientos sociales en primera persona (como el "Orgullo Loco") emergen como alternativas transformadoras y necesarias. Estas propuestas promueven la ciudadanía activa, la inclusión y la desestigmatización, y permiten abordar el consumo desde un enfoque de derechos humanos, no represivo, centrado en el cuidado y la dignidad.

En definitiva, el aporte de las Ciencias Políticas resulta crucial para vincular el fenómeno del consumo con las estructuras de poder, la acción estatal y la garantía de derechos, ofreciendo una mirada crítica e inclusiva que invita a repensar las políticas públicas desde una lógica de justicia social y participación democrática. Superar la contradicción entre el

marco legal y la práctica criminalizante exige combinar reformas, financiamiento estable y el fortalecimiento de los actores sociales en la formulación y evaluación de políticas.

La crisis de los opioides y el aumento de las tasas de suicidio en el siglo XXI: Un análisis desde la crítica a las políticas neoliberales.

La crisis de los opioides que se ha desarrollado prominentemente en Estados Unidos desde finales del siglo XX, y que presenta ramificaciones globales, constituye un fenómeno complejo que trasciende la mera perspectiva de la salud pública. Para comprender su verdadera magnitud y su vínculo con el alarmante aumento de las tasas de suicidio durante el siglo XXI, es necesario enmarcarlo dentro de las transformaciones políticas y económicas asociadas al auge del neoliberalismo. Este modelo, caracterizado por la desregulación de los mercados, la reducción del Estado de bienestar y la privatización de servicios esenciales como la salud, creó las condiciones estructurales que facilitaron tanto la proliferación del consumo de opioides como la profundización de los malestares sociales que subyacen a las conductas suicidas. Este trabajo analiza cómo las políticas neoliberales, al priorizar la lógica del mercado sobre el bienestar colectivo, funcionaron como un catalizador de esta crisis dual de adicción y salud mental.

El neoliberalismo y su impacto en la salud pública

El neoliberalismo, como proyecto político-económico consolidado en las décadas de 1980 y 1990, se fundamenta en la primacía del mercado libre, la libertad individual empresarial y el retraimiento del Estado en la provisión de servicios sociales (Harvey, 2005). Bajo este paradigma, la salud deja de ser entendida como un derecho social y se transforma en una mercancía sujeta a las leyes de la oferta y la demanda. Case y Deaton (2020) identifican este proceso *“como un elemento central detrás de lo que denominan muertes por desesperación”* (deaths of despair), que incluyen sobredosis de drogas, alcoholismo y suicidios. Estas muertes son interpretadas como síntomas de un deterioro socioeconómico profundamente arraigado.

Una de las características clave del neoliberalismo aplicada a la salud es la desregulación. En el caso de los opioides, esta se manifestó en la presión de la industria farmacéutica por comercializar analgésicos opioides de forma agresiva, minimizando deliberadamente sus riesgos de adicción (UNODC, 2019). La permisividad regulatoria permitió una prescripción masiva para el tratamiento del dolor crónico, creando una cohorte de pacientes dependientes. Al mismo tiempo, la privatización y fragmentación de los sistemas de salud dificultaron una respuesta coordinada y de acceso universal para tratar las adicciones, dejando a miles de personas sin una red de apoyo efectiva. La crisis de los opioides como consecuencia de la lógica neoliberal

La crisis no fue un accidente, sino el resultado de la confluencia de intereses corporativos y un marco político desregulador. La promoción de opioides como la oxycodona o el fentanilo, sustancias extremadamente potentes y adictivas, se enmarcó en

una narrativa que medicaliza el sufrimiento y lo convierte en una oportunidad de negocio (*Revista Sanitaria de Investigación, 2023*). Como señala la UNODC (2019), “*la crisis se vio agravada por la fabricación ilícita y el tráfico de opioides sintéticos, fenómenos que florecen en contextos de alta rentabilidad y controles estatales débiles*”.

Esta dinámica tuvo un impacto directo en la salud mental de la población. La adicción a los opioides genera un ciclo de dependencia física, exclusión social y deterioro psicológico que incrementa drásticamente la vulnerabilidad ante las ideas suicidas. Estudios como el de Eskin (2022) confirman una correlación sólida entre el uso no médico de opioides y un mayor riesgo de ideación, planificación e intentos de suicidio. La desesperación económica y social, exacerbada por la precariedad laboral y la desigualdad inherentes al modelo neoliberal, encontró en los opioides un paliativo temporal, pero a un costo humano devastador.

El neoliberalismo, la salud mental y el individuo aislado

El modelo neoliberal no solo afecta las estructuras materiales de la sociedad, sino también la forma en que concebimos la salud y la enfermedad. Al promover una noción de sujeto autónomo y autoresponsable, desplaza la culpabilidad de los sistemas sociales hacia el individuo. Quien no prospera o sufre de enfermedades mentales es frecuentemente estigmatizado por su "incapacidad" para adaptarse o superar sus problemas (Ventriglio & Bhugra, 2023).

Esta ideología se refleja en los modelos de atención psicológica dominantes. Ingram (2018) critica cómo “*la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), al centrarse casi exclusivamente en la reestructuración de los pensamientos disfuncionales del individuo, ignora los determinantes sociales del sufrimiento mental, como la pobreza, el racismo o la falta de acceso a la vivienda*”. Al hacerlo, refuerza implícitamente la noción neoliberal de que el malestar es un fallo de la gestión personal, y no una respuesta comprensible a un entorno social adverso. Así, las terapias se convierten en herramientas para ajustar al individuo a un sistema patológico, en lugar de cuestionar el sistema mismo.

Conclusión

La crisis de los opioides y el aumento paralelo de los suicidios son dos caras de una misma moneda: la implementación de un modelo neoliberal que ha mercantilizado la

salud, debilitado las redes de protección social y culpabilizado a los individuos por su propio sufrimiento. La desregulación permitió la inundación de opioides en las comunidades, mientras que la privatización de la salud limitó el acceso a tratamientos integrales y basados en la comunidad.

Abordar esta crisis dual requiere, por tanto, un cambio de paradigma. Es necesario implementar políticas de salud pública que reconozcan los determinantes sociales y políticos de la salud mental, restableciendo el papel del Estado como garante del bienestar colectivo. Esto implica regular rigurosamente la industria farmacéutica, financiar sistemas de salud universales y gratuitos, y promover modelos de atención psicológica que, lejos de patologizar la respuesta a la adversidad, se comprometan con la transformación de las condiciones estructurales que generan desesperación. Solo mediante un enfoque que priorice la justicia social sobre el lucro privado se podrá revertir la trayectoria actual de dolor y pérdida evitable.

Introducción

La crisis de los opioides, particularmente en países como Estados Unidos, ha sido una de las emergencias de salud pública más graves del siglo XXI. Esta problemática no solo ha generado una elevada mortalidad por sobredosis, sino que también ha incidido directamente en el aumento de las tasas de suicidio, especialmente en poblaciones vulnerables. Desde la perspectiva económica, este fenómeno revela fallas importantes en la regulación del mercado farmacéutico, externalidades negativas no internalizadas, elevados costos sociales y económicos, así como una creciente presión sobre el gasto público en salud.

Desarrollo

La expansión del consumo de opioides puede entenderse como el resultado de una serie de fallas de mercado. Las empresas farmacéuticas, actuando bajo incentivos de maximización de beneficios, contaban con información superior respecto a los riesgos adictivos y sanitarios del producto. Esta información no fue adecuadamente transmitida a los médicos prescriptores ni a los pacientes, lo que impidió una asignación eficiente de recursos y decisiones racionales por parte de los agentes en el mercado.

La consecuencia directa fue una sobreoferta de opioides y una sobreprescripción médica, generando una distorsión en los precios relativos de los tratamientos médicos. El precio de los opioides, al no reflejar adecuadamente sus costos sociales marginales, fue artificialmente bajo en términos reales, incentivando un nivel de consumo que superó el óptimo social.

Esta situación generó una pérdida de eficiencia, dado que el consumo marginal de opioides generaba costos sociales —como adicción, deterioro de la salud mental, desempleo y suicidios— que superaban ampliamente los beneficios marginales privados. Dichos costos no fueron asumidos por las empresas farmacéuticas, sino por el conjunto de la sociedad, lo que constituye una externalidad negativa. Los efectos indirectos incluyen la reducción de la productividad laboral, la ruptura de núcleos familiares y el aumento del gasto estatal en atención médica y programas de rehabilitación.

Desde un punto de vista macroeconómico, las externalidades derivadas de la crisis de los opioides se traducen en pérdidas de capital humano y costos fiscales crecientes. Los gobiernos debieron destinar mayores recursos a sistemas de salud, servicios sociales y fuerzas de seguridad, desplazando fondos que podrían haberse orientado a educación o inversión pública. El aumento de los suicidios asociados a la adicción también implica

una pérdida irreversible de fuerza laboral y una contracción del bienestar social agregado. En este contexto, el gasto estatal en prevención y tratamiento de adicciones cumple una doble función económica: por un lado, busca reducir el costo social de la crisis; por otro, actúa como política compensatoria ante una falla de mercado. Sin embargo, este gasto tiene también implicancias presupuestarias: la inversión en campañas de prevención, centros de rehabilitación y subsidios a medicamentos alternativos eleva el gasto público en salud. En países con sistemas de salud mixtos, el incremento del gasto público se ve acompañado de mayores déficits fiscales o de reasignaciones presupuestarias que afectan otras áreas del bienestar. No obstante, desde un enfoque de economía del bienestar, esta intervención estatal es necesaria, ya que el costo de no intervenir — en términos de vidas humanas y pérdida de productividad— es significativamente mayor.

Conclusión

La regulación del Estado en el mercado de medicamentos resulta esencial para corregir las fallas de información y las asimetrías que permitieron el desarrollo de la crisis. Una regulación eficiente debe incluir controles sobre la publicidad y prescripción médica, límites a la concentración de mercado, mecanismos de transparencia sobre los efectos secundarios y sanciones a las prácticas de promoción engañosa. La falta de regulación o su aplicación laxa facilitó que los laboratorios farmacéuticos influyeran sobre los médicos y los organismos de control, priorizando los intereses económicos por sobre la salud pública. A largo plazo, la ausencia de regulación efectiva no solo genera mayores costos económicos y sociales, sino que también erosiona la confianza en las instituciones estatales y en el sistema sanitario.

Introducción

La crisis de opioides, sobre todo en países como Estados Unidos, está aumentando cada vez más en el área territorial, lo que afecta a poblaciones más vulnerables y con más acceso a este tipo de consumo, generando más porcentaje en la tasa de consumo y consigo mismo a la tasa de suicidios. En este informe se va a analizar esta crisis desde un factor estable: La inestabilidad social por consumo de fentanilo.

Desarrollo

La crisis de los opioides no solo afectó al ámbito de la salud pública, sino que también provocó un deterioro social en Estados Unidos. Esto generó una inestabilidad social que representa una amenaza significativa, a medida que se debilitan las estructuras sociales e institucionales, también se reduce la capacidad del estado para mantener el orden interno. Este daño causado por la crisis aumenta en lo doméstico y se convierte en este factor que condiciona la posición global de EE. UU, por causa de esta crisis hubo 105.000 muertes por suicidio por consumo en 2023 y con un 76% en opioides. En este último siglo se realizaron escala de análisis sobre la crisis. A continuación, se va a realizar una escala a nivel: nacional, regional y global, En Norteamérica y Sudamérica.

A nivel escala en Norteamérica

A nivel nacional: En EE. UU la crisis afecta directamente a su población, sistema de salud, justicia y economía. Esto se debe a un problema en farmacéuticas, políticas de salud negligentes y acceso fácil a opioides legales e ilegales.

A nivel regional (Norteamérica): Existe una relación clave con México: muchos opioides ilegales, como por ejemplo la heroína y el fentanilo, se ingresa de a mucha cantidad que es operada por cárteles. También están involucrados precursores químicos de China, lo que se extiende a dimensión regional hacia lo global.

Global: la crisis afectó la imagen internacional de EE.UU. y fue utilizada como herramienta discursiva por otros actores globales como Rusia o china, para criticar su modelo de salud contra las drogas.

A nivel escala en Sudamérica

A nivel Nacional (Argentina): En argentina, el nivel de impacto por la crisis es limitado en comparación de otras regiones, pero empieza a visibilizarse en el sistema de salud a través de un aumento en el uso médico y no médico de analgésicos opioides como la

codeína, el tramadol o la morfina. Las debilidades en el control de prescripción, la automedicación y la falta de campañas de prevención podrían generar a futuro una problemática de dependencia y abuso.

A nivel regional (Sudamérica): Algunos países como Chile, Brasil o Colombia, ya han detectado pequeñas cantidades de fentanilo o derivados sintéticos. Los organismos regionales, como Mercosur y la CICAD de la OEA, promueven la cooperación para evitar que la región se convierta en un nuevo mercado para los opioides sintéticos.

Actores geopolíticos

La crisis no solo afecta en ciertas áreas como la salud, población, consumo. Sino que también se convierte en una lucha de territorios, flujos comerciales, seguridad interna y una proyección internacional de poder. Actores como Rusia, China, India, México, BRICS, como principales actores no operan de forma aislada o de forma externa, sino que interactúan en un sistema de poder desigual, donde el narcotráfico de opioides y la producción farmacéutica se entrelazan.

Como actúa cada uno

Rusia: (Actor regional con un impacto indirecto pero real; mecanismos directos limitados hacia EE. UU)

Participa en la producción / tráfico regional, y hay evidencias de sofisticación en redes de blanqueo y en contrabando. Luego están vinculados al tráfico de opiáceos como (fentanilo, la heroína), si bien, Rusia no es la principal fuente de fentanilo en EE. UU, su actividad como actor geopolítico desestabiliza rutas y genera adaptaciones en el mercado ilícito global (nuevas rutas, nodos financieros).

China: (Como actor directo en precursores e insumos)

China tiene una producción y exportación directa con EE. UU en químicos precursores y análogos que pueden convertirse en fentanilo u otros opioides sintéticos. Informes del Congreso y medios como Break News señalan que ciertas políticas fiscales (como reembolsos de IVA) se incentivó exportaciones a mercados extranjeros.

Químicos y precursores:

- NPP (N-fenil-4-piperidinamina)
→ precursor clave en la síntesis de fentanilo.
- 4-ANPP (4-anilino-N-fenilpiperidina)

→ intermedio directo entre los compuestos base y el fentanilo terminado. • Norfentanilo y ANPP derivados

→ productos intermedios usados en laboratorios clandestinos. • Acetato de anhídrido y anhídrido acético

→ solventes utilizados en la refinación de opiáceos naturales como la heroína. • Feniletilamina y piperidina

→ bases químicas amplias utilizadas tanto en farmacéutica legal como en síntesis ilícita.

India: (Como proveedor emergente de precursores y materiales)

India actúa con empresas químicas/ farmacéuticas han sido indicadas por

suministrar ingredientes para fabricar el fentanilo o por exportaciones fraudulentas y mal etiquetadas. Hay casos recientes con cargos presentados por el departamento de Justicia. La industria farmacéutica de India, por su escala, ofrece puntos vulnerables donde ciertas sustancias legales pueden desviarse. Químicas y Farmacéuticas de la India que actúan como proveedores de precursores y materiales:

Dr. Reddy's Laboratories

Fabricante de medicamentos controlados, incluidos oxicodona, buprenorfina y

tapentadol Llegó a tener inspecciones por parte de la FDA (Administración de alimentos y medicamentos estadounidenses) por irregularidades en controles de calidad, lo que muestra el nivel de vigilancia internacional sobre su producción

Torrent Pharmaceuticals

Desarrolla medicamentos para el dolor y ansiolíticos, además de producir ingredientes activos que se utilizan en combinaciones opioides controladas.

México: (Actor central y muy directo en manufactura y tráfico hacia EE. UU)

Los cárteles mexicanos como (Sinaloa, Jalisco Nueva Generación) fabrican

fentanilo ilícito, prensan pastillas falsificadas, y envían enormes cantidades de volúmenes hacia EE.UU. Desde laboratorios y fábricas clandestinas en territorio mexicano. Los precursores suelen obtenerse desde China/India o a través de intermediarios. México no solo transita la droga (síntesis y falsificación) y la entrega físicamente a mercados y rutas que desembocan en EE.UU.

Los BRICS y la crisis de opioides

Un bloque conformado por Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica que representa una alianza estratégica del Sur Global que busca equilibrar el poder frente a las potencias

occidentales. En contexto sobre la crisis, su papel adquiere una relevancia geopolítica particular, ya que varios de sus miembros participan tanto directa como indirectamente en las dinámicas económicas, químicas y políticas vinculadas al problema.

Puntos claves geopolíticos

- El uso político del discurso antidroga

Los BRICS han utilizado la crisis de opioides para construir una narrativa crítica en contra del modelo neoliberal occidental, argumentando que:

- El sistema de salud de Estados Unidos prioriza el lucro farmacéutico sobre el bienestar social, generando dependencia y desigualdad.
- Las políticas de guerra contra las drogas han fracasado y generado más violencia en países del Sur.
- Es necesario un enfoque alternativo, centrado en la prevención, la educación y la cooperación sanitaria entre países emergentes.

Esta postura refuerza la identidad política del bloque como un actor que desafía las estructuras dominadas por Occidente (como la ONU o el FMI), y que busca crear instituciones paralelas como, por ejemplo, el Banco de Desarrollo de los BRICS— para financiar programas de salud y desarrollo sin depender de EE.UU. o Europa.

El fentanilo como factor geopolítico

El fentanilo, más que una droga, se ha convertido en un factor geopolítico que revela cómo la salud, la economía y el poder internacional están interconectados. Su producción, tráfico y consumo involucran a potencias como China, India, Rusia y México, que forman parte de una red global donde los intereses industriales, el crimen organizado y la debilidad de los controles estatales se entrelazan. Esta sustancia, responsable de miles de muertes en Estados Unidos, evidencia cómo un problema sanitario puede transformarse en una herramienta de influencia y conflicto global, afectando también a regiones como Sudamérica y, en particular, Argentina, donde la crisis del fentanilo contaminado expuso las vulnerabilidades del sistema sanitario y regulatorio nacional.

1) Cómo sale el fentanilo de China y llega a EE. UU., México y Argentina

- Producción/insumos en China: laboratorios y la industria química china producen precursores (y en algunos casos compuestos) que permiten sintetizar fentanilo. Estos insumos pueden salir por rutas comerciales legales (exportaciones de química fina/APIs) o por canales ilícitos.

- Destino inmediato: parte de esos precursores se destinan a laboratorios clandestinos en México donde se sintetiza y prensa fentanilo en pastillas. Otra parte puede llegar a fabricantes y redistribuidores en Asia o terceros países que luego envían productos terminados o precursores a América.
- Llegada a EE. UU: el fentanilo ilícito entra mayormente desde México a través de la frontera terrestre (carreteras, cruces secundarios), así como en envíos vía correo/paquetes pequeños y contenedores marítimos. También hay venta online como en la dark web y transferencias financieras ocultas que facilitan la cadena.
- Riesgo para Argentina: aunque Argentina no es hoy un gran productor de fentanilo ilícito, puede recibir precursores o pastillas falsificadas por vía marítima, aérea o paquetería internacional y, además (caso específico), recibió fentanilo clínico contaminado producido localmente (HLB), que derivó en una crisis sanitaria.

2) Posibles rutas de comercio / tráfico (enfoque práctico)

Desde China hacia América:

- Rutas comerciales oficiales: contenedores marítimos y exportaciones de APIs (etiquetadas como productos farmacéuticos).
- Rutas ilícitas / camufladas: envíos pequeños por paquetería internacional, empresas fachadas, países intermedios (para blanquear origen).
- Rutas específicas hacia EE.UU:

China → (precursores) → México (laboratorios) → EE.UU (por tierra: California, Arizona, Texas, Nuevo México).

China → (químicos) → Asia / terceros países → envíos por correo directo a distribuidores en EE.UU.

Rutas específicas hacia México:

- Importación directa de reactivos/precursores desde China e India (empresas y intermediarios).
- Llegan por puertos marítimos, envíos aéreos y redes comerciales que usan empresas fachada. Luego, carteles producen y distribuyen hacia la frontera con EE. UU.

Rutas y riesgos hacia Argentina (y Sudamérica):

- Vía marítima y paquetería: contenedores o paquetes pequeños con precursores o pastillas falsificadas.
- Vía regional: tránsito desde México o países de la región mediante redes de crimen organizado que diversifican su oferta.
- Vía local (caso clínico): producción local (HLB) que ingresó al sistema de salud (ampollas hospitalarias).

3) CICAD y OEA — ¿Qué papel tienen en esto?

CICAD = Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, es el órgano especializado en drogas de la OEA. Coordina estudios, asistencia técnica y alertas tempranas para países de las Américas. En la praxis, analiza oferta/demanda de fentanilo, apoya laboratorios forenses, sistemas de alerta y cooperación regional.

4) Caso HLB (fentanilo clínico contaminado) — lo esencial (Argentina)

¿Qué pasó?: lotes de fentanilo citrate comercializados como producto clínico por HLB Pharma Group (y el involucrado Laboratorio Ramallo) fueron identificados con contaminación microbiana (bacterias multirresistentes como *Klebsiella pneumoniae* y *Ralstonia pickettii*). Se administraron ampollas en hospitales y se detectó la misma bacteria en pacientes fallecidos. ANMAT suspendió el producto y clausuró actividades.

¿Qué significa fentanilo contaminado?: en este caso no se trata de “fentanilo adulterado con otras drogas”, sino de fentanilo de uso clínico (analgésico/en anestesia) contaminado por microorganismos durante su fabricación o manipulación.

Esa contaminación introdujo infecciones graves en pacientes hospitalizados, con cuadros que en muchos casos resultaron fatales.

Número de muertes / alcance (reportado): las cifras fueron actualizándose a medida que avanzó la investigación. Informes periodísticos y oficiales indicaron decenas de muertos inicialmente (14, luego entre 76–96), y más tarde la cifra superó el centenar en informes posteriores. La causa sigue bajo investigación judicial y peritajes forenses.

5) ¿Cuál es el mercado ilegal del fentanilo en Argentina?

Hoy el mercado ilícito de fentanilo en Argentina es pequeño comparado con EE. UU. o México, pero las autoridades detectan incursiones como pastillas falsificadas, trazas en otras drogas y envíos puntuales. CICAD/OEA y laboratorios forenses regionales han reportado detecciones en la región. Su riesgo principal son pastillas falsificadas que contienen fentanilo o importaciones por paquetería, además, el caso HLB mostró una dimensión distinta por fentanilo legal contaminado que puso en evidencia fallas regulatorias.

6) Rol del Estado argentino y medidas clave desde la geopolítica

- Regulación y control (ANMAT): retiro inmediato de lotes, clausura y prohibición de fabricación/venta del laboratorio involucrado, controles de trazabilidad, investigaciones administrativas.
- Acción judicial y fiscal: causas penales e investigaciones por presuntas irregularidades (denuncias, detenciones e imputaciones a directivos y responsables técnicos).

- Respuesta sanitaria: alertas a hospitales, vigilancia epidemiológica, tratamiento de pacientes infectados y comunicación pública.
- Cooperación internacional: pedido de asistencia técnica a organismos (CICAD/OEA, OPS/OMS, UNODC) para fortalecer controles, forenses y trazabilidad.

Desde la mirada geopolítica:

La crisis muestra que fallos regulatorios domésticos tienen impactos internacionales en imagen y confianza como, por ejemplo, la reputación de la industria farmacéutica local. Además, expone la necesidad de cooperación transnacional para controlar precursores y fortalecer trazabilidad en cadenas productivas globales un tema donde la OEA/CICAD y la OMS juegan roles clave.

Conclusión

La crisis de los opioides no solo es un problema de salud, sino que también se transformó en una cuestión geopolítica global. Estados Unidos enfrenta graves consecuencias sociales y económicas, mientras potencias como China, India, Rusia y México intervienen de forma directa en la producción y el tráfico de estas sustancias. Mientras tanto en Sudamérica, y especialmente en Argentina, el impacto aún es bajo, pero requiere vigilancia y cooperación regional. Además, los BRICS aprovechan esta crisis para cuestionar el poder de Occidente y proponer un nuevo equilibrio mundial. En definitiva, los opioides hoy representan no solo una amenaza sanitaria, sino también un reflejo del conflicto de poder en el sistema internacional.

Ensayo crítico: Campos de fresas desde la teoría del sufrimiento social de Philippe Bourgois (2009)

La novela Campos de fresas (1997) de Jordi Sierra i Fabra se ha convertido en una de las obras más representativas de la literatura juvenil contemporánea por su profunda mirada sobre las consecuencias del consumo de drogas. A través de la historia de Luciana, una adolescente que cae en coma tras ingerir una pastilla de éxtasis en una fiesta, el autor no solo aborda un hecho trágico, sino que plantea una reflexión sobre las causas sociales, emocionales y culturales que empujan a los jóvenes hacia conductas autodestructivas. Desde la perspectiva del antropólogo Philippe Bourgois, quien analiza la adicción como una forma de sufrimiento social, la historia de Luciana trasciende lo individual para convertirse en un espejo de una sociedad que abandona, juzga y margina a quienes sufren.

Bourgois (2009) sostiene que *“el consumo de drogas no puede entenderse únicamente como una enfermedad o un vicio, sino como el resultado de estructuras de desigualdad y exclusión que generan dolor emocional”*. En sus palabras, las adicciones son *“respuestas humanas a un sufrimiento social producido por la pobreza, la desesperanza y la pérdida de vínculos”*. Este enfoque resulta plenamente aplicable a Campos de fresas, donde la protagonista no actúa movida por la rebeldía ni la maldad, sino por una necesidad de pertenencia y búsqueda de alivio. Como explica uno de sus amigos: *“Solo quería pasarlo bien, una noche, sin pensar en nada”* (Sierra i Fabra, 1997). Esa frase resume la falta de orientación y contención que atraviesa a muchos adolescentes contemporáneos, sumidos en la presión social por disfrutar y aparentar felicidad, aunque internamente estén vacíos o desbordados.

La situación de Luciana simboliza lo que Bourgois denomina una resistencia simbólica frente al dolor. Su consumo no es un acto irracional, sino una forma de escape temporal de un entorno donde las emociones y los vínculos están debilitados. *Como señala el autor, “la droga proporciona un alivio efímero a quienes carecen de medios legítimos para calmar su sufrimiento”* (Bourgois, 2009). En este sentido, el éxtasis que la joven consume se convierte en metáfora del deseo de desconexión, del intento de llenar un vacío existencial que no encuentra respuesta en la familia ni en la sociedad.

Durante su coma, Luciana se enfrenta a una partida simbólica de ajedrez contra la Muerte. Este recurso literario representa la lucha entre la rendición y la esperanza, entre el deseo de escapar y la necesidad de vivir. *“Sierra i Fabra (1997) escribe que Luciana no sabía si quería ganar o perder, solo quería dejar de sentir miedo”*. Desde la mirada de Bourgois, esta lucha interior refleja la condición humana del adicto: una persona atrapada entre el dolor y la necesidad de seguir existiendo, que busca en el consumo una tregua a su sufrimiento. En ambos casos —el de Luciana y el de los sujetos estudiados por Bourgois—, la adicción emerge como consecuencia de una vida marcada por la ausencia de esperanza y acompañamiento.

A lo largo de la novela, Sierra i Fabra muestra cómo la sociedad reacciona ante la tragedia desde la distancia y el juicio moral. Los medios de comunicación convierten el caso en espectáculo; los adultos se culpan entre sí, y los jóvenes enfrentan la culpa y el miedo sin orientación emocional. En un momento, *el narrador señala: “En la televisión, hablaban de Luciana como si fuera un número más. Nadie mencionaba su nombre, su vida, su sonrisa”* (Sierra i Fabra, 1997). Este tratamiento mediático coincide con lo *“que Bourgois (2009) denomina “estigmatización estructural”, la tendencia social a criminalizar al consumidor y reducir su historia a una etiqueta, ocultando el contexto de sufrimiento que explica su conducta.*

Además, la obra plantea una crítica a la falta de comunicación intergeneracional. Los padres de Luciana, desbordados por el miedo y la culpa, reconocen que desconocían aspectos fundamentales de la vida de su hija. La madre afirma: “Creía conocerla, pero ahora me doy cuenta de que no sabía nada” (Sierra i Fabra, 1997). Este distanciamiento familiar refleja la ruptura de los lazos que, *“según Bourgois (2009), alimentan el sufrimiento social y la deshumanización”*. La incomunicación entre padres e hijos simboliza una fractura más amplia: la de una sociedad que no escucha, que no acompaña y que deja a los jóvenes buscar respuestas en espacios peligrosos.

Por otra parte, el grupo de amigos de Luciana representa una comunidad emocional frágil, unida por la culpa y el miedo. Lejos de ser simples cómplices, ellos encarnan el sufrimiento compartido que Bourgois observa en las comunidades de adictos. Los lazos entre ellos, aunque débiles, evidencian la necesidad de pertenecer y de no sentirse solos en medio del dolor. *Uno de ellos reflexiona: “Si todos lo hacen, ¿por qué iba a pasar algo?”* (Sierra i Fabra, 1997). Esa pregunta resume la normalización del riesgo en una cultura que banaliza el consumo y asocia la diversión con la autodestrucción.

La crítica de Sierra i Fabra no se limita al consumo, sino que apunta a las causas estructurales del mismo. En Campos de fresas, el sufrimiento de Luciana no es aislado: representa a una generación que crece sin referentes sólidos, en una cultura que valora más la apariencia que el bienestar emocional. La droga, en este contexto, no es la causa, sino el reflejo de un malestar más profundo: el vacío de sentido, la presión social, la falta de contención y la necesidad urgente de afecto.

En la parte final de la novela, Sierra i Fabra ofrece una mirada esperanzadora: la posibilidad de renacer tras el sufrimiento. Cuando Luciana comienza a despertar, el autor describe: *“Una luz cálida la envolvía. No sabía si era vida o sueño, pero por*

primera vez no sentía miedo” (Sierra i Fabra, 1997). Este desenlace puede leerse como la posibilidad de recuperación social: la salida del ciclo de adicción requiere empatía, acompañamiento y comprensión, no castigo ni estigma.

La novela no presenta a Luciana como culpable, sino como víctima de una estructura que promueve la desconexión y castiga la vulnerabilidad. Desde esta lectura, la obra de Sierra i Fabra es una denuncia contra la indiferencia colectiva y una invitación a repensar las adicciones desde la empatía y la justicia social. Siguiendo el pensamiento de Bourgois, comprender la tragedia de Luciana implica mirar más allá del individuo: hacia las grietas de una sociedad que produce dolor y luego se desentiende de él. Campos de fresas nos recuerda que detrás de cada adicto hay una historia de sufrimiento que solo puede transformarse cuando la sociedad decide escuchar.

1. ¿Qué conceptos o valores quisieron transmitir con el logo? ¿Cómo lo representaron? (Formas, colores, etc)

El grupo en conjunto tuvo la maravillosa idea de fomentar un concepto, algo complejo, pero rico de potencial metafórico. Al crear el logo en una forma ovalada, se hace referencia a una crisálida (capullo de mariposa), dentro de ella yace un hombre joven en posición fetal. Esta es nada más que una metáfora, la cual representa a la dependencia de los opioides. El hombre joven en posición fetal, incapaz de "salir", representa a la persona afectada y atrapada en una adicción.

La crisálida, que debería ser una fase temporal de crecimiento, se ha convertido en su cárcel. La persona está tan "metida" que la adicción (la crisálida) es lo único que conoce, lo que lo protege (falsamente) y lo que lo sofoca.

Por otro lado, en nuestro título: "Renacer sin opioides", nos referimos a que la persona adicta debe, al igual que la mariposa, romper esa cáscara y transformarse. La rehabilitación o el círculo social son las fuerzas que brindan el apoyo necesario para que la metamorfosis sea exitosa, no letal. Esta corta frase -"Renacer sin opioides"- es el resultado exitoso de la eclosión. Es el momento en que la persona sale de la crisálida de la adicción (el opioide) como una nueva criatura, libre y capaz de volar (vivir sin dependencia).

Por último y, en síntesis, la crisálida/hombre es la condición de dependencia y el potencial de cambio. La frase "Renacer sin opioides" es la acción de liberación y el objetivo final.

2. Sobre la composición visual ¿Cómo analizaron la información en las distintas piezas gráficas - digital/impreso- (Triptico, folleto, afiche) para guiar la lectura del espectador y mantener la coherencia visual de todo?

Al diseñar las distintas piezas gráficas—tanto digitales como impresas—se trabajó con una composición visual unificada, cuyo propósito es permanentemente guiar la lectura del espectador de manera clara, intuitiva y coherente.

Todas las piezas comparten la misma paleta de tonos verdes, que funciona como hilo conductor visual. Este color, asociado al bienestar, la calma y la salud, permitió generar un ambiente conceptual común vinculado al nombre del proyecto: Renacer sin Opioides.

La repetición del símbolo de la crisálida con la figura humana refuerza la identidad visual del proyecto, representando la idea de transformación personal y esperanza.

La información se dispuso mediante bloques textuales breves, encabezados por títulos claros, lo que facilita una lectura secuencial:

En el tríptico, la lectura avanza de izquierda a derecha, comenzando con definiciones (“¿Qué son los opioides?”), luego ampliando el contexto (“Países más afectados”) y finalizando con la parte explicativa (“Relación entre opioides y suicidio”).

En el folleto, se utiliza un diseño circular para encuadrar los temas principales, ayudando a que el lector los identifique rápidamente como conceptos centrales.

En el afiche, se emplea una metáfora visual dominante (el joven y las pastillas cayendo desde un frasco). La imagen ocupa el centro y el texto se ubica por debajo, siguiendo un orden de lectura natural: primero el impacto visual, luego el mensaje conceptual (“Renacer sin Opioides”).

Este ordenamiento evita la sobrecarga visual y permite que el espectador comprenda el contenido por partes, sin confusión.

3. Sobre la imagen retórica visual en el afiche A3 ¿Qué tipo de imagen retórica eligieron? ¿Por qué creen que es más persuasiva/efectiva para comunicar el mensaje central del proyecto?

La imagen retórica utilizada en el afiche es una metáfora visual.

La metáfora resulta especialmente persuasiva porque transforma un proceso complejo —la adicción a los opioides y su impacto emocional— en una representación visual inmediata y comprensible. En el afiche, las pastillas que caen desde el frasco hacia la cabeza del joven simbolizan metafóricamente cómo los opioides “entran” en su mente, afectando su estabilidad, su identidad y su bienestar.

Además, la sombra deteriorada detrás de él refuerza la idea de que la droga no solo actúa en el cuerpo, sino también en la vida interna y emocional de la persona.

Esta metáfora es efectiva porque:

- Genera impacto emocional inmediato, ya que muestra visualmente cómo la adicción consume al individuo.
- Conecta directamente con el mensaje del proyecto, que busca concientizar sobre los riesgos de los opioides y su relación con el daño psicológico y el suicidio.
- Refuerza el concepto de “Renacer sin opioides”, al contrastar el estado actual del joven (oscuro, pesado, dañado) con la posibilidad implícita de superar esa situación.

Bibliografía

AP News (Associated Press). Informes sobre acuerdos EE. UU.–China–México para frenar el tráfico de fentanilo.

Aristizábal, P. (2014). *Políticas públicas en materia de salud mental en Argentina: Estigma y exclusión social*. Salud Pública, 38(103), 830–839.

BBC News. Reportajes sobre producción y abuso de tramadol en India y África.

Bicycle Health. (2023). *Addiction and mental health: Understanding the connection*.

Bourgois, P., & Schonberg, J. (2009). *Righteous Dopefiend*. University of California Press.

Case, A., & Deaton, A. (2020). *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*. Princeton University Press.

Castillo Carniglia, A. (2013). *Uso problemático de opioides y salud pública en América Latina*. Revista Latinoamericana de Salud Pública, 55(3), 245–257.

Cataldo, J., García, M., & Fernández, R. (2020). *Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina: Brechas y desafíos*. Revista de Políticas Públicas, 12(2), 45–62.

CNBC. Notas sobre cooperación entre EE. UU. y China en control de fentanilo.

Correa-Urquiza Vidal, E., Pié Balaguer, I., Coll-Florit, M., Hernández i Encuentra, A., & Climent, R. (2020). *Movimientos en primera persona en salud mental: Experiencias de participación y desestigmatización*. Revista de Acción Comunitaria en Salud Mental, 8(1), 15–33.

Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., et al. (2016). *Public health and international drug policy*. The Lancet, 387(10026), 1427–1480.

Curtin, S. C., Heron, M., & Miniño, A. M. (2022). *Recent trends in suicide mortality in the United States, 2000–2020*. National Center for Health Statistics.

Dematteis, M. (2019). *Le suicide lent par drogues: Réflexion clinique et sociale*. Journal de Toxicologie Clinique, 45(2), 118–125.

Eskin, M., & Baydar, N. (2022). “Do neoliberal values provide a fertile soil for suicidal ideation?”. *Journal of Affective Disorders*, 314, 349–356.

Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science, 196(4286), 129–136.

Fernández, L., & Calderón, S. (2023). *Crisis de opioides y salud mental: Desafíos para la política pública*. Salud Colectiva, 19(1), 45–60.

Financial Times (FT). Artículos sobre presión política de EE. UU. a México por tráfico de opioides.

Food and Drug Administration (FDA). Control de medicamentos y farmacéuticas extranjeras.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.

González, R. (2020). *Opioides y salud pública: La expansión silenciosa en América Latina*. Revista de Salud Global, 12(1), 31–46.

Harvey, D. (2005). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.

Ilgen, M. A., Bohnert, A. S. B., Ganoczy, D., et al. (2020). *Opioid dose and risk of suicide*. Drug and Alcohol Dependence, 212, 108057.

Ingram, N. (2018). *Suicide and Neoliberalism: An Imminent Critique of Cognitive-Behavioral Therapy*. Pepperdine University.
Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.

Jones, C. M. (2020). *Suicide and drug overdose deaths: A growing intersection*. American Journal of Psychiatry, 177(9), 809–811.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). *Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis*. The Lancet Psychiatry, 3(8), 760–773.

Llort Suárez, A., & Clua-García, R. (2021). *Políticas públicas dirigidas a personas consumidoras de drogas: Estrategias para la desestigmatización y la promoción de los derechos humanos*. Salud Colectiva, 17, e3041.

López, C., & Benítez, M. (2021). *Policonsumo de sustancias y riesgo suicida: Una mirada regional*. Revista de Adicciones en América Latina, 8(2), 134–145.

Martello, R. (2024). *Alerta sobre opioides sintéticos en Argentina*. Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires.

Martínez, J., Herrera, G., & Sosa, L. (2021). *El vínculo entre consumo de opioides y suicidio: Una revisión crítica*. Salud Mental y Sociedad, 10(3), 88–101.

Martins, S. S., Fenton, M. C., Keyes, K. M., et al. (2019). *Nonmedical use of prescription opioids and suicidal behaviors: Results from a national study*. The Lancet Psychiatry, 6(11), 901–910.

Marmot, M. (2005). *Social determinants of health inequalities*. The Lancet, 365(9464), 1099–1104.

Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Asamblea General de la ONU, resolución 217 A (III).

Nestadt, P. S., Triplett, P., & Mojtabai, R. (2020). *Suicidal behavior and opioid use disorder: A study of 6,000 cases*. American Journal of Psychiatry, 177(5), 406–414.

Organización de Estados Americanos (OEA) / CICAD. Reportes sobre drogas sintéticas en Sudamérica.

Organización Mundial de la Salud (OMS / WHO). Datos sobre el uso médico de opioides.

Pérez, L., & Duarte, S. (2022). *Nuevas sustancias y nuevos riesgos: El avance del fentanilo en América Latina*. Revista Internacional de Política de Drogas, 34(2), 215–229.

Pergolizzi, J. V., Magnusson, P., LeQuang, J. A., et al. (2020). *The risk of suicide in chronic pain patients on long-term opioids*. Pain and Therapy, 9(2), 393–402.

Ramírez, N. (2022). *Opioides, exclusión y desesperanza: Claves para comprender el suicidio silencioso*. Revista de Psicología Social y Clínica, 14(1), 27–39.

Redalyc. (2022). “Crisis de opioides y salud mental: Una mirada desde América Latina.” *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 15(2), 45–60.
Reuters. Artículos sobre exportaciones de precursores químicos desde China e India.

Revista Sanitaria de Investigación. (2023). “Fentanilo y la crisis de los opioides: un análisis desde la determinación social.” *Revista Sanitaria de Investigación*, 8(1), 22–35.

Sierra i Fabra, J. (1997). *Campos de fresas*. Editorial SM.

Smith, R., & Rodríguez, M. (2019). *Depresión y consumo de opioides: Una interacción peligrosa*. Revista de Psicología y Salud, 7(4), 311–324.

UNODC. (2019). *Claves para entender la crisis mundial de los opioides*. Global SMART Update, 21.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Informes sobre opioides, precursores y rutas globales.

Värnik, P. (2012). *Suicide in the world*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 9(3), 760–771.

Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2023). “Neoliberal capitalism policies and mental health.” *International Journal of Social Psychiatry*, 69(6), 1301–1302.

World Health Organization (WHO). (2023). *Opioid overdose*.